Bibliothèque numérique
medic@

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

1897, série 03, tome 06. - Paris, 1897.
Cote : 90170

PARIS biu Santé

(c) Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90170x1897x03x06

© BIU Santé

Le Progrès Médical

1897

DEUXIÈME SEMESTRE

© BIU Santé

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaire de la Rédaction : Marcel BAUDOUIN

VINGT-CINQUIÈME ANNÉE

3e SÉRIE. — TOME VI : 1897 (Juillet-Décembre)

Illustré de 58 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BONNAIRE (E.), BOTTEY (F.), BOUTEILLIER (G.), BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), BUTTE (L.), CAPUS (G.), CHABBERT, CHARCOT (J.-B.), CORNET (P.), CORNILLON (J.), DARIER, DAURIAC, DEBOVE, DUPLAY, DUPUY (L.-E.), FÉRÉ (CH.), GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, KERAVAL, KOENIG, LANDOUZY (L.), LAVERAN (A.), MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE (P.), MARTHA, MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MIRALLIÉ, MONOD (CH.), MUSGRAVE-CLAY (R. de), NAPIAS (H.), NOIR (J.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PHISALIX, PIERRET, PILLIET (A.), PITRES, PLICQUE, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), POZZI, RANVIER, RAOULT (A.), RAYMOND (F.), RAYMOND (P.), REGNARD (P.), REGNAULT (F.), RÉGNIER (L.-R.), RENAUT (J.), REVERDIN (de Genève), RICHER (P.), ROUBINOVITCH, ROUSSELET (A.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), SOLLIER SOREL (R.), TEINTURIER (E.), TERRIER (F.), TILLAUX, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F), YVON (P.), ZABOROWSKI.



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

DE MM.

Belin (R.), Benedikt (de Vienne), Boissier (F.), Boncour (P.), Hamel, Hirschberg, Kanellis (S.), Largeau (de Niort), Lemesle (H.), Lirmin-Lipman, Mally, Margouliès, Marie (A.), Rellay, Sakorraphos, Schwartz, Tailhefer, Wecker (De).

90.170

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 27. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 3 JUILLET 1897.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les opérations nouvelles sur les voies biliaires (1) :

La Cysticolithotripsie ;

par Marcel BAUDOUIN,
Préparateur du Cours d'Opérations à la Faculté de Médecine de Paris,
Rédacteur en chef des *Archives provinciales de Chirurgie.*

Définition. — On désigne sous le nom de *Cysticolithotripsie* le broiement sur place des calculs biliaires enclavés dans le canal cystique, suivi ou non du refoulement des débris calculeux, soit dans la vésicule biliaire qui, au préalable, a été incisée, soit dans le cholédoque et l'intestin.

Historique. — Cette opération a certainement été exécutée en 1890 par Mayo Robson, ainsi qu'en témoigne l'observation qu'on trouvera ci-dessous ; mais il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'elle ait été faite à une date antérieure par un autre chirurgien, quoique nous n'en ayons pas retrouvé trace dans nos documents bibliographiques.

Quoi qu'il en soit, c'est assurément Mayo Robson qui l'a pratiquée le plus souvent. On le verra à la lecture des premiers cas, qu'il a rapportés et dont nous publions la traduction. Nous y avons joint aussi l'observation de Rutherford Morisson, qui date de 1892. Depuis cette époque, cette opération paraît avoir été délaissée. En 1894, à signaler, en particulier, un cas de Zavaleta (2) ; mais nous n'avons pu nous procurer le texte de cette observation.

Assez souvent, elle a coïncidé avec une *Cholécystostomie* ; mais Mayo Robson a publié, entre autres, une observation qui n'a pas été accompagnée d'ouverture des voies biliaires et cette intervention, absolument typique et très probante, a été suivie d'un réel succès (Obs. IV).

OBSERVATION I.

MAYO ROBSON (Cas I) (6 novembre 1890).
Traduction *in extenso* (3).

Calculs de la vésicule biliaire et du canal cystique. — Cholécystostomie à fixation dernière, avec écrasement de calculs du cystique (CYSTICOLITHOTRIPSIE). — *Guérison.*

Mrs H..., âgée de 30 ans, habitant à Sunderland, a été vue par moi, à la demande du Dr Squance, qui m'a écrit le 23 septembre 1890, en me disant que cette malade souffrait de coliques hépatiques fréquentes. On avait trouvé dans les selles deux calculs et des fragments de quelques autres. Le Dr Squance avait recommandé d'essayer le massage, etc., à Harrogate, et de me consulter pour savoir si une opération était indiquée. Mais les attaques devinrent si fréquentes que la malade fut incapable de faire le voyage.

Peu de jours après, une lettre m'informait que les accès se succédaient très rapidement les uns aux autres. Un mois environ après, on craignit beaucoup pour la vie de la malade, car elle eut des vomissements très sérieux qui durèrent dix jours. Pendant cette période, tous les aliments furent rejetés et l'on fut obligé de nourrir la malade à l'aide de suppositoires nutritifs et de lavements de lait peptonisé. Pas d'augmentation de volume de la vésicule ni du foie. Un peu d'ictère. Température normale ou au-dessous de la normale, à l'exception de trois ou quatre jours, pendant lesquels il y eut une légère péritonite localisée.

Le 1er novembre, le Dr Squance m'écrivit pour m'apprendre que le traitement par le massage avait occasionné l'expulsion d'un calcul biliaire, avec une certaine amélioration, qui ne persista d'ailleurs pas, car, pendant environ trois semaines, il y eut des vomissements constants, accompagnés de douleurs sourdes dans l'hypocondre droit.

La malade fut vue par le Pr Oliver, qui, avec le Dr Squance, conclut à la cholécystostomie.

Le 5 novembre, je vis Mrs H... avec le Dr Squance à Sunderland. Le pouls était à 120. La prostration était telle que je crus bien qu'elle ne survivrait pas à l'opération. Légères traces d'albumine dans les urines, dont la densité est de 1015. Le foie ne paraît pas hypertrophié. Aucune tumeur dans la région de la vésicule. Pas d'ictère.

OPÉRATION. — Le lendemain matin, je fis l'opération, le Dr Littlewood m'assistant. La vésicule, qui était petite et rétractée, fut ouverte et j'enlevai un calcul. Quelques autres furent sentis dans le cystique et furent écrasés, à l'aide de pinces à mors garnis, par l'extérieur du canal ; les fragments furent repoussés en avant. Le péritoine pariétal fut suturé avec difficulté à la vésicule ; drainage.

Suites. — Le 7 novembre, on m'écrivit que Mrs H... n'avait vomi que deux fois après l'opération, que la bile coulait librement par la fistule et que la plaie allait bien. Il y eut ensuite quelques malaises, qui retardèrent la guérison ; mais, grâce aux soins du Dr Squance, la malade se rétablit et, en juillet 1891, j'étais informé qu'elle était en très bonne santé et qu'aucun des symptômes n'avait reparu.

OBSERVATION II.

SPRENGEL (Cas I) (16 janvier 1891).
(Résumé).

Lithiase biliaire. — Laparotomie exploratrice. Tentative infructueuse de refoulement d'un calcul du cholédoque situé à l'embouchure du cystique. — CYSTICOLITHOTRIPSIE *et Cholécystectomie. — Calcul de l'hépatique. — Cholédocholithotripsie. — Cholédocho-duodénostomie. — Guérison* (1).

OBSERVATION III.

MAYO ROBSON (Cas II) (13 janvier 1891).
Traduction *in extenso* (2).

Calculs du col de la vésicule, refoulés dans le cystique. — Cholécystostomie à fixation dernière. CYSTICOLITHOTRIPSIE. *— Guérison.*

Mlle E. W..., âgée de 55 ans, est admis le 13 juillet 1890 (3) ; l'histoire de sa maladie est la suivante.

Depuis six ans, elle souffre continuellement dans l'hypocon-

(1) Voir *Progrès médical*, 25 juillet, 1er août 1896 et 5 juin 1897.

(2) Zavaleta (A.). — *Litiasis biliare; colecistotomia; extracción de 175 calculos; litotricia en canal cistica; curacion*; in *Ann. de Circ. Med. Arg.*, Buenos-Ayres, 1894, XVII, 4-7.

(3) Mayo Robson. — *On Gallstones and their treatment.* — Londres, 1892, p. 220 (cas 23). — Obs. 26 de *Series of operations on the Gallbladder and Bile ducts* (Communication au Congrès de Rome, en 1894).

(1) Cette observation est publiée *in extenso* dans un article précédent, ayant trait à la CHOLÉDOCHO-ENTÉROSTOMIE. — Voir page 355 (n° 23, 1897).

(2) Mayo Robson. — *On Gallstones and their treatment.* — Londres, 1892, p. 235 (cas 27). — Cette observation est le cas 31 dans la *Series of operation on the Gallbladder and Bile ducts* (Communication au Congrès de Rome, 1894).

(3) Le texte porte 1891, mais c'est évidemment 1890 qu'il faut lire.

© BIU Santé

dre droit et l'épigastre ; avant l'année dernière, elle n'a eu aucune crise caractéristique. Depuis cette époque, elle a des accès de douleurs siégeant du côté droit, s'irradiant dans toutes les directions, mais spécialement du côté de l'épaule droite, accompagnés de vomissements, de sueurs profuses et de collapsus. Le jour suivant, elle a de l'ictère. Depuis les deux dernières années, elle a eu seulement deux attaques. Elles ont commencé ensuite à avoir une fréquence croissante et, dans ces circonstances, on a trouvé dans les selles trois calculs biliaires.

Durant les huit derniers mois, il y a eu fréquemment une attaque par semaine ou plus, et la malade n'a jamais été plus de quinze jours sans souffrir ; aussi a-t-elle pris de la morphine à fortes doses.

A l'entrée, ictère très léger, à peine digne de mention.

Opération. — Ouverture de l'abdomen, le 13 janvier 1891. Incision de trois pouces, vis-à-vis l'extrémité du dixième cartilage costal. A l'examen de la vésicule biliaire, on peut sentir deux petits calculs placés juste à la jonction du col de la vésicule avec le cystique. Après avoir placé des éponges autour de la vésicule biliaire pour empêcher la bile de tomber dans le péritoine, le fond fut incisé. Par hasard, en essayant d'extraire les calculs, on les refoula dans le cystique. Une pince à pression, dont les mors avaient été recouverts de gomme élastique, fut alors appliquée à l'extérieur du canal ; les calculs purent aisément être broyés.

Les bords de l'incision du fond de la vésicule furent suturés au péritoine pariétal ; un tube à drainage fut placé dans la vésicule et l'incision de la paroi abdominale fut fermée avec deux ou trois fils de soie.

Suites. — Aucune douleur après l'opération.

Les pansements furent changés aussi souvent que la bile les imbiba. La température s'éleva à 101° F. (38°,4) la seconde nuit, mais revient à la normale le lendemain matin, et s'y maintint.

Le huitième jour, le drain fut enlevé et le pansement serré. Le 1er février, la fistule était complètement fermée. Toutes les selles furent tamisées sur de la mousseline et on y trouva les fragments des calculs.

Le 17 février, la malade retourna chez elle en bonne santé. Elle a été revue une fois depuis : elle est parfaitement guérie.

Oservation IV.

Mayo Robson (Cas III) (2 avril 1891).
Traduction *in extenso* (1).

Torsion du foie atrophié et bilobé. Vésicule biliaire cachée et calcul du cystique. — Cysticolithotripsie. — *Guérison datant de trois ans.*

Mrs E. R..., âgée de 40 ans, admise à l'infirmerie, le 25 mars 1891.

Quatre ans auparavant, elle a été subitement prise de douleurs lancinantes, siégeant dans le côté droit et localisées au bord inférieur des côtes. Elles se montrèrent alors par accès qui durèrent une heure ou deux, et se répétèrent de temps en temps, tous les quatre mois environ. Elle se porta bien pendant deux ans ; mais les mêmes symptômes se reproduisirent, et, depuis cette époque, elle se trouve dans le même état qu'aujourd'hui. Elle n'a jamais constaté de calculs dans les selles.

État actuel. — Teint frais et rose ; mais les conjonctives ont une légère teinte jaune et leurs vaisseaux sont injectés. Matité hépatique commençant au bord inférieur de la septième côte. Dans toute la poitrine, son tympanique paraissant exagéré et la matité du foie n'est pas si franche que d'ordinaire. Le bord de l'organe ne peut pas être senti au-dessous des cartilages costaux. Pas de sensibilité au niveau de la vésicule biliaire. Selles plutôt couleur claire ; urine à poids spécifique de 1.020, acide sans albumine et sans fragment biliaire.

Opération. — Ethérisation, le 2 avril 1891. — Incision abdominale de deux pouces et demi, commençant à l'extrémité du dixième cartilage costal. A l'exploration, on constate que le foie est bien plus petit que d'ordinaire ; les lobes droit et gauche sont presque complètement séparés par une fissure longitudinale, beaucoup plus considérable que normalement et se continuant en arrière à une plus grande distance que de coutume. En outre, le foie semble s'être tordu à droite, de telle sorte que la vésicule biliaire se trouve placée sur la ligne axillaire antérieure et recouverte en entier par les côtes. Au col de la vésicule, on sent un calcul ayant les dimensions d'un « filbert ». Comme il semble impossible d'ouvrir la vésicule, on essaie d'écraser le calcul à l'aide des doigts. On n'y réussit pas et on a recours à une pince dont les mors sont recouverts de gomme élastique ; mais on ne peut les bien appliquer par suite de la situation de la vésicule biliaire. Un second essai est fait avec les doigts, la main étant introduite dans l'abdomen. On réussit cette fois à aplatir le calcul et probablement à réduire tous les fragments. L'abdomen est fermé et l'incision abdominale pansée antiseptiquement.

Suites. — La malade n'a jamais présenté le moindre symptôme alarmant. La température n'a jamais atteint 100° F. (38° c.). Pas de douleurs. Tout semble aller très bien.

Le 11 avril, quelques fragments de calcul sont trouvés dans les selles. La plaie abdominale est guérie par première intention. La malade retourne chez elle 20 avril.

Revue en juillet, elle se porte très bien.

Depuis cette époque, les symptômes douloureux n'ont pas reparu. Etat général très bon en 1894 (1).

Observation V.

Mayo Robson (Cas IV) (3 mars 1892).
Traduction *in extenso* (2).

Calculs du cystique. — *Cholécystostomie à fixation dernière.* Cysticolithotripsie. — *Guérison.*

M. J. O..., âgé de 51 ans, m'est adressé par le Dr Mc Gregor, d'Huddersfield, pour un ictère intense, qui paraît dû à une obstruction des voies biliaires par des calculs.

Il est admis à l'infirmerie le 8 février 1892. Il raconte qu'il a eu la première crise il y a quatre ans, et qu'il a été malade pendant deux jours. Après de nombreux accès, il en eut un très grave il y a une quinzaine de mois, qui l'a fortement abattu et a été accompagné d'un ictère profond durant plusieurs semaines.

La crise actuelle a commencé il y a neuf semaines et depuis cette époque il a eu de fréquents accès de fièvre intermittente et la jaunisse a atteint son degré le plus élevé.

En dehors de l'ictère, aucun symptôme physique. Pour être agréable au médecin, on administre de l'huile d'olive pendant trois semaines, sans que d'ailleurs la plus légère amélioration se produise.

Opération. — On fait, le 3 mars 1892, la cholécystostomie. La vésicule est épaissie, petite, ratatinée ; les canaux sont épais et remplis de calculs (3). De plus, la vésicule et les conduits sont enveloppés d'adhérences les unissant à l'épiploon et aux autres viscères. Après avoir détruit ces adhérences, on incise la vésicule. Ses parois sont très épaissies ; sa cavité est réduite à un simple canal. On n'enlève que peu de fragments de calculs ; mais les autres sont écrasés dans les canaux avec le pouce et l'index ou les mors garnis d'une pince. Un tube à drainage est placé dans la vésicule et l'incision de cette dernière est suturée au péritoine pariétal et à l'aponévrose. Le reste de la plaie abdominale est fermé comme d'habitude.

Suites. — Une petite bronchite a retardé la guérison, qui s'est produite sans encombre. La jaunisse a entièrement disparu en quinze jours et il y avait de la bile dans les selles au bout d'une semaine.

(1) Mayo Robson. — *On Gallstones and their treatment.* — Londres, 1892, p. 258 (cas 39). — Observation IV de la *Series of operation on the Gallbladder and Bile ducts* (Communication au Congrès de Rome, 1894).

(1) Communication au Congrès de Rome, 1894.

(2) Mayo Robson. — *On Gallstones and their treatment.* — Londres, 1892, p. 277 (cas 41). — Observation 44 de *series of operations on the Gallbladder and Bile ducts* (communication au Congrès de Rome, en 1894).

(3) Dans *Series of operations*, l'observation est intitulée : *Calculs dans le cystique.* Il n'y est pas question du cholédoque.

© BIU Santé

OBSERVATION VI.

RUTTHERFORD MORISSON (mai 1892).
Traduction *in extenso* (1).

Calcul du cystique. Dilatation de la vésicule biliaire. — Cholécystostomie. CYSTICO-LITHOTRIPSIE. — *Fistule persistante.*

Miss D..., 28 ans, souffrait de violentes douleurs abdominales; la vésicule biliaire pouvait être sentie comme une masse élastique, de la forme d'une poire.

OPÉRATION. — L'opération fut faite en mai 1892. On trouva dans la vésicule 8 onces (226 grammes) d'un liquide muqueux, mais pas de calculs. A l'examen des canaux, on découvrit un calcul de la taille d'un pois, fixé dans le canal cystique. Je l'écrasai sur place avec une grande difficulté entre le doigt et une curette lithotomique et je laissai les fragments dans le canal. Le péritoine pariétal fut suturé à la peau de l'abdomen et la vésicule biliaire fixée sur ces deux tissus réunis.

Suites. — Pendant le mois qui suivit l'opération, des fragments, représentant largement le calcul total, sortirent par l'ouverture de la vésicule avec quantité de bile, et la plaie se cicatrisa. Peu après, quelque douleur fut ressentie et la plaie se rouvrit en apportant du soulagement. De temps en temps, le fait se reproduit et, bien que la santé de la malade soit d'ailleurs excellente et son état général bien différent de ce qu'il était naguère, il y a encore une fistule.

Dans ce cas, la fistule peut être attribuée à la lacération produite sur le canal cystique par l'écrasement du calcul.

En outre de ces quatre *Cystico-lithotripsies*, Mayo Robson a pratiqué cette opération, accompagnée d'une *cholécystostomie*, le 6 mai 1893 (Obs. n° 59 de sa statistique). Il y a eu guérison. Il l'a faite encore, concurremment avec une *cholécystostomie* et une *cholécystolithotripsie*, le 15 juin 1892, avec guérison (Observation N° 46); le 29 septembre 1892 (N° 49), guérison; le 20 juillet 1893 (N° 64), guérison.

Mais nous n'avons trouvé que l'indication de ces opérations dans son travail et nous ignorons si ces observations sont aujourd'hui publiées avec tous leurs détails.

Manuel opératoire.— Pour exécuter la Cystico-lithotripsie, on procède d'abord comme dans le cas de laparotomie exploratrice parahépatique ou plutôt paracystique.

Quand, après avoir exploré la région, on s'est bien rendu compte de la position du calcul, on s'efforce de l'écraser avec le doigt. Si l'on n'y réussit pas, on essaie d'une pince à mors recouverts d'un bout de sonde en gomme élastique (Mayo Robson); mais on ne parvient pas toujours à bien appliquer la pince.

Quand on réussit à obtenir l'écrasement, il reste à refouler les débris dans le cholédoque, puis de là dans l'intestin. On referme ensuite l'abdomen. Dans ces conditions, on retrouve quelques jours après, des débris calculeux dans les selles. C'est là l'*opération type.*

Si la vésicule a dû être ouverte pour extraire les calculs qui s'y trouvent, on refoule les débris du calcul cystique dans ce réservoir et les extrait ensuite. La plupart du temps, on procède ainsi, c'est-à-dire termine par l'ablation manuelle des calculs broyés. Cette combinaison de la *Cystico-lithotripsie* avec la *Cholécystostomie* a été jadis la plus utilisée.

Indications. — Il est bien évident que, dans la majorité des cas de calculs du cystique, il est, sinon aussi simple de faire une cholécystostomie ou une cysticotomie, du moins aussi sûr au point de vue thérapeutique. La *Cystico-lithotripsie* est donc une opération appelée à disparaître à peu près complètement des cadres de la Médecine opératoire.

(1) Ruttherford Morisson. — *The anatomy of the rigth hypocondrium relating especially to operations for Gallstones*; in *Brit. med. J.*, Lond., 1894, 3 nov., 968-971 (Cas 11).

CLINIQUE MÉDICALE

Calcul salivaire;

Par **BOURNEVILLE.**

Les observations de *calculs salivaires* étant assez rares, nous avons pensé que nos lecteurs ne liraient pas sans intérêt celle que nous avons eu récemment l'occasion de recueillir.

Le 8 mai nous avons été appelé chez Mlle Lem..., âgée de 33 ans. Nous constatons une inflammation très prononcée de la glande sublinguale du côté gauche, caractérisée par une douleur intense, une très vive rougeur, un gonflement notable qui gêne les mouvements de la langue, partant la déglutition et la parole. La joue et la partie répondant à la branche montante du maxillaire inférieur, de son angle à l'oreille, sont gonflées et douloureuses. La salivation est très abondante. Les accidents ont débuté il y a trois jours. La malade assure qu'il n'y aurait eu aucune blessure, entre autres par une arête de poisson, une esquille d'os, etc. Le toucher, rendu difficile par la douleur et la pusillanimité de la malade, fait pourtant reconnaître un certain degré d'induration de la glande sublinguale. La dentition est régulière et en bon état.

Traitement : Eau de racine de guimauve boriquée, chlorate de potasse et, comme il y a un peu d'*embarras gastrique* avec constipation, purgatif.

Ayant dû nous absenter, notre ami, M. le Dr J. NOIR, nous a remplacé auprès de la malade les 9, 10 et 11 mai. Il nous a remis les notes qui suivent pour ces trois journées.

9 *mai.* Une petite quantité de pus sort du canal excréteur de la glande enflammée. Lavages avec une solution de phénosalyl à 1 0/0.

10 *mai.* État stationnaire, douleurs violentes. Petite incision au niveau du point où le pus s'écoule. Une faible quantité de pus jaune, mêlé de salive, s'écoule, la tuméfaction diminue et les mouvements de la langue sont plus faciles au bout de quelques minutes.

Lavages très fréquents avec une solution chaude de :

Liqueur de Van Swieten. . .	50 grammes.
Eau de menthe	100 —

Ingestion de chlorate de potasse en solution.

11 *mai.* La malade est soulagée très notablement, mais le plancher de la bouche reste dur et le pus semble s'écouler insuffisamment. L'incision est augmentée de 2 centimètres environ, avec un bistouri boutonné. Aucune sensation de corps dur pendant cette opération. — Continuation des lavages antiseptiques et de l'ingestion de chlorate de potasse.

12 *mai.* Dégonflement notable du repli muqueux et des parties entourant la glande. Il s'écoule toujours du pus en quantité relativement assez grande.

14 *mai.* Le gonflement de la joue a disparu. La salivation a diminué. Il s'écoule toujours un peu de pus. Le repli et la glande sont moins gros, mais celle-ci offre une certaine consistance qu'on ne peut bien apprécier par suite de la résistance de la malade.

16 *mai.* On voit poindre par l'ouverture laissée par l'incision une pointe blanche, dure, d'aspect calcaire. A l'aide d'une pince nous en détachons un petit fragment. Il s'agit évidemment d'un *calcul salivaire*. La malade se refusant à toute nouvelle opération, nous lui laissons la pince pour qu'elle essaie de détacher la partie qui deviendrait saillante. Elle nous raconte qu'il y a 5 ans, elle a senti rouler sous sa langue un corps étranger, qu'elle a retiré : c'était une pierre de la grosseur d'un petit pois.



Fig. 1. — *Calcul salivaire* (grandeur naturelle).

18 *mai.* Nous nous disposions à aller voir la malade lorsque nous recevons d'elle une lettre où nous lisons : « Je vous envoie, à titre de curiosité, ce qui est sorti hier de ma bouche (*Fig.*1)...

© BIU Santé

C'est sorti tout seul, comme un ver qui sort de terre. Le trou s'est rebouché dès le lendemain. On n'aurait jamais dit que c'était de ma bouche que cela sortait. » — Jamais la malade, qui est grosse et forte, n'a eu de gravelle ni de calculs hépatiques. Fièvre typhoïde à 13 ans. Scarlatine à 18 ans. Règles irrégulières.

Nous n'avons pas à faire de bibliographie complète à propos de ce cas; nous nous bornerons à rappeler une leçon de M. le Pr Duplay publiée dans ce journal et reproduite dans ses *Conférences de clinique chirurgicale* (1), et une étude détaillée de notre ancien collaborateur, M. le Pr Schmidt (de Nancy) (2).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Inauguration du service gynécologique de M. Pozzi à l'hôpital Broca.

M. Peyron, Directeur général de l'Assistance publique, assisté de M. Strauss, du Dr Dubois, du Dr Navarre, de M. Astié, représentant le Conseil municipal, a procédé mercredi 30 juin, à l'inauguration du nouveau service gynécologique du Dr Pozzi, à l'hôpital Broca.

Il n'est personne, dans la nombreuse et brillante assistance qui se pressait dans les nouvelles salles, qui n'ait emporté de cette cérémonie l'impression très nette qu'il venait d'assister au triomphe définitif du chirurgien éminemment doué qu'est M. Pozzi.

Un peu désenchanté des promesses officielles toujours décevantes, parfaitement revenu des illusions qu'entretiennent au cœur les années d'internat et la quotidienne poignée de main amicale des maîtres, j'ai assisté à trop d'inaugurations pour attacher une importance aux paroles qui y sont prononcées et qui ne varient guère. J'ai placé ailleurs mon intérêt, et tout le temps qu'a duré la visite du service flambant neuf, dont le Dr Pozzi faisait les honneurs avec sa bonne grâce habituelle, ma pensée se plaisait à reconstituer l'aspect de ce vieux service de chirurgie de Broca, où s'est passée la dernière année de mon internat.

Pauvres baraques disjointes et enfumées, où êtes-vous?... J'ai écrit autrefois ici même pour réclamer votre destruction, et j'ai modestement essayé d'apporter, par la voix de ce cher Journal, mon faible concours à l'œuvre de rénovation aujourd'hui accomplie. Je ne vous regrette pas, certes, car vous n'aviez rien de bien séduisant; mais je ne puis m'empêcher de vous saluer, glorieux témoins d'une époque de lutte et d'efforts. Vous avez loyalement abrité les tentatives opératoires les plus audacieuses, et votre aspect de château branlant n'était pas fait pour nuire à la gloire naissante de votre destructeur actuel.

Ne fallait-il pas qu'il soit bien habile et bien remarquable, ce jeune chef, qui osait des choses qui paraissaient paradoxales à être exécutées sous vos pitoyables lambris, et que vous avez si rarement empêché de réussir? Aujourd'hui, serti de murs de cristal, son mérite opératoire apparaîtra-t-il avec autant de vigueur? Il vous doit bien un souvenir attendri, et je me permets de vous l'envoyer de sa part.

Autre chose se dégageait encore de mes impressions au cours de cette promenade officielle. C'est que j'as-

(1) Paris, 1877, p. 110.
(2) *Revue méd. de l'Est*, 1883, t. XV, p. 133, 252, 265 et 307.

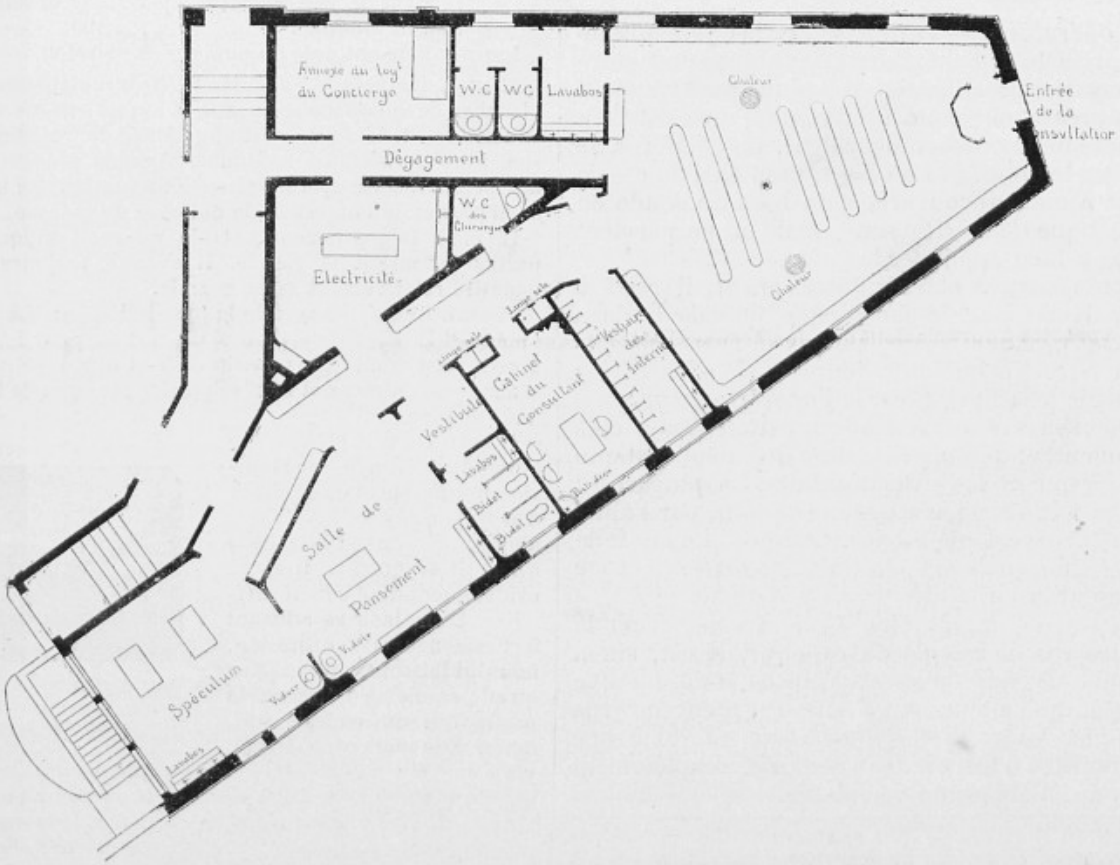


Fig. 2. — Le nouveau service de M. le Dr Pozzi à l'Hôpital Broca.

© BIU Santé

sistais à la fête d'un homme, à sa consécration. Sans la volonté inébranlable de M. Pozzi, sans son infatigable persévérance, rien de tout ce que l'on inaugure ne serait. Ce que cet homme a fait de démarches, de visites, a écrit de lettres, a ennuyé de fonctionnaires est inimaginable. J'estime qu'il serait impossible d'évaluer le nombre des imprécations qu'il a dû s'attirer, le dos tourné, dans les bureaux de l'Assistance, et tout me porte à croire que la seule annonce de son arrivée dans les couloirs administratifs devait provoquer la prompte envolée des gros bonnets dont il venait secouer l'inertie. Rien ne l'a rebuté, et très efficacement secondé par le Dr Navarre, il a vu son œuvre aboutir.

Si le principe de la reconstruction de Broca appartient au Dr Pozzi, si le mérite d'avoir provoqué un mouvement d'opinion et d'avoir obtenu les crédits nécessaires lui revient aussi sans conteste, on s'aperçoit vite, au seul aspect des nouvelles constructions et de leurs dispositions intérieures, que les idées personnelles du chirurgien ont fortement inspiré l'architecte, M. Rochet, l'un de ceux — ils sont rares — qui acceptent, de bonne grâce, les conseils des médecins.

M. Pozzi a beaucoup voyagé pour étudier l'organisation hospitalière des pays étrangers. Il a rapporté de ces déplacements des notions très précieuses, qui ont été appliquées à la construction du nouvel hôpital.

Il est de fait que rien ne ressemble plus à un hôpital anglais que celui que l'on inaugurait hier sous nos yeux. Les constructions sont édifiées en briques et bois, d'après un système économique très recommandable. Ce sont des rez-de-chaussée surélevés, d'apparence très élégante. Les salles sont dallées de grès aux couleurs vives; les peintures des murs sont blanches et vernies. Quelques artistes amis ont commencé à peindre des fresques sur ces murs, et c'est un enchantement que de voir l'une d'elles représentant une mer au moutonnement rythmé avec les spirales bleutées d'une envolée de colombes.

Les lits sont blancs, propres, bien alignés. Il doit être doux d'être couché dans l'un d'eux avec, pour bercer les heures de maladie, le bercement de cette mer et, pour porter au loin les idées de tristesse, l'envolée de ces colombes.

Partout, dans les couloirs, dans la salle d'attente, des palmiers, des fleurs, des tableaux. Tout à l'anglaise, jusqu'aux infirmières dans leurs sarreaux gris, coiffées de linge blanc. De celles-ci je voudrais qu'on s'occupât un peu et qu'on s'inspirât encore de l'Angleterre pour améliorer leur sort. A quand le pavillon des infirmières, des *nurses*, comme on les appelle là-bas, avec les petites chambres aux rideaux de mousseline, aux lits de cuivre, aux meubles de wallnut!

A quand la salle de réunion avec piano, journaux, revues, où l'on prend le thé, où l'on cause, où l'on est chez soi, tout ce qui peut constituer le « home » agréable pour ces pauvres filles, sans foyer, qui travaillent dur et sont si peu payées? Qui donc aidera le *Progrès*, son Rédacteur en chef, et ses collaborateurs à convaincre nos dirigeants de la nécessité de cette réforme?

Les nouvelles salles sont éclairées à la lumière électrique, lumière inconnue dans la plupart de nos hôpitaux où on paraît ignorer qu'elle ne consume pas l'air des salles, qu'elle ne fournit pas d'acide carbonique ni de poussière de charbon (1). Le chauffage est fait à la vapeur: ce qui supprime les poussières si abondantes avec les cheminées usitées dans les hôpitaux.

Alors que partout ailleurs la ventilation se fait par les fenêtres des salles, ce qui rend le renouvellement de l'air intermittent en toute saison, et illusoire en hiver, il existe à Broca une ventilation constante, assurée par un appel d'air. Grâce à une roue à palettes, située dans les combles et actionnée par un moteur électrique, l'air est puisé par des bouches extérieures placées très haut et entre dans les salles au centre de radiateurs où circule la vapeur d'eau chaude, ce qui le chauffe instantanément. L'air vicié sort par des ouvertures placées très haut, grâce à l'appel constant créé par le moteur électrique.

Je remarque qu'on a multiplié les bains, les douches, les water-closets et que le linge sale ne peut pas séjourner dans le service. On a enfin réservé de nombreuses petites chambres d'isolement, qui sont indispensables aux malades qui viennent de subir de grandes opérations.

M. Pozzi a montré ses belles qualités d'organisateur et de dirigeant, en créant de toutes pièces, là où il n'y avait rien, un service modèle qui fera l'admiration de tous ceux qui iront le visiter. Mais, là où son esprit s'est montré vraiment prévoyant et complet, c'est dans l'organisation de cette Société de Dames patronesses du service qui a constitué une caisse de secours pour les malades nécessiteux et leurs familles. L'œuvre fondée en 1894 a recueilli plus de 50.000 fr. et a distribué près de 20.000 fr. en quatre ans et demi.

Avant la nomination du Dr Pozzi (1883) à l'hôpital Broca, le service de chirurgie était simplement une infirmerie peu active pour les vénériens de l'hôpital. Actuellement, c'est un des services les plus actifs de Paris, celui où il se pratique le plus de grandes opérations gynécologiques, et il a entièrement perdu tout caractère spécial.

Tout fait espérer que le printemps prochain verra complètement terminé ce service modèle. Il était temps que l'homme qui a le plus fait en France pour la gynécologie, dont les livres sont traduits dans toutes les langues, ait un cadre vraiment digne de son mérite et de la réputation dont il jouit vis-à-vis des étrangers. Peut-être la Faculté se décidera-t-elle un jour à créer une chaire de gynécologie, pour laquelle il est tout désigné?

J.-S. Dauriac.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 juin 1897. — Présidence de M. Caventou.

Réparation des pertes de substance du foie.

MM. Cornil et Carnot montrent par une série d'expériences le rôle de la fibrine dans la cicatrisation des plaies du foie. La fibrine favorise la poussée des cellules endothéliales, leur bourgeonnement, l'organisation des vaisseaux et du tissu conjonctif de cicatrice. En plaçant dans

(1) Des fragments de l'hôpital Saint-Louis, de Bichat, etc., à Paris, depuis 2 ou 3 ans, l'asile de Vaucluse et l'hôpital du Havre depuis longtemps, sont éclairés à l'électricité. Nous avons depuis bien des années réclamé davantage (B.).

© BIU Santé

la perte de substance une éponge fine imbibée de jaune d'œuf, celle-ci remplit un rôle analogue à celui des fragments de fibrine. Dès le quatrième jour, l'adhérence est intime et les cellules, très volumineuses, à prolongements multiples, constituaient déjà des vaisseaux néoformés au quatrième jour dans les cavités de l'éponge.

Résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goitre exophtalmique.

MM. Gérard-Marchant rapporte une observation intéressante au point de vue des suites éloignées de cette opération. La résection en elle-même est très simple, la recherche du ganglion supérieur permet de reconnaître souvent le nerf. Le seul incident chez la malade de M. Marchant a été une ecchymose conjonctivale produite par vasodilatation à droite au moment où on sectionnait le sympathique gauche. Les résultats opératoires immédiats ont été excellents, et la malade a quitté ce service guérie en apparence. Malheureusement cet état ne s'est pas maintenu; l'exophtalmie a reparu au point que la malade peut à peine fermer les paupières.

Paralysie ascendante survenue au cours d'un traitement antirabique.

M. Rendu communique une observation de M. le Pr Brault (Alger), relative à une myélite survenue au cours d'un traitement par les injections antirabiques La paraplégie qui a fini par guérir est inverse dès le cinquième jour des injections. Celles-ci semblent vraiment la seule cause qu'on puisse invoquer.

La tuberculose des poissons.

MM. Dubar et Bataillon signalent une très curieuse épidémie de tuberculose observée chez les carpes d'un vivier, dans lequel on jetait les crachats d'un phtisique. Le foie et la rate étaient énormes et criblés de tubercules. Dans les expériences entreprises on put inoculer de la tuberculose humaine à des carpes saines, mais sans pouvoir ensuite remonter au type de la tuberculose humaine. L'inoculation de la tuberculose des carpes aux mammifères ne les rendit pas tuberculeux. Il en fut de même avec la tuberculose aviaire. Il semble donc que les tuberculoses humaine et aviaire puissent se transformer chez les animaux à sang froid, et y jouer le rôle d'une tuberculose saprophytique, fortement végétante, mais très peu virulente. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 juin 1897. — Présidence de M. E. Delens.

De la coxalgie.

M. Gérard-Marchant croit utile de rapporter un fait. Il s'agissait d'une fillette atteinte de coxalgie. Redressement sans ennui. Plusieurs mois après, situation encore mauvaise et nouveau redressement forcé. Au bout de quelques jours méningite, dont la malade mourut.

M. Berger a employé dans les abcès de la coxalgie des injections d'éther iodoformé et de naphtol camphré, et a pu en guérir avec une seule injection. Il faut distinguer des abcès dans le décours de la coxalgie chez lesquels après avoir fait une injection de naphtol le petit orifice s'ouvre, donne issue à une sorte de bouillie jaunâtre, puis tout se ferme et se guérit. Mais, dans les abcès au début de la coxalgie, on peut être forcé de faire le curettage, malgré l'injection; mais il n'a pas un seul cas de curettage ayant amené une guérison définitive.

M. Jalaguier est ennemi des résections, sauf lorsqu'on ne peut les éviter. Il a vu aussi, comme M. Ménard, que les injections antérieures mettent les malades dans de meilleures conditions pour la résection. Comme traitement général, c'est à l'appareil plâtré qu'il faut recourir d'ordinaire. Sur 122 cas de coxalgie, 67 ont présenté des abcès, 11 sont morts, 7 de méningites et 4 de lésions pulmonaires, 46 ont été traités par l'extension continue simple, 18 par l'immobilisation simple; enfin 41 ont subi le redressement sous le chloroforme, sans une mort par méningite. Les abcès injectés ont guéri après deux ou trois injections, tantôt d'éther iodoformé, tantôt de naphtol camphré, tantôt les deux employés successivement.

M. Kirmisson. — Tout le monde proclame la supériorité de la méthode conservatrice dans le traitement de la coxalgie. Le maintien du membre dans une attitude favorable est le principal objectif. Il faut placer le membre dans une situation modérée d'abduction; sinon surviendront toutes les complications terribles de la coxalgie. Dans cette position il y a emboîtement exact de la tête dans la cavité cotyloïde. La période de coxalgie suppurée doit être distinguée en abcès non infectés et abcès fistuleux. Le vrai danger pour un tuberculeux, c'est de devenir septicémique. C'est à l'éther iodoformé qu'il donne la préférence sur le naphtol camphré. En somme, rejet absolu de toute intervention pseudo-radicale.

M. Hennequin lit un mémoire relatant une série d'*études expérimentales démontrant l'efficacité et le mode d'application de l'extension continue dans le traitement de la coxalgie.*

Occlusion intestinale.

M. Broca fait un rapport sur une présentation de M. Legueu. Dans le premier cas, il s'agissait d'une tension du cæcum que l'on put remettre en bonne situation par la laparotomie. Dans le second il s'agissait d'occlusion intestinale par paralysie de l'intestin. A la suite d'une hernie, le contour de la portion serrée arrêtait le cours des matières, et, à la suite de la laparotomie, la contractilité intestinale reparut, et la malade guérit.

Fracture de la rotule.

M. Berger dit que le cerclage n'a pas été préconisé pour tous les cas; les objections que l'on a faites au cerclage n'ont pas porté. Avec le cerclage, il n'est pas impossible de nettoyer l'articulation et d'évacuer tous les caillots. De plus le cerclage n'exige pas des instruments spéciaux, n'expose pas à la chute de la poussière osseuse dans l'articulation, et les fils n'y pénètrent pas davantage. Les cas de fracture itérative montrent bien que la suture dans la fracture de rotule n'est pas toujours aussi solide qu'on veut le dire. De plus, il existe encore des cas de mort, de suppurations d'articulations, qui forcent à dire que la suture de la fracture de rotule n'est pas encore de petite chirurgie courante.

M. Faure présente un opéré de *résection du grand sympathique cervical.*

M. Nélaton présente un cas d'*ostéome de l'orbite.* M. B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 23 juin 1897. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

M. Mangenot. — *L'enseignement primaire en Russie.* — La scolarité dure trois ans; mais le plus souvent les enfants ne vont à l'école qu'un an ou deux; en général, l'école coûte trois roubles; presque tous les professeurs sont des femmes. Les classes sont faites dans des maisons particulières, soit au premier, soit au cinquième, soit à un autre étage; aussi les cours de récréation font défaut, elles sont remplacées par des corridors où jouent les enfants. Depuis quelques années cependant les municipalités construisent des écoles. Les classes sont bien éclairées, le chauffage se fait avec des poêles en faïence: les élèves entrent à 9 heures et sortent à 2 heures. Aussi n'existe-t-il pas d'éclairage. La gymnastique n'existe pas dans les écoles. Depuis 1894, à Saint-Pétersbourg, ont été inaugurées des colonies scolaires pendant les vacances. En 1882, on a inauguré à Saint-Pétersbourg, le service médical des écoles qui est confié à des femmes. Chaque école est inspectée une fois par semaine.

M. Faivre. — *Soins de la bouche et des dents chez les enfants des écoles et collèges.* — Le plus souvent ces soins sont très mal donnés dans les écoles et lycées; beaucoup d'élèves n'ont pas de brosse à dent, ou s'ils en ont, elle sont dans un état déplorable de saleté. On devrait exiger de chaque élève la possession d'une brosse à dent, d'un verre, et d'une boîte à poudre. De plus, il serait utile que les objets de toilette soient à côté de la cuvette et non pas près du lit. Les surveillants devraient insister sur la nécessité de ces soins de propreté. L'auteur parle ensuite des soins donnés aux élèves par le dentiste dans les écoles et collèges; il serait désirable que le dentiste examinât les enfants deux fois par an.

M. Camescasse et M. Poitou-Duplessis parlent du savonnage de la bouche, qui donne de si bons résultats.

M. Pinard. — Suite de la discussion sur la *puériculture à bon marché.* — M. Pinard s'élève contre le projet émis par M. Bertillon. Pour lui, toutes les femmes ont du lait après

© BIU Santé

l'accouchement, et, dans le projet de M. Bertillon, on supprime le lait maternel pour donner du lait stérilisé ou autre.

M. BERTILLON essaye de montrer que, s'il a proposé cette puériculture, c'est parce qu'on y est forcé; près de 18.000 enfants à Paris sont dans la nécessité d'être mis en nourrice chaque année. MARTHA.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : Dr KERAVAL.

I. — Das Latah eine in Niederlændisch-Ostindien Neurose; par P.-C. VAN BRERO. — (Tirage à part du *Zeitschr. f. Psychiat.*, t. 51.)

I. — Deux observations nouvelles de l'affection déjà décrite par Gilles de la Tourette dans les *Archives de Neurologie*. M. Van Brero la considère comme une névrose cérébrale héréditaire dans laquelle on provoque de la schokinésie, de l'écholalie et de la coprolalie et qui est, en somme, une myospasie impulsive imitative provoquée. Il y a, dans l'espèce, de l'hyperexcitabilité réflexe.

II. — Die Geisteskrankheiten der Bevœlkerung des malaischen Archipels; par P.-C. VAN BRERO. — Tirage à part du *Zeitschr. f. Psychiat.*, t. 53.

II. — La population de l'archipel malais présente les trois particularités neuro-psychiques suivantes :

Sous le nom de *shamanisme* existe la croyance en la possession des personnes des deux sexes par des esprits. Il y a des *dayaks* hommes, ainsi possédés, qui, se croyant transformés en femmes, habitent sous le nom de basirs avec des individus de leur sexe. Cette incarnation des esprits dans le corps des shamans se fait par invocations religieuses; sous l'influence de l'encens, de danses, chants, musiques, les individus entrent en extase, prophétisant, parlant une langue incompréhensible à leur entourage. Parfois, en même temps, apparaissent des accidents nerveux; poussant de grands cris, ils se roulent à terre, tournent circulairement, sautent, présentent de la convulsion des traits de la face, et souvent finissent par perdre connaissance (suggestion hypnotique).

Le *latah* est également constaté (voyez plus haut).

Enfin l'*amok* dont on trouvera la description dans les *Archives de Neurologie*, cette rage impulsive pendant laquelle le furieux tue tout autour de lui et finit par se tuer lui-même, est tantôt idiopathique, tantôt symptomatique. Dans le premier cas, on a affaire à des dégénérés. Les excès alcooliques ou autres, l'action du calorique, diverses affections cérébrales et nerveuses, certaines lésions directes ou indirectes du cerveau, l'inanition, des affections somatiques surtout fébriles doivent entrer en ligne de compte. L'orgueil blessé est la principale cause déterminante chez des malheureux qui, toujours armés, n'ont pas l'habitude de respecter ni de voir respecter la vie humaine. La femme est peu sujette à l'amok, parce que sa sensibilité morale, plus excitable, n'est cependant pas aussi intense que celle de l'homme, et que, d'ailleurs, elle vit à l'arrière-plan. En d'autres cas, l'amok est symptomatique de l'épilepsie, de la manie périodique, de l'imbécillité, de l'idiotie. Souvent le furieux, reprenant, après ses crises, sa parfaite lucidité, déclare ne plus se rappeler du tout ce qui s'est passé, ou bien il dit qu'il a vu des tigres, des cochons, etc. Les dégâts et les blessures qu'il a causés à des spectateurs tout-à-fait inoffensifs, et l'amnésie plus ou moins complète de l'assassin rappellent l'accès de folie transitoire. Mais encore faut-il que le médecin, sans perdre de temps, interroge convenablement parents, voisins, témoins, ce qui ne paraît pas avoir été fait, car il se trouve généralement en présence d'un cadavre ou il a tant de blessés à soigner qu'il n'a pas le loisir de bien mener son enquête.

Sur 376 indigènes et Chinois séquestrés avec motif à l'appui, 39 (33 hommes indigènes — 4 femmes indigènes — 2 Chinois) avaient tué ou blessé = 9,39 0/0. On constatait sur ces 39 individus ce qui suit.

	Indigènes. Hommes.	Indigènes. Femmes.	Chinois. Hommes.
Confusion mentale	8	1	1
Epilepsie	3	»	»
Hystérie	»	1	»
Manie périodique	4	»	»
Idiotie	4	»	»
Démence	13	1	1
Folie inconnue	1	1	»
	33	4	2

Sur ces 39 malades, 8 avaient présenté les signes classiques de l'amok.

L'*aliénation mentale*, au centre de Sumatra, est loin d'être traitée avec respect; on s'y moque des fous que l'on soumet à des pratiques cruelles. L'homme, illettré, dépourvu de culture, ou incomplètement civilisé, coule une existence plate, monotone; aussi, les conceptions délirantes, rares, ont-elles, chez lui, un cachet rudimentaire et peu compliqué, rappellant celles des déments européens. Ce qu'on voit surtout, c'est la confusion mentale avec disjonction des phénomènes d'association psychique, et développement des fonctions animales automatiques. S'il est agité, il est très agité, malpropre, déchire ses vêtements, joue avec ses matières fécales et devient immédiatement dangereux pour son entourage.

Mouvement de la population de l'asile de Java pour 1892, 1893, 1894, 1895.

Il a été admis 211 indigènes se décomposant en :

	Hommes.	Femmes.
Maniaques	5	»
Confusion mentale	28	23
Folie systématique	2	4
Hystérie	»	1
Epilepsie	5	2
Manie périodique	16	14
Confusion mentale périodique	1	1
Idiotie	1	6
Imbécillité	2	»
Démence	46	52
Démence paralytique	2	»
	108	103
	211	

Il a été admis 19 Chinois se décomposant en :

	Hommes.	Femmes.
Confusion mentale	2	»
Folie systématique	»	1
Manie périodique	2	»
Confusion mentale périodique	1	»
Idiotie	»	1
Démence	11	1
	16	3
	19	

En somme, la confusion mentale prédomine; généralement elle s'accompagne d'illusions sensorielles ou se présente avec de la stupeur; il y a confusion des personnes et peu d'hallucinations; quelquefois la maladie se juge par un accès de manie et guérit.

La folie aiguë est surtout représentée par de l'agitation avec logorrhée nécessitant la réclusion en cellule.

La manie pure est très rare.

La manie périodique est très fréquente chez les indigènes; elle débute et se termine en lysis, dure de six à huit mois avec des intervalles de lucidité d'égale durée; elle nécessite la cellule. La démence est principalement apathique.

Tous les aliénés sont occupés au travail, soit à la maison, soit au jardin, aussi bien les agités, à la condition de les diriger.

La paralysie générale est peu observée sous les tropiques; M. van Brero en donne quatre observations. La première con-

© BIU Santé

cerne un Indo-européen de 34 ans (père hollandais, mère javanaise) ayant présenté d'abord les accidents d'une syphilis cérébrale à foyers gommeux, puis la paralysie générale commune. Chez un Javanais de 45, ans dont on put faire l'autopsie, il y avait lieu d'incriminer l'emprisonnement, la syphilis, l'opium, la chaleur rayonnante. Un Javanais âgé, autopsié, était atteint de méningo-encéphalite chronique, avec dégénérescence parenchymateuse diffuse généralisée de la moelle et tabes dorsal à la première période.

Etiologie psychopathique. — Il est à peu près impossible, actuellement, de la préciser. C'est déjà difficile en Europe; *a fortiori*, chez un peuple à demi-civilisé qui méconnait l'importance de la question. Jusqu'à l'opium que l'on pourrait fumer sans inconvénients, si l'on en croit des hommes de haute valeur, tels que le Dr Gillmore Ellis. L'hérédité est difficile à déceler. La fièvre (surtout paludique) est très fréquente, ainsi que la syphilis. Excepté à l'île de Madura, il n'est pas mésusé de l'alcool dans l'archipel malais. Ces éléments sont cependant très attentivement étudiés par M. van Brero. Enfin, le béribéri très commun se termine habituellement par la mort dont il est la cause la plus ordinaire.

III. — Der Fall N.; par H. Oppenheim. — Berlin, in-8, 1896. S. Karger, édit.

III. Le sous-titre de cette étude est : *Nouvelle contribution à l'étude des Névroses traumatiques.*

Ce travail débute par l'histoire lamentable d'un charpentier qui, tombé sur la tête de la hauteur d'un troisième étage, le 20 octobre 1889, réussit à se tirer d'affaire, mais présenta depuis cette époque des troubles nerveux rapportés par deux médecins à d'autres causes, notamment à l'alcoolisme chronique, bien que l'un d'eux constatât de la paresthésie, de l'accélération du pouls. Ce malheureux, incapable de travail, demande la rente légale pour infirmités acquises du fait de sa profession. M. Oppenheim conclut, le 19 juin 1892, affirmativement. En novembre 1892, le Pr X.... conclut négativement; le *Reichsversicherungsamt* admet ces dernières conclusions. Nouveau certificat de M. Oppenheim, le 28 novembre 1892; c'est en vain. Aussi, dit-il, en pareils cas, quand des médecins également compétents sont en désaccord, les intérêts des malheureux devraient-ils être confiés à une assemblée de rapporteurs de mérite.

Suit une leçon ayant pour but d'affirmer l'existence d'une neurasthénie traumatique, quand il existe une raideur fonctionnelle de la nuque, avec douleurs provoquant à chaque mouvement de la fréquence du pouls, de l'accélération de la respiration, des tremblements fibrillaires des muscles et souvent, en outre, des troubles vaso-moteurs, tous signes objectifs de la douleur. Il faut encore rechercher l'augmentation des réflexes tendineux, l'affaiblissement musculaire généralisé.

Enfin, M. Oppenheim s'étonne des nouvelles manières de voir de M. Strümpell sur les névroses par accidents, contenues dans son travail : *Ueber die Untersuchung, Beurtheilung und Behandlung von Unfallkranken. Prakt. Bemerkungen. München. med. Wochenschr.*, 1895, nos 49 et 50. Les voici :

1° Le traumatisme, dit Strümpell, est un facteur accessoire tant au point de vue mécanique qu'au point de vue psychique. Ce qui domine la scène, c'est la préoccupation du patient. Recevrai-je une rente? Combien recevrai-je? Dans quelle mesure serai-je atteint dans ma capacité de travail? Préoccupations qui agissent pathogéniquement.

A cela, M. Oppenheim répond : Le traumatisme joue un rôle important dans la genèse de la névrose traumatique. Je vois bien l'action morbigène, par suggestion, de la crainte de demeurer paralysé, mais non pas celle des rentes pour accidents. En tous cas, la question reste entière. Y a-t-il ou non des symptômes dont on doive, par tous les moyens possibles, révéler l'existence? De plus, M. Strümpell montre lui-même que le rentier pour accident ne touche souvent pas la moitié de ce que lui produisait son travail; donc la crainte de la misère détruirait plutôt l'effet de la suggestion de la rente dans le *farniente*.

2° Il n'y a pas, selon M. Strümpell, de symptômes objectifs des névroses traumatiques. Ils sont tous suggérés : anesthésie, rétrécissement du champ visuel, accélération du pouls, arythmie cardiaque, signes de Mannkoff, etc.

A ce compte-là, répond M. Oppenheim, les manifestations pathologiques d'un état mental, telles que l'accès de manie, ne sont pas des symptômes objectifs. Il n'y a de symptômes objectifs que ceux d'une affection organique. Et, cependant, quoi de plus objectif que l'anesthésie, l'analgésie douloureuse et les perturbations sensorielles mises en évidence par des procédés qui défient la suggestion? On fait trop bon marché des découvertes de Charcot.

3° Après avoir dit, jadis, que la névrose traumatique est un complexus morbide caractéristique dont la simulation n'est généralement pas facile, M. Strümpell annonce l'impossibilité de déjouer l'exagération voulue, la simulation consciente, étant donné le genre de chacun des symptômes. Et il ajoute : L'allure changeante de certains symptômes n'implique pas absolument qu'il y ait simulation consciente. Or, M. Strümpell disait en 1893 : « Comment un simple travailleur, à l'oreille duquel les découvertes de la Salpêtrière ont peine à arriver, irait-il s'imaginer de simuler une paralysie du goût et de l'odorat ou une hémianesthésie typique? »

De plus, toutes les maladies du système nerveux, en dehors de celles qui prennent une marche franchement aiguë ou impétueuse, et, en particulier, les névroses fonctionnelles sont précisément caractérisées par les changements considérables dans l'intensité et les modalités de leurs manifestations.

Il est à craindre que cette expression d'allure changeante n'obscurcisse l'esprit du médecin qui a déjà tant de peine à démêler la vérité.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies produites par les Champignons parasites. Actinomycose néoplasique limitée; par le Dr P. Ducor. — Paris, J.-B. Baillière, in-8 de 78 pages, avec 12 figures dans le texte, 1896.

Les cas d'actinomycose vont se multipliant en France; la maladie commence à y être bien connue, surtout grâce aux travaux du Pr Poncet (de Lyon) et de ses élèves. Il serait donc inutile d'insister longuement sur un nouveau cas, si celui-ci ne se recommandait à l'attention par des particularités remarquables.

Il en est ainsi pour l'observation que M. Ducor a publiée et au sujet de laquelle nous avons déjà fait un rapport à l'Académie de Médecine. La brochure que nous avons sous les yeux contient le mémoire présenté à l'Académie; elle renferme en outre la suite de l'observation de la malade jusqu'à guérison complète; elle débute par un bon chapitre de généralités sur l'actinomycose et les maladies analogues, causées par des champignons voisins de l'actinomycète. Cet ouvrage constitue donc une bonne contribution à l'histoire de l'actinomycose; il nous fait connaitre dans toutes ses péripéties l'un des cas les plus curieux qui aient été observés jusqu'à ce jour.

La malade en question est actuellement âgée de quarante-trois ans; elle appartient aux classes élevées de la société et est d'une très bonne santé habituelle. A la fin de mars 1888, elle fut prise brusquement, en pleine santé, de douleurs modérées siégeant en arrière de l'angle inférieur droit de la mâchoire; trois jours après, la région temporo-parotidienne du même côté était tuméfiée, grosse comme une noix; on notait un trismus assez accentué. On crut à un abcès et on pratiqua une incision de la peau : elle livra passage à un liquide clair, dont l'écoulement dura près de deux mois sans interruption. A la fin du troisième mois, la tuméfaction a envahi la joue; on extrait trois dents, d'ailleurs saines; on croit à des accidents causés par une éruption difficile de la dent de sagesse; on incise la tumeur, qui laisse couler au dehors un liquide séro-sanguinolent, ayant la couleur du jus de pruneau.

De 1889 à 1894, l'état de la malade s'aggrave progressivement. Les douleurs, d'abord peu marquées, surviennent par crises semblables à des rages de dents; le trismus persiste, sans empêcher les mouvements de mastication; il s'écoule de temps à autre un liquide purulent par l'orifice de l'incision, qui reste sans se cicatriser. Dans cet intervalle de temps, un grand nombre de médecins voient la malade; ils portent les

© BIU Santé

diagnostics les plus divers; la plupart croient à un sarcome. A un certain moment, on incise largement la mâchoire au thermo-cautère; plus tard, on conseille le massage, et ce traitement fut suivi depuis le mois de février 1894 jusqu'au 20 novembre de la même année.

Ce jour-là, une douleur atroce, accompagnée de forte fièvre, se déclare tout le long de la branche montante du maxillaire inférieur; en même temps s'établit une suppuration qui ne doit plus tarir et devient peu à peu plus abondante. Par intervalles se produisent des hémorragies en nappe, dont on devient très difficilement maître; la muqueuse gingivale, dans la partie atteinte, est comme criblée d'une série d'orifices fistuleux presque imperceptibles, par lesquels s'écoule incessamment un liquide muco-purulent strié de glaires tenaces. La faiblesse est extrême, l'alimentation très difficile.

Au commencement de l'année 1895, l'état général est des plus graves. Le 13 février, la situation devient très inquiétante : les vomissements incessants, le délire, l'extrême petitesse du pouls et tous les symptômes pré-agoniques font croire à une fin prochaine. Le lendemain, contre toute attente, l'évacuation brusque d'une énorme quantité de pus provoque une amélioration assez sensible.

Dès lors, l'état général va en s'améliorant; les crises douloureuses s'atténuent, la malade peut faire quelques pas et elle peut même bientôt être transportée à la campagne. Toutefois, la maigreur persiste, ainsi que les troubles fonctionnels : tuméfaction, trismus, hémorragies intermittentes, suppuration presque continue. Divers médecins qui voient alors la malade portent, eux aussi, le diagnostic de sarcome.

En septembre 1895, la malade rentre à Paris. Une de ses parentes, qui la soigne depuis longtemps, vient consulter pour elle-même le Dr Ducor et lui parle de cette maladie bizarre, compliquée d'accidents si graves et à marche si longue. D'après la description qui lui en est faite, le Dr Ducor ne doute pas un instant qu'il ne s'agisse d'un cas chronique d'actinomycose. On l'appelle auprès de la malade, le 4 novembre 1895, et sa prévision se trouve aussitôt confirmée : il constate dans le pus la présence des éléments caractéristiques de l'actinomycète.

A cette date, la tumeur est à peu près grosse comme la tête d'un fœtus à terme; elle est très proéminente en avant et à droite; elle occupe tout le côté droit de la face, au-dessous du rebord orbitaire et empiète sur le côté gauche, de telle façon que la bouche est complètement déplacée et semble être percée sur la gauche; on n'en voit pas la moindre trace, quand la malade se présente du côté droit. Les lèvres ne pouvant s'accoler l'une à l'autre, la bouche reste constamment entr'ouverte; on voit aisément la muqueuse gingivale, qui recouvre une mâchoire très hypertrophiée en tous sens et criblée d'un très grand nombre de petits orifices par où s'écoulent sans cesse des filaments muqueux très adhérents, que des lavages à l'eau boriquée chaude, pratiqués presque constamment, ne détachent qu'avec difficulté. La peau qui recouvre la tumeur est lisse, souple et d'aspect normal, mais vascularisée; elle est absolument intacte, sans adhérences avec la tumeur sous-jacente. L'oreille droite disparaît entièrement derrière celle-ci, quand on regarde la malade de face.

A la palpation, la tumeur donne par places la sensation d'une induration ligneuse, qui se manifeste par îlots plus ou moins étendus. Entre ces masses scléreuses, le tissu est ramolli, fluctuant, comme s'il s'agissait d'abcès ou de fongosités. C'est bien là cette consistance particulière, pathognomonique, intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes solides, consistance que M. Poncet considère avec raison comme l'un des meilleurs signes diagnostiques des actinomycomes. Presque nulle sur les parties ligneuses, la sensibilité à la pression est plus marquée sur les parties de consistance demi-molle.

La tumeur offre partout des limites très nettes : elle occupe toute la moitié droite du maxillaire et environ un tiers de la moitié gauche du même os. La langue a conservé toute sa mobilité; la région hyoïdienne n'est pas envahie non plus. On ne constate pas la moindre trace d'engorgement ganglionnaire.

Cette hypertrophie du maxillaire empêche, comme nous l'avons dit, l'affrontement des lèvres; d'autre part, le trismus, qui persiste depuis le début de la maladie, s'oppose à l'écartement de ces organes et, par conséquent, à l'ingestion d'aliments solides. Aussi, depuis longtemps, la malade se nourrit-elle uniquement de liquides, dont une bonne partie s'écoule au dehors, lors de chaque tentative d'ingestion. L'appétit est d'ailleurs peu développé; la malade est très amaigrie. La température se maintient presque toujours au-dessous de 37° avec une moyenne de 36°,6. Le sommeil fait à peu près défaut : il est interrompu par l'obligation de laver fréquemment la bouche et par l'impossibilité qu'éprouve la malade de pencher la tête soit à droite, soit à gauche.

La cause initiale de l'affection demeure obscure, mais on peut presque affirmer que les graminées ont servi de véhicule à l'agent pathogène. En effet, M. Ducor note que la malade, alors qu'elle était jeune pensionnaire, avait l'habitude de collectionner des épis d'orge et de blé, dont elle encombrait ses tiroirs et ses pupitres, pour les mâchonner ou les utiliser comme cure-dents, jusqu'à faire saigner ses gencives; jeune femme, elle n'avait pas perdu cette habitude funeste.

Tous ces points étant bien établis, M. Ducor institue le traitement par l'iodure de potassium, le 15 novembre 1895. Après divers tâtonnements, il fixe la dose à 2 gr. 50 par jour, et depuis lors cette médication est continuée sans interruption. En même temps, sur le conseil de M. Nocard, qui a observé chez le bœuf des associations d'actinomycète et de streptocoque rapidement améliorées par des injections de sérum antistreptococcique jointes à l'iodure, on complète le traitement interne par des injections de sérum de Marmorek. Le 21 novembre, on injecte 5 centimètres cubes de ce sérum; le 5 décembre, 6 centimètres cubes; le 20 décembre, 8 centimètres cubes : ces injections provoquent quelques accidents fugaces et une élévation notable de la température; elles ont pour résultat de faire disparaître les streptocoques du liquide purulent s'écoulant de la tumeur. Enfin, la teinture d'iode est employée, soit en badigeonnages sur la face intrabuccale de la tumeur, soit en injections parenchymateuses, mélangée à parties égales de glycérine; ces injections sont toujours bien supportées; les piqûres au moyen desquelles on les pratique se cicatrisent sans laisser de traces.

Grâce à ces divers moyens, l'état général de la malade s'est lentement, mais progressivement amélioré. La tumeur a diminué dans tous les sens et la malade a la sensation très nette que le poids en est notablement amoindri. En regardant de face la malade, on aperçoit l'oreille droite. La bouche n'est plus entièrement reportée sur la joue gauche et tend à reprendre sa position normale. Les lèvres s'affrontent maintenant d'une façon permanente; la bouche peut s'ouvrir assez largement pour qu'on aperçoive la luette. L'introduction des aliments étant devenue plus facile, l'appétit se développe chaque jour. La malade prend une nourriture plus substantielle : elle « démaigrit », suivant son expression, et sent ses forces renaître; elle peut rester levée tout le jour; ses règles, supprimées depuis février 1895, se montrent de nouveau régulièrement depuis le mois de décembre.

Quant à sa constitution, la tumeur a subi des modifications remarquables. La dureté ligneuse ne subsiste plus que par îlots de plus en plus restreints; les portions ramollies, devenues fluctuantes, gagnent de proche en proche : à l'aide de l'aspirateur Potain, on peut en extraire une quantité variable, parfois jusqu'à 100 centimètres cubes, d'un liquide visqueux ou huileux, jaune ou ayant la couleur du jus de pruneau, dans lequel on trouve les nodules d'actinomycète, sans accompagnement de streptocoques; ces ponctions sont suivies d'injections modificatrices de teinture d'iode. Le liquide produit par la tumeur ne s'écoule plus dans la bouche que par intermittences et la quantité en est sensiblement diminuée.

Sans suivre M. Ducor dans les détails de l'observation qu'il rapporte, on peut donc reconnaître dès à présent que l'iodure de potassium s'est encore montré, dans ce cas, le remède spécifique de l'actinomycose. Les lésions sont trop anciennes et trop graves pour qu'on puisse espérer, par ce seul traitement, leur disparition complète : mais il est manifeste qu'elles ont été atténuées d'une façon très marquée.

Tel était l'état de la malade, le 7 avril 1896, date à laquelle son histoire fut communiquée à l'Académie de Médecine. Quel-

© BIU Santé

ques jours après, une hémorragie assez grave s'étant produite au niveau d'une ulcération intra-buccale, l'intervention chirurgicale est décidée.

L'opération fut faite le 25 mai, par le Dr Jalaguier. La tumeur était constituée par une douzaine de poches kystiques, remplies les unes d'un liquide opalin, gélatineux, les autres d'un sang noirâtre. Trois de ces kystes avaient le volume d'un gros œuf ; tous ne renfermaient pas de grains jaunes d'actinomycète. La masse kystique était contenue dans une coque ostéo-fibreuse formée aux dépens des couches externes du maxillaire ; la branche montante était dilatée dans sa totalité et constituait un vaste kyste uniloculaire. Les poches kystiques étaient séparées les unes des autres par des cloisons fibreuses ou ostéo-fibreuses très résistantes, qui envoyaient dans leur épaisseur des aiguilles osseuses en forme de stalactites. Toutes ces cloisons furent détruites de manière à former une cavité unique, qui fut largement cautérisée au thermocautère et tamponnée à la gaze iodoformée.

La malade, qu'on croyait à peine capable de supporter l'opération, reprit rapidement des forces. Les suites de l'opération furent très simples : la plaie se ferma rapidement, le maxillaire revint progressivement sur lui-même et alla en se comblant, au point de reprendre sa forme normale ; la bouche reprit ses dimensions et sa position naturelles ; les dents, ébranlées par la tumeur, se consolidèrent ; les mouvements de la mâchoire redevinrent absolument libres et aussi étendus que chez une personne saine. Bref, toutes les fonctions de la région malade, de même d'ailleurs que toutes les fonctions générales, s'accomplirent bientôt très régulièrement. La malade a recouvré ses forces et a repris la vie ordinaire.

Cependant la portion intra-buccale de la tumeur n'avait pu être extirpée : l'ablation en a été faite le 22 décembre 1896, ainsi que M. Ducor a bien voulu nous le faire savoir. Cette fois encore, l'opération s'est accomplie dans les meilleures conditions. Depuis lors, la guérison est totale et doit être considérée comme définitive.

La remarquable observation d'actinomycome circonscrit de la mâchoire inférieure, que nous venons de résumer, est la première qui ait été constatée en France ; trois autres cas ont été signalés déjà par Israël, Babès et Glaser. Il s'agit donc d'une forme rare ou, plus exactement, d'une forme rarement diagnostiquée, car on l'a évidemment confondue bien des fois avec des tumeurs solides ou polykystiques. Cet intéressant exemple démontre une fois de plus le polymorphisme de l'actinomycose, la chronicité et la gravité exceptionnelle qu'elle peut revêtir ; il prouve en outre que, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur des mâchoires, on doit songer à la possibilité d'un actinomycome et non pas seulement à celle d'une tumeur tuberculeuse, syphilitique ou cancéreuse. Enfin, l'efficacité du traitement par l'iodure de potassium et de l'intervention chirurgicale, même dans les cas les plus désespérés, ressort nettement de cette observation, qui fait faire un important progrès à l'étude clinique et thérapeutique de l'actinomycose. R. Bl.

Manuel pratique et simplifié d'analyse des urines et autres sécrétions organiques ; par E. Liotard, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux. — 1 volume, 130 pages. Maloine, 21, place de l'École-de-Médecine.

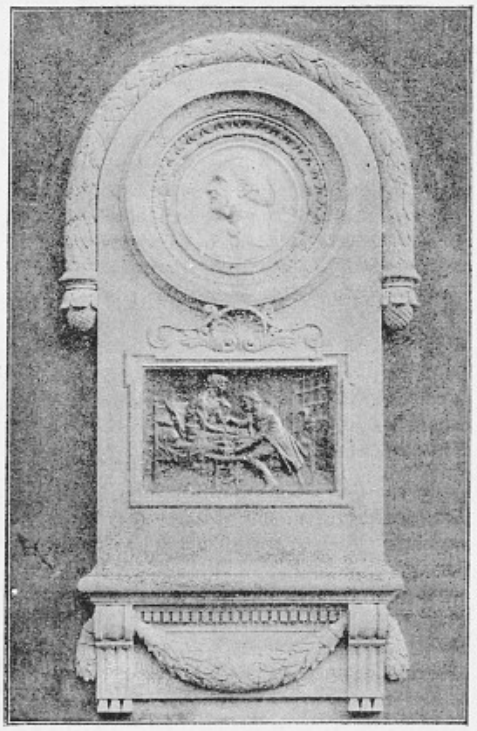
En publiant ce volume M. Liotard a eu pour but d'éviter aux praticiens les recherches dans un ouvrage plus étendu et l'embarras du choix parmi les divers procédés. En conséquence l'auteur n'indique que les modes d'essai et les procédés de dosage qui lui ont paru présenter les plus grandes garanties au point de vue de l'exactitude, de la facilité et de la rapidité. M. Liotard s'occupe d'abord de l'*urine*, puis parle de la *bile*, du *sang*, du *sperme* et des *calculs* de diverses provenances.

Ce petit volume sera fort utile aux praticiens. P. Yvon.

Effets physiologiques d'un Cyclone. — Les personnes qui se sont trouvées sur le passage du dernier cyclone, qui a bouleversé récemment les environs de Paris, ont éprouvé les mêmes effets physiologiques que si elles avaient été transportées subitement, *en moins d'une minute*, à une hauteur de 100 mètres. On comprend dès lors la force, que peut déployer une colonne d'air se mouvant avec une telle rapidité.

VARIA

Inauguration du Monument Duchenne (de Boulogne).



Le Monument Duchenne (de Boulogne) à la Salpêtrière.

Duchenne, dont on inaugurait dimanche le buste à la Salpêtrière, a attaché particulièrement son nom à l'étude physiologique et pathologique du système musculaire. Il n'était ni de l'Institut ni de l'Académie, n'avait occupé aucune chaire ; aucun service d'hôpital ne lui fut confié.

Né le 18 septembre 1806, sa mort eut lieu en 1875 : il était de ceux qui ne cessent de travailler qu'en cessant de vivre. Duchenne fut cependant un des plus grands médecins du siècle et son œuvre a consisté essentiellement, a dit M. le Pr Mathias-Duval, « à apporter l'ordre au milieu de la confusion ». Ce fut à Boulogne, vers 1833, qu'il essaya pour la première fois le traitement de certaines maladies par l'électropuncture et le Dr Gros, en rappelant ce fait, dit que déjà à cette époque germait en lui l'idée de ses futurs travaux.

Arrivé à Paris en 1843, Duchenne apporta avec lui trois grandes choses : un instrument, une méthode, des faits. L'instrument était un appareil de faradisation, construit par lui-même, car il était mécanicien habile, comme plus tard il devait se faire photographe consommé. La méthode consistait à limiter l'électrisation aux organes, dont on veut par ce moyen connaître les fonctions ou les lésions. Les faits formaient les premiers éléments de son important ouvrage sur l'électrisation localisée. Sa part de travaux et de découvertes fut vraiment importante. Il attacha surtout son nom à deux maladies : l'atrophie musculaire progressive et l'ataxie locomotrice, que Trousseau proposa de désigner sous le nom de *Maladie de Duchenne*. On doit rappeler aussi ses études sur la paralysie labio-glosso-laryngée, sur l'anatomie microscopique du système nerveux, sur la reproduction photographique des préparations microscopiques.

Toutes ces études furent réunies dans la suite en plusieurs ouvrages, dont les principaux sont : *De l'électricité localisée et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique*, qui se trouve complété par un *album de photographies pathologiques* ; *Le mécanisme de la physiologie humaine, ou analyse électro-physiologique de l'expression des passions*, applicable à la pratique des arts plastiques. Cet ouvrage fut accompagné d'un *album de 84 photographies et de 9 tableaux, contenant 144 figures photographiées*. Citons encore l'*orthopédie physiologique, ou déductions pratiques*

© BIU Santé

des recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les mouvements de la main et du pied, etc., etc.

Ces travaux, tous remarquables par leur originalité, ont été mis en évidence par les maîtres éminents que nous avons entendus à la cérémonie de dimanche. M. le Pr Raymond nous a fait connaître Duchenne neuropathologiste ; M. le Pr Mathias Duval l'a étudié dans le domaine « *du langage des émotions et des passions* » et M. Motet nous a parlé de son cœur, de son esprit et de ses amitiés. M. le Pr Joffroy, président du comité du monument, qui « voyait s'accomplir un de ses rêves, les plus chers », après les remerciements d'usage, a rappelé dans quelle circonstance a surgi l'idée d'élever un Monument à Duchenne : « J'avais réuni quelques élèves chez moi, a-t-il dit, et nous parlions de la facilité, de la précipitation avec lesquelles on élève parfois des statues, comme pour forcer l'Histoire à enregistrer des gloires discutables. Je fis alors tristement la remarque que Duchenne, l'une des plus grandes illustrations médicales de ce siècle, n'avait même pas son buste. « Il ne tient qu'à vous de réparer cet oubli », me dirent mes élèves. Je dus céder : une première liste de souscription fut couverte sur-le-champ, et le lendemain j'allais, tout heureux, la porter à mon maître Charcot, qui s'inscrivit immédiatement en tête des souscripteurs et donna son patronage à notre projet. Dès lors, je considérai le succès comme assuré. »

Dans une allocution pleine d'éloquence, le Ministre de l'Instruction publique a d'abord remercié les organisateurs de la cérémonie, puis rappelé l'appui que Charcot n'avait cessé de donner à Duchenne et s'est demandé si l'honneur rendu à ce grand savant n'était pas trop tardif, rappelant pour terminer cette pensée si vraie de Victor Hugo : « *Les morts ont raison.* »

Deux cents personnes, au moins, assistaient à cette grande manifestation. M. de Selves, préfet de la Seine ; M. Sauton, président du Conseil municipal ; M. le Dr P. Dubois, président du Conseil général, M. F. Voisin, vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; M. Peyron, directeur de l'Assistance publique ; M. Le Roux, directeur des affaires départementales ; Laurent, secrétaire général de la Préfecture de Police, etc. La Faculté de Médecine était représentée par MM. Brouardel, Laboulbène, Joffroy, Mathias-Duval, Raymond, Pouchet.

L'Académie, par MM. Bergeron, Bucquoy, Empis, Magnan, Lereboullet, Monod. La Société médicale des Hôpitaux, par MM. Gombault, Balzer, Brissaud, Déjerine.

La Société médicale de Paris, par MM. Bourneville, A. Voisin, Ladreit de La Charrière, Motet (de Beauvais), Gillebert d'Harcourt, L. Regnier, etc.

La Société médico-psychologique, par MM. Garnier, Meuriot, Ritti, Sollier, J. Voisin, Roubinovitch. — M. Lépine représentait l'Université et M. Tessier la Faculté de Médecine de Lyon, etc., etc.

Citons aussi MM. Thomas, maire du XIIIe, le Pr Chantemesse, Troisier, Bourneville, Maurice de Fleury, etc.

Honneur donc à tous ceux qui se sont souvenus de Duchenne. Qu'il est regrettable toutefois que le corps médical parisien n'ait pas compris la grandeur de la cérémonie de dimanche ! Comme l'écrivait, avec tant de raison, mon excellent confrère Helme, dans *La Médecine moderne* : « On parle sans cesse de revendications ; c'était le cas ou jamais de venir voir comment triomphent, sans titres officiels, ceux qui, en dehors de toute coterie, ont le courage de consacrer leur vie à la recherche de la vérité. »

Je le disais en commençant : Duchenne était un modeste, diverses récompenses étaient venues cependant consacrer ses efforts et les Académies et Universités étrangères avaient tenu à se l'attacher. En terminant, je citerai un document, qui montre à quelle époque et à la suite de quelle circonstance, Duchenne (de Boulogne) fut fait chevalier de la Légion d'honneur.

Paris, 8 mai 1858.

Les travaux que vous avez présentés au concours pour les applications les plus utiles de la pile de Volta ont été signalés par la commission, au nombre des plus remarquables qui aient fixé son attention. Je suis heureux de vous annoncer que l'Empereur a bien voulu, sur ma proposition, vous accorder une médaille commémorative du concours, et vous nommer en outre Chevalier de la Légion d'honneur. *Le Ministre* : Renaud.

Depuis cette époque, Duchenne n'avait reçu aucun honneur.

Dr G. Gautier.

Le Conseil de l'Université de Paris.

Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni cette semaine, sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur. M. Gréard a rappelé que l'Université de Paris a accepté l'invitation qui lui était faite par la *section écossaise du Comité franco-écossais* d'assister aux fêtes qui seront données, à Edimbourg, du 12 au 17 juillet. Le départ des délégués aura lieu vers le 10 juillet. Il a fait connaître que l'Université est invitée à se faire représenter au *Congrès pharmaceutique de Bruxelles* le 12 août prochain et au *Congrès archéologique* qui se tiendra à Malines du 8 au 12 août. M. Vélain, professeur à la Faculté des Sciences, assistera au *Congrès géologique* de Saint-Pétersbourg. Aux noms déjà inscrits pour le *Congrès de Médecine de Moscou*, il y a lieu d'ajouter ceux de MM. Lannelongue, professeur, Chauffard, Gilbert, Widal et Tuffier, agrégés de la Faculté.

Le président a donné lecture de l'arrêté du 10 juin aux termes duquel, dans les *Facultés des Sciences et des Lettres*, les maîtres de conférences sont nommés par le Ministre et pour une année. Leur délégation peut être renouvelée. Les maîtres de conférences pourvus du grade de docteur peuvent être nommés sans limite de temps, sauf dans le cas où ils sont désignés pour l'intérim dans une chaire magistrale.

A cette occasion, le président a exposé que les Universités et les Facultés de l'État jouissent de la personnalité civile. Les dons et legs faits en leur faveur peuvent être affectés aux objets les plus divers ; fondations de chaires ou de cours, créations de nouveaux enseignements, dotation des laboratoires, des collections et de la bibliothèque, publications savantes, voyages scientifiques, prix, bourses d'études, bourses de voyage, œuvres diverses au profit des étudiants. Les dons et legs faits en faveur des Universités et des Facultés sont exempts de tous droits envers le Trésor.

Le conseil a autorisé l'ouverture des cours libres ci-après désignés : *Sciences*. M. Chabrié : Chimie appliquée à la séparation des principes organiques naturels. — *Pharmacie*. M. Béhal : Chimie organique, généralités, série acyclique ; M. Coutant : Législation de la pharmacie.

Le conseil s'est entretenu ensuite de la question des *échanges de thèses* avec les Universités étrangères et de la préparation de l'avant-projet du budget de l'exercice de 1899. Il tiendra séance le 23 juillet.

La Visite à la Maison de Nanterre.

Lors de cette visite du Président de la République, M. Lépine a prononcé un très intéressant discours sur la maison de Nanterre.

« ...Le 7 juin, l'antique prison de Saint-Denis vidait ses cabanons. Les démolisseurs attendaient à la porte, pendant que s'écoulaient à flots pressés des vagabonds, des mendiants, avides de revoir le soleil, une cohue de pâles récidivistes qui en avaient perdu le souvenir : derrière eux, suivaient en longue théorie les fourgons du mobilier, les voitures d'ambulance où s'entassaient les impotents, les malades, le triste résidu de la chiourme, le *caput mortuum* de la vieille geôle. C'est ici que je conduisais la chaîne, à la maison de répression de Nanterre, nouvellement bâtie.

Et plus loin le préfet a ajouté :

« La population moyenne des 3.500 hospitalisés que vous venez de visiter se décompose ainsi : en premier lieu, 300 à 500 mendiants ou vagabonds, un millier d'individus antérieurement condamnés pour mendicité ou d'autres délits à qui, pour des causes diverses, la vie régulière n'offre plus de ressources suffisantes, et 1.500 hospitalisés qui n'ont pas de casier judiciaire. Ce sont la plupart d'honnêtes ouvriers qui chôment. La quatrième section est un asile de vieillards ; la cinquième section un hôpital qui contient 600 lits. En résumé, un dépôt de mendiants, un workhouse, un refuge temporaire, un asile, un hôpital, voilà Nanterre. »

Quand M. Lépine eut terminé son discours, le Président de la République a prononcé une allocution émue. Il a fait l'éloge de l'hospitalisation, telle qu'elle est comprise à Nanterre, « malgré les imperfections signalées par le président du Conseil général. Cette hospitalisation est déjà le relèvement matériel, si elle n'est pas le relèvement moral ».

M. le Directeur, qui, a cette occasion, a reçu la croix de la Légion d'honneur, a succombé le lendemain.

Le Congrès olympique du Havre.

Dans l'intervalle des modernes olympiades, — la première fut célébrée à Athènes en 1896 ; la seconde aura lieu à Paris en 1900 ; la troisième en 1904 à New-York peut-être, ou bien à

© BIU Santé

Stockholm —, le comité international olympique a jugé qu'il y avait place pour des manifestations d'ordre scientifique, susceptibles de faire progresser le problème de l'*éducation physique*, principalement dans ses rapports avec l'*hygiène et la pédagogie*. Tel va être le Congrès qui s'ouvrira le mois prochain au Havre et dont le Président de la République a accepté la présidence d'honneur. Les sujets mis à l'ordre du jour sont à la fois vastes et précis et se divisent en trois catégories : pédagogie, hygiène, sport.

On discutera parallèlement la psychologie et la physiologie des exercices du corps, l'influence de l'effort sur le caractère, celle de l'hydrothérapie sur les muscles, l'organisation des exercices physiques et l'enseignement de l'hygiène dans les lycées, la question des prix en espèces et la création d'une union olympique universelle. Parmi les orateurs déjà inscrits figurent le père Didon, dont on connaît l'enthousiasme pour l'athlétisme scolaire, M. le Pr Mosso, de Turin, dont les travaux font autorité en la matière, le colonel Fox, inspecteur général de la gymnastique dans l'armée anglaise, le baron de Freedericksz, fils du général, le docteur Conway Macmilan, de l'Université de Minnesota, Mme la doctoresse Zalessowa, de Saint-Pétersbourg, qui parlera pour son sexe, M. le Dr Championnière, apôtre de la bicyclette, et bien d'autres encore...! Le rendez-vous général est à Rouen, le 23 juillet; les Congressistes, après avoir visité la capitale de la Normandie, descendront la Seine en bateau à vapeur et seront reçus solennellement dans le port du Havre par la municipalité qui a mis gracieusement l'hôtel de ville à la disposition du comité international. Le Congrès durera huit jours et sera entrecoupé d'excursions et de fêtes de tout genre; l'embrasement des falaises de la Hève et la grande parade vélocipédique du 1er août seront les deux « clous » de la semaine. Les adhésions seront reçues à partir du 1er juillet aux bureaux de l'Union des sports athlétiques, 229, rue Saint-Honoré, à Paris. Il n'est pas nécessaire d'être délégué d'une société pour faire partie du Congrès. On peut s'inscrire à titre individuel et bénéficier des avantages considérables réservés aux Congressistes pour lesquels des coupons d'hôtel à prix réduit ont été établis, comprenant le trajet du bateau de Rouen au Havre et l'excursion à l'île de Wight qui terminera le Congrès.

L'épidémie cholérique de 1896 en Égypte.

Le Ministre de l'Intérieur Egyptien vient de publier la statistique des cas de choléra asiatique et des décès attribuables à la même affection pendant la dernière épidémie. De ce rapport il ressort que l'épidémie s'est étendue à toute l'Egypte, frappant plus particulièrement les villes, mais causant, quand elle les atteignait, plus de décès dans les villages que dans les grands centres. La première apparition de la maladie a eu lieu le 11 octobre 1895 dans le gouvernement de Damiette et le dernier cas constaté l'a été le 3 novembre 1896 à Alexandrie. Dans cette période de douze mois et vingt-deux jours la maladie a fait 18.167 victimes sur 21.794 cas constatés; la mortalité a donc été pour l'ensemble du pays de 83 p. 100. Si nous examinons le graphique de l'épidémie, nous voyons que celle-ci, après avoir éclaté en 1895, dans six gouvernements (Caire, Alexandrie, Damiette, Dakalich, Charkieh et Ghartieh) a subi un temps d'arrêt dans certaines de ces régions, puisqu'au *Caire*, notamment, il n'a pas été constaté de décès, du 11 décembre 1895 au 10 janvier 1896; à *Damiette*, du 28 décembre 1895 au 2 juin 1896; à *Dekernès* (province de Dakalieh), du 29 décembre 1895 au 2 juillet 1896. A partir du mois de janvier dans les autres gouvernements et dans le reste du gouvernement de *Dakalieh*, l'épidémie reprend et se propage même à de nouveaux gouvernements puisqu'après avoir fait, en 1895, 923 victimes sur 1.107 cas de choléras constatés, elle cause, en 1896, 17.183 décès sur 20.587 cas (83 p. 100). En 1896, période d'état de l'épidémie, le choléra a frappé surtout les villes.

(*France médicale*).

La loi sur l'Assistance médicale gratuite et les sages-femmes.

Dans plusieurs communes, l'application de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite rencontre quelques difficultés. Certaines personnes, en particulier des *sages-femmes*, mal conseillées, pensent qu'elles peuvent donner gratuitement leurs soins à des femmes en couche, non inscrites sur la liste des Bureaux d'assistance, dans le secret espoir d'être payées, plus tard, par les communes et le département, sous prétexte que le mari de ces femmes est régulièrement inscrit sur les listes des Bureaux d'assistance ou de bienfaisance.

Or, à ce point de vue, la loi est formelle et l'un des articles prévoit très nettement le cas. D'autre part, cette question a été discutée en Conseil supérieur de l'Assistance publique et résolue dans le même sens. Cette solution est très compréhensible, l'esprit de la loi étant l'*assistance à la personne qui travaille et assure l'existence de la famille*, et non pas l'assistance d'un membre quelconque de la famille venant à tomber malade ou même à être alité quelques jours.

En conséquence, quoi qu'elles fassent, ces sages-femmes ne doivent pas être payées sur le budget communal. Le mari des accouchées, travaillant et pouvant gagner sa vie, peut subvenir aux minimes dépenses qu'entraîne un accouchement normal et doit le faire.

Nous espérons que l'Administration, forte de ses droits, ne se laissera pas entraîner pour une raison ou pour une autre, car, si elle venait jamais à entrer dans cette voie, une telle concession, contraire à la loi, entraînerait aux pires abus.

Marcel Baudouin.

La désinfection des locaux.

Le Dr Lemaire a étudié la désinfection des locaux et préconise avec conviction le formol.

Pendant longtemps, dit M. Lemaire, on a cru obtenir des résultats parfait avec les pulvérisations de sublimé, suivies de vapeurs de soufre. Mais les perfectionnements successifs du microscope ont montré que souvent les microbes, seulement endormis, ne tardent pas à se réveiller, et MM. Laveran et Vaillard ont pu dire le 24 juillet 1894 à l'Académie de Médecine que ces pulvérisations *même jusqu'à ruissellement*, ne produisent souvent qu'une désinfection incomplète. Et quel effet désastreux sur les papiers, etc.! C'était à qui éviterait d'être désinfecté.

L'étude comparative des divers antiseptiques a fait reconnaître la supériorité de l'aldéhyde formique ou formol. Les premiers appareils furent défectueux et ne convinrent que pour petit local, même lorsqu'ils marchaient bien. Cela dura jusqu'à l'apparition de l'autoclave de M. Trillat, d'un fonctionnement assuré, produisant rapidement, comme on l'exigeait, des vapeurs abondantes. L'autoclave, de 24 cent. sur 36, marche en très peu de temps sous pression par une très forte lampe au pétrole, et très facile à diriger, très pratique, ne nécessitant pas un mécanicien, mettant la désinfection des locaux à la portée de toute ville où une personne intelligente et convaincue de l'importance de cette désinfection voudra s'en occuper. Les expériences faites à Paris, Montpellier, Lyon, Rouen, Lille, Nancy, Milan, Venise ont donné des résultats remarquables, contrôlés par des micrographes de premier ordre. A Lille, entre autres, sous le contrôle de M. Calmette, une salle de 480 mètres cubes a été *totalement désinfectée* à l'aide de deux litres de liquide en trois quarts d'heure, mise en pression comprise. C'est le seul appareil qui, jusqu'à présent, ait été soumis à de telles épreuves. Or, il ne s'agit plus pour le moment de savoir si le formol est supérieur aux autres antiseptiques, mais de démontrer qu'un autre appareil produit des effets plus complets. Si l'on ajoute que le formol ne détériore rien, ni papiers, ni tentures, ni étoffes de soie aux nuances les plus délicates, ni dorures, ni métaux quelconques, que l'autoclave projette ses vapeurs par un tube presque capillaire que l'on fait passer par le trou de la serrure, qu'une désinfection faite le matin permet de coucher le soir dans l'appartement, nous pouvons nous considérer comme bien armés contre les épidémies. Nombre de villes ont déjà recours à cet autoclave. Amsterdam et Berlin sont sur le point de suivre cet exemple.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 5. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Marchand, Jalaguier, Lejars. — (2e *série*) : MM. Delens, Peyrot, Tuffier. — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Tillaux, Humbert, Walther. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Potain, Chauffard, Gaucher. — (2e *série*) : MM. Landouzy, Letulle, Widal.

Mardi 6. — 1er *de Doctorat*. (Ancien régime) : MM. Gariel, André, Heim. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Rémy Gley, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Panas, Polaillon, Albarran. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Schwartz, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Marie, Thoinot. — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Pozzi, Nélaton. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Raymond, Charrin. — (2e *série*) : MM. Proust, Hutinel, Letulle. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

© BIU Santé

MERCREDI 7. — 1er *de Doctorat*. Ancien régime : MM. Gautier, Weiss, Heim. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire. — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Peyrot, Lejars, Delbet. — (2e *série*) : MM. Jalaguier, Ricard, Broca. — (2e *partie*) : MM. Joffroy, Chauffard, Gilles de la Tourette.

JEUDI 8. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Polaillon, Chantemesse, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Joffroy, Gilbert, Wurtz.

VENDREDI 9. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Chantemesse, Retterer, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Peyrot, Walther, Bonnaire. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Marchand, Lejars. — (2e *série*) : MM. Ricard, Delbet, Broca. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gaucher, Widal. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Landouzy, Netter, Gilles de la Tourette. — (2e *série*) : MM. Chauffard, Wurtz, Thoinot. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Jalaguier, Varnier.

SAMEDI 10. — 1er *de Doctorat*. Ancien régime : MM. Gariel, Chassevant, Heim. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Brun, Bar, Poirier. — (2e *partie*) : MM. Hutinel, Letulle, Achard. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Laboulbène, Gilbert, Marfan. — (2e *série*) : MM. Grancher, Debove, Roger. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Tarnier, Polaillon, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 7. — M. Ruais. Révulsion et vésicatoire dans la thérapeutique infantile. Etude historique et clinique. — M. Blottière. Etude sur les traitements du goitre exophtalmique. — M. Gires. L'holocaïne. Contribution à l'étude de son action physiologique. De son emploi comme anesthésique en ophtalmogie et en stomatologie. — M. Laporte. Etude sur le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis. — M. Gaboriau. Du surmenage intellectuel et de son traitement préventif par l'emploi simultané du phosphure de zinc et de l'arséniate de strychnine. — M. Tarassevitch. Contagiosités syphilitiques tardives. Contagiosité tertiaire. — M. Maugourd. Obstruction du pylore par calcul biliaire. — M. Thésée. Contribution à l'étude du décubitus acutus. Complication possible de l'hystérectomie vaginale. — M. Monod. Remarques sur la méthode de l'invagination intestinale à propos de quelques opérations nouvelles. — M. Battier. Les angines diphtéroïdes de la syphilis. — M. Stoyantchoff. Contribution à l'étude des complications rénales dans la blennorrhagie aiguë. — M. Le Tellier. Etude sur les gommes syphilitiques précoces. — M. Seijo. Avantages des injections de benzoate de mercure dans le traitement mercuriel de la syphilis.

JEUDI 8. — M. Vassal. Etude sur les rhinites spasmodiques. — M. Guéneau. Etude clinique des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez le nourrisson. — M. Oumansky. Aorte pulsatile. Contribution à l'étude des pseudo-anévrismes de l'aorte abdominale. — M. Caramanos. Des cachexies pigmentaires, et en particulier des cachexies pigmentaires diabétique et alcoolique. — M. Poulain. Du rôle de l'infection dans la pathogénie de l'ulcère de l'estomac. — M. Carpentier. Etude clinique sur un cas de tuberculose des capsules surrénales. — M. Marlio. Des modifications de la pigmentation de la peau au cours de la grossesse. — M. Bertrand. Végétations adénoïdes de l'adolescence et de l'âge de l'adulte. Essai de division clinique. — M. O'Followell. L'anesthésie locale par le gaïacol, le carbonate de gaïacol et le gaïacyl. — M. Ansselin. Des luxations du pied en arrière, et particulièrement de la subluxation du pied en arrière. — M. Buyck. Quelques considérations sur l'hydrocèle en bissac de Dupuytren et l'hydrocèle pseudo-biloculaire. — M. Priouzeau. Essai sur l'étiologie du chalazion. — M. Rechner. Contribution à l'étude du pincement et de la ligature des artères utérines comme procédé hémostatique et atrophiant dans le traitement des fibromes utérins. — Mlle Pokryschkine. Des variations de forme du cœur dans les névroses. — M. Martinet. La paralysie ascendante aiguë (syndrome de Landry). Etude historique et critique. — M. Clément. Zona et pneumonie.

VENDREDI 9. — M. Paultre. De l'importance, par rapport aux troubles fonctionnels, du raccourcissement apparent à la vue dans la coxalgie chez l'enfant. — M. Labady. Etude sur les luxations médio-carpiennes traumatiques. — M. Saussol. Varicocèle et hypochondrie. — M. Baumgarten. De l'influence du toucher vaginal et rectal sur la production de l'infection puerpérale.

SAMEDI 10. — M. Cazal. De l'étiologie en rhumatisme chronique déformant des extrémités. — Mlle Kachperow. Quelques considérations à l'étude de la neurasthénie. — M. Guffie. De la perversion mentale chez les dégénérés supérieurs. — M. Korngold. La maladie de Thomsen.

Enseignement médical libre.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du Faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2 aux jours ci-après désignés : Mardi, M. Verchère (*Gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Electrothérapie. — M. L.-R. REGNIER fait tous les mardis, à 4 h. 1/2, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité, des conférences sur les applications courantes de l'électrothérapie et de l'électrodiagnostic.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'hygiène sociale.* — La conférence pratique du dimanche 4 juillet sera consacrée à la visite des catacombes, entrée sur la place Denfert-Rochereau, à neuf heures très précises du matin. Les cours et les conférences sont publics.

NÉCROLOGIE.

M. le Pr SCHUTZENBERGER (de Paris).

M. le Pr SCHUTZENBERGER, le savant chimiste, vient de mourir à l'âge de 77 ans. Il s'est éteint brusquement, au cours de la convalescence d'une maladie qui l'avait frappé il y a quelques semaines. La science chimique française perd en lui un de ses représentants les plus autorisés, et le corps enseignant de Paris un de ses maîtres les plus brillants et les plus écoutés.

M. Schützenberger était né à Strasbourg, le 23 décembre 1829. Il avait fait ses *études médicales* dans sa ville natale, où il prit en 1855 le grade de docteur. Préparateur au laboratoire de chimie du Conservatoire des Arts et Métiers, professeur à l'Ecole supérieure de Mulhouse, directeur adjoint du Laboratoire de la Faculté des Sciences de Paris et chef des travaux chimiques au Collège de France, il avait été nommé professeur titulaire de chimie dans ce dernier établissement, le 28 juillet 1876. Il était, en outre, directeur de l'Ecole municipale de physique et de chimie. En 1884, il avait été élu *membre de l'Académie de Médecine* dans la section de chimie médicale, et, le 17 décembre 1888, membre de l'Académie des Sciences, en remplacement du chimiste Debray. M. Schützenberger laisse de nombreux travaux, qui lui avaient conquis une juste notoriété dans la science. Il était l'auteur d'une *Chimie appliquée à la physiologie animale et au diagnostic médical*, de nombreuses recherches sur les *matières colorantes*, *les fermentations*, et surtout, avec son *Traité de chimie générale* et ses *Leçons* professées par lui à la Société chimique, d'innombrables mémoires sur les alcaloïdes végétaux et leurs dérivés qui furent, dans les dernières années de sa vie, l'objet spécial de ses recherches.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 20 juin au samedi 26 juin 1897, les naissances ont été au nombre de 1.127, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 406, illégitimes, 147. Total, 553. — *Sexe féminin* : légitimes, 432, illégitimes, 142. Total, 574.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 20 juin au samedi 26 juin 1897, les décès ont été au nombre de 886, savoir : 459 hommes et 427 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 1, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 7, F. 10, T. 17. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 3, F. 4, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 1, F. 2, T. 3. — Grippe : M. 1, F. 0, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 76, F. 86, T. 162. — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres tuberculoses : M. 23, F. 8, T. 31. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 29, T. 42. — Méningite simple : M. 18, F. 17, T. 35. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 29, F. 19, T. 48. — Paralysie, M. 2, F. 8, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 11, F. 7, T. 18. — Maladies organiques du cœur : M. 40, F. 20, T. 60. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 7, T. 10. — Bronchite chronique : M. 7, F. 4, T. 11. — Broncho-pneumonie : M. 21, F. 15, T. 36. — Pneumonie : M. 6, F. 11, T. 17. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 16, F. 17, T. 33. — Gastro-entérite, biberon : M. 22, F. 22, T. 44. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 1,

© BIU Santé

T. 2. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 4, F. 3, T. 7. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 5, T. 5. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 18, F. 14, T. 32. — Sénilité : M. 11, F. 21, T. 32. — Suicides : M. 14, F. 5, T. 19. — Autres morts violentes : M. 12, F. 3, T. 15. — Autres causes de mort : M. 82, F. 73, T. 158. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 94, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 38, illégitimes, 18 Total : 56. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 15. Total : 38.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours du Prosectorat.* — Epreuve de dissection : *Muscles de la plante du pied et leurs nerfs.* Epreuve de médecine opératoire : *Ligature de la fémorale dans le canal de Hunter.* MM. GOSSET et SAVARIAUD sont nommés prosecteurs.

Concours pour le clinicat chirurgical. — Le concours pour le clinicat chirurgical, qui avait été fixé au 28 juin est reporté au 25 octobre ; il sera pourvu, non pas à la nomination de deux chefs de clinique adjoints, mais à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. Se faire inscrire avant le 11 octobre 1897.

Concours pour le clinicat des maladies des voies urinaires. — Un concours s'ouvrira le 25 octobre prochain pour la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint des maladies des voies urinaires. Se faire inscrire avant le 11 octobre 1897.

Stage hospitalier (Pendant la période des vacances). — MM. les étudiants, dont la scolarité est soumise au stage hospitalier, et qui n'auraient pu, pour des motifs sérieux, accomplir le stage en 1896-97 (du 1er décembre 1896 au 15 juin 1897), sont informés que, dans le but de régulariser leur situation, ils seront admis, pendant la période des vacances (du 1er juillet au 1er octobre), dans certains services de cliniques qui leur seront désignés. Ceux d'entre eux qui voudraient bénéficier de cette mesure devront adresser une demande écrite au doyen de la Faculté, en indiquant s'ils désirent suivre un service de médecine ou de chirurgie.

ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. BRAULT (Jules-François-Marie-Joseph), suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur des maladies des pays chauds.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Réserve.* — Nominations au grade de médecin principal de première classe : MM. Gavoy et Laveran, médecins principaux de première classe de l'armée active, retraités. — Au grade de médecin aide-major de première classe : M. Baissas, médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire. — Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les Drs Aime, Astié, Auvray, Ballo, Barbadault, Batsere, Beaudonnet, Bellin, Bernes-Lasserre, Bert, Beylot, Bloch, Bourlier, Branère, Brieu, Canceill, Carrière, Cazaentre, Cazals, Chenal, Chevallier, Ch. Combes, G.-L. de Combes, Crouzillac, Daclin, David, Dessort, Dheur, Dumas, Dupont, Fabre, Farabeuf, Favraud, Faurichon-Mesplier, Fleury, Fournier, Franchet, Frey, Garnier-Dupré, Gasne, Goguel, Grand, Grange, Grivet, Guinet, Henry, Jalabert, Joffrion, Jolis, Koziell, Labatt de Lambert, La Bonnardière, Lacoste, M.-J.-F. Laffont, Laurent, Legay, Leissen, Levy, Lochon, Massey, Moreau, Morillon, Nimier, Olier, Ousset, Pauchet, de Perry, Poncet, Ponsard, Pussacq-Larcebeau, Renon, Ribon, Roger, Silva, Sirol, Thouvenet, Vaquie, Vigneron et Vigues, Lafont.

Armée territoriale. — Nominations au grade de médecin principal de deuxième classe : M. Goubeau, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin-major de première classe : MM. Brachet, Rouget et Sedan, médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités. — Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les Drs Bailliot, Bernardbeig, Demange, Domine, Favre, Gonnon et Rosemblith.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT. — Promotions au grade de médecin inspecteur de première classe : M. Kermorgant. — Au grade de médecin en chef de deuxième classe : M. Lidin.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Réserve.* — Nominations au grade de médecin principal : MM. les Drs Aube et Roux, médecins principaux de la marine, en retraite. — Au grade de médecin de 2e classe : M. le Dr Maisse, médecin de 2e classe de la marine, démissionnaire.

RÉCOMPENSES. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné les récompenses suivantes aux médecins ci-après désignés, en témoignage de leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité : *Médaille d'or.* M. le Dr Lande (de Bordeaux). — *Médaille de vermeil.* M. le Dr Villard (de Guéret). — *Médailles d'argent.* MM. les Drs Bertin (de Nantes) ; Gautrelet (de Dijon) ; Vigenaud (de Clermont-Ferrand). — *Médaille de bronze.* M. le Dr Edmond Joly (de Neufchâtel-en-Bray). — Le Ministre de la Marine a accordé un *témoignage de satisfaction* à M. le Dr Borély (médecin de la marine), pour les services exceptionnels qu'il a rendus en soignant les blessés pendant les massacres ayant eu lieu en Crète.

ECOLE D'ANTHROPOLOGIE. — M. A. DE MORTILLET, professeur à l'École d'Anthropologie, fera le dimanche 4 juillet une excursion scientifique à Dreux et aux dolmens de la vallée de l'Eure. Rendez-vous, gare Montparnasse, à 8 h. 10 du matin.

SEPTIÈME SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE. — Cette séance aura lieu le 19 juillet, à quatre heures du soir, au Palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. Dumontpallier, membre de l'Académie de Médecine. Les auteurs sont invités à adresser dès à présent les titres de leurs communications à M. le Dr Bérillon, secrétaire général, 14, rue Taitbout. Le banquet annuel de la Société aura lieu le même jour, après la séance.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ OPHTALMOLOGIQUE DE HEIDELBERG EN 1897. — La réunion annuelle de la Société ophtalmologique de Heidelberg aura lieu dans cette ville du 5 au 7 août prochain.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecins des hôpitaux.* Sont admis à prendre part à la seconde épreuve, les candidats ayant un minimum de 18 points, et parmi ceux ayant obtenu 17 points : MM. Bruhl, Legry, Méry et Triboulet.

Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes en 1898 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours pour l'Externat aura lieu le mardi 19 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désirent prendre part à ce Concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au jeudi 30 du même mois inclusivement.

Concours pour les prix à décerner en 1897 aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves internes vacantes en 1898. — L'ouverture du Concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 18 octobre, à midi précis. Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. 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 mercredi 1er septembre jusqu'au jeudi 30 du mois inclusivement.

LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — MM. Féron et Gérard ont fait renvoyer à la première commission du Conseil général un projet de délibération tendant à faire séparer de la Maison départementale de Nanterre la prison qui en fait partie et à modifier les murs de clôture existants de manière à leur donner un aspect plus agréable.

INFIRMIERS DES HÔPITAUX DE PARIS. — *Fête de la reconnaissance.* — Les infirmiers et infirmières de tous grades des hôpitaux, hospices et fondations de l'Assistance publique, à Paris, ont offert les 29 et 30 juin, salle du Tivoli-Vauxhall, deux fêtes dites de la « Reconnaissance » au Conseil municipal de Paris, au Conseil général de la Seine, au Conseil de surveillance et à l'Administration générale de l'Assistance publique. Le programme de ces fêtes se composait de deux concerts auxquels ont pris part un grand nombre d'artistes aimés du public et de deux bals sous la direction de M. Gaston Coutant.

L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE AU CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — MM. Strauss et André Lefèvre ont fait renvoyer à la troisième commission un vœu soumis au Conseil, demandant que les familles soient mises dans l'obligation de fournir tous les deux mois un certificat médical constatant que les enfants de moins d'un an sont soignés conformément aux règles de l'hygiène. Ce vœu a été voté au Congrès d'assistance de Rouen.

L'ASSISTANCE CHIRURGICALE INSTANTANÉE A LONDRES. — *Les Ambulances du Jubilé de la reine.* — La Société des Ambulanciers de Saint-Jean a déclaré avoir traité plus de mille cas d'indisposition dans ses différents postes de secours, le jour du Jubilé de la reine d'Angleterre.

LA PESTE EN ASIE. — D'après les dernières nouvelles, la peste continue à faire des victimes à Djeddah. Le gouvernement khédivial a été prié de mettre un bateau à la disposition de la mission sanitaire turque du Dr Stiépowich. Ce bateau débarquera la mission sur un ponton et repartira sans communiquer avec la terre. Les communications entre la Mecque et Djeddah sont inter-

© BIU Santé

rompues. D'après les instructions transmises aux autorités du Hedjaz, si des cas de peste se déclarent parmi les personnes placées sous cordon sanitaire sur mer, les malades seront isolés et soignés dans des baraquements spéciaux construits dans un îlot placé sous cordon sanitaire. Les effets des pestiférés seront incinérés. Les pèlerins, embarqués à Djeddah à destination des ports ottomans de la Méditerranée, feront une quarantaine de quinze jours à Tor et leurs effets seront désinfectés.

Les Rayons X en Médecine légale. — L'application des rayons X, en matière d'expertises médicales, vient de donner lieu à une contestation intéressante. On demandait à la cour de Lyon d'annuler une expertise, parce que l'expert commis avait, disait-on, indûment délégué ses pouvoirs en chargeant un spécialiste de photographier, au moyen des rayons X, le membre blessé du malade soumis à ses investigations. La cour a décidé que ne délègue pas ses pouvoirs d'expert à une tierce personne le médecin qui, commis pour l'examen d'un blessé demandeur en dommages-intérêts à la suite d'un accident, charge un de ses collègues de photographier le pied du blessé au moyen des rayons X. Il n'y a là, en effet, qu'une opération purement matérielle, pour laquelle il n'y a aucune appréciation à faire, et qui, par conséquent, ne participe en rien de la mission d'un expert.

Diagnostic de la nature des Calculs vésicaux par les Rayons X. — On ne sait plus où s'arrêteront les applications des rayons Rœntgen. Ces mystérieuses radiations servaient déjà aux lapidaires à discerner les diamants vrais (qui sont translucides) des diamants faux (trahis par leur opacité). Voici maintenant que M. le Dr Debout d'Estrées propose de les utiliser non seulement pour reconnaître la présence de calculs dans la vessie, mais encore pour *diagnostiquer la nature exacte* de ces cailloux intempestifs et déplacés. Les calculs d'acide urique sont, en effet, beaucoup plus transparents aux rayons X que les calculs de phosphate ou d'oxalate de chaux. La distinction a une grande importance, surtout au point de vue des interventions chirurgicales.

Jubilé Théophile Roussel. — Les médecins inspecteurs de la protection des enfants du premier âge ayant souscrit et qui seraient désireux de recevoir le livre d'or du Jubilé sont priés d'adresser sans retard leur demande à M. le Dr F. Ledé, quai aux Fleurs, 19, à Paris, en y joignant la somme d'un franc en un mandat-carte pour frais d'envoi par la poste.

La Mortalité des Troupes coloniales. — Le récent rapport de M. le Dr Bonafy, médecin en chef de la marine, montre que la mortalité des troupes coloniales a progressé *de moitié* depuis la loi de 1893. Elle a monté en effet de 13/1.000 à plus de 20/1.000 dans les troupes de Cochinchine, d'après la statistique médicale, en faisant porter les observations sur les années normales, qui ne sont affectées ni par des épidémies ni par des expéditions militaires. — Cette énorme augmentation de mortalité vient de ce que le recrutement antérieur à 1893, qui avait pour résultat de n'envoyer aux colonies que des jeunes gens de 22 ans, a été remplacé par le gâchis actuel, qui force le ministère, sous peine de manquer d'effectif, à accepter des engagés volontaires de 18 à 19 ans, qui ne sont pas suffisamment résistants et meurent comme des mouches, sous l'influence du climat colonial.

Société de Chirurgie de Lyon. — Les chirurgiens des hôpitaux de Lyon, les professeurs et agrégés de Chirurgie de la Faculté de cette ville, viennent de fonder la *Société de Chirurgie de Lyon*. Le bureau, nommé à l'élection, est composé de MM. Ollier, président; Fochier, vice-président; Vallas, secrétaire général; Aubert, trésorier-archiviste; Albertin et Rollet, secrétaires annuels. Les séances se tiendront deux fois par mois, le premier et le troisième jeudi.

Hôpitaux de Lyon. — Le *Concours de l'Externat* des hôpitaux de Lyon s'ouvrira le lundi 18 octobre 1897.

Hôpitaux militaires d'Algérie. — Un décret vient de décider qu'en Algérie les hôpitaux militaires pourront être supprimés dans les villes de garnison, par décret rendu sur la proposition du ministre de la guerre; que les malades militaires seront admis dans les hôpitaux civils, sur la demande du Ministre de la guerre; que les indemnités à payer par le département de la guerre aux hospices civils, soit pour frais de traitement, soit, s'il y a lieu, pour dépenses de constructions ou d'aménagement de bâtiments, seront déterminées conformément aux dispositions de la loi du 7 juillet 1877; que, dans les villes où il n'existe pas d'hôpital civil, la suppression de l'hôpital militaire ne pourra être rendue effective qu'un an après la promulgation du décret, s'il s'agit d'une ville de garnison, ou après la notification de la décision du Ministre de la guerre au gouverneur général de l'Algérie, s'il s'agit d'une ville où la suppression de l'hôpital militaire n'est que la conséquence de la suppression de la garnison; enfin, que les terrains et bâtiments occupés par les hôpitaux militaires dont la suppression aura été prononcée pourront être affectés soit au service de l'assistance publique coloniale, soit cédés gratuitement aux municipalités qui prendront à leur charge la création d'hôpitaux civils.

Les Femmes dans les Universités en Angleterre. — Comme Oxford l'année dernière, Cambridge a refusé, ces jours-ci, de conférer les grades universitaires aux femmes. Le scrutin de la convocation ou assemblée générale des gradués de l'Université a eu lieu au milieu d'une agitation extraordinaire, qu'entretenaient les continuelles arrivées de votants, débarqués des trains spéciaux organisés pour l'occasion. C'est à une heure que la proposition décisive a été soumise au verdict de l'Université. En voici le texte : « Il est désirable que le diplôme de bachelier ès arts soit conféré aux femmes, qui ont satisfait leurs examinateurs, aux examens finaux, et passé neuf semestres au moins dans l'Université. » Cette proposition a été rejetée par 1.713 *non placet* contre 662 *placet*. Sur quoi, les étudiants et même les membres du sénat universitaire se sont livrés à d'extravagantes manifestations de joie, organisant des courses et tirant des feux d'artifice. — La Galanterie n'a pas de patrie.

Les Femmes et la Science. — M. A. Rebière, mathématicien, examinateur à l'Ecole de Saint-Cyr, a adressé à l'Académie des Sciences une intéressante étude, la plus complète sans contredit qui ait été écrite sur ce sujet. La thèse que développe ce savant pourrait se résumer en ces deux mots : La femme est-elle capable de la science? Qui pourrait en douter, en présence des preuves qui abondent! Les travaux d'astronomie et de mécanique de la marquise du Châtelet défendent sa mémoire. Marie Agnesi, après avoir enseigné le calcul infinitésimal à l'Italie, meurt comme une sainte. A l'occasion d'un problème posé par Napoléon, Sophie Germain crée une des premières la physique mathématique. Mary Somerville compose, après Laplace, une mécanique céleste. Une russe, Mme Kowaleska, est couronnée par notre Académie des Sciences et professe brillamment les mathématiques dans une grande Université, etc., etc. M. Rebière étudie surtout les savantes professionnelles, qui ont consacré aux études scientifiques la plus grande partie de leur vie, mathématiciennes, physiciennes, naturalistes, médecins, astronomes, etc. Puis il énumère les simples curieuses ou collaboratrices qui, à l'occasion, ont dit leur mot sur la science ou ont aidé les savants, activement et discrètement, les professeurs, et enfin les vulgarisatrices modestes et utiles.

Académie de Médecine de Belgique. — L'Académie de Médecine de Belgique, dans sa dernière réunion, a élu *Membres honoraires étrangers* : MM. les Drs Arloing, directeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon; Planchon, directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris; Sormanie, professeur à l'Université de Pavie; — *Correspondants étrangers* : MM. les Drs Dumontpallier, médecin honoraire des hôpitaux de Paris; Guyon, professeur à la Faculté de Médecine de Paris; Nocard, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort; Riche, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris.

Empoisonnement par l'acide oxalique. — Un accident vient de se produire à Colombes, rappelant le cas d'Hélène Espère, empoisonnée par des *granules d'arséniate de strychnine*. Un enfant de deux ans, Louis Boulet, est mort dans les circonstances suivantes. La mère de la petite victime est veuve avec six enfants. Le père, ouvrier charpentier, s'est tué il y a deux mois en tombant d'un échafaudage. Mme Boulet est obligée de s'absenter fréquemment. La garde de la maisonnée est alors confiée à sa fille aînée, une gamine de douze ans. Dimanche, en l'absence de la mère, la fillette alla faire une commission dans le voisinage. Elle revint bientôt, posant sur une table un flacon en verre bleu contenant de l'*acide oxalique* qu'elle avait trouvé sur un tas de gravats. Son petit frère Louis prit le flacon, le remplit d'eau. L'acide oxalique fondit et l'enfant but. Quand Mme Boulet rentra quelques instant plus tard, elle trouva le pauvre bébé inanimé, le visage maculé de larges taches violettes. Un médecin fut aussitôt appelé qui lui prodigua les médications les plus énergiques. Mais tout fut inutile. Après plusieurs heures d'atroces souffrances, le malheureux enfant mourut.

Explosion d'une pastille comprimée de chlorate de potasse. — M. E. Lourdel, pharmacien, raconte dans l'*Union pharmaceutique*, le fait suivant. Un médecin de Reims, le Dr D..., visitait un malade et, tout en écoutant ses doléances, une main dans la poche, frottait machinalement l'une contre l'autre deux pastilles qui s'y trouvaient. Subitement, une légère explosion se produisit; en même temps, il ressentait une assez vive douleur à la main. Le premier moment de surprise passé, il se rendit compte de ce qui venait de lui arriver : le fond de la poche était complètement brûlé, son caleçon était roussi à la même hauteur; il avait une brûlure du troisième degré à un doigt. Il savait avoir depuis plusieurs jours dans cette poche deux pastilles comprimées de chlorate de potasse et une pastille de chlorate au sucre; il retrouvait celle-ci brisée en plusieurs morceaux; une des deux pastilles comprimées était intacte; l'autre n'avait pas laissé de traces. L'explication semble la suivante : notre docteur avait frotté la pastille

© BIU Santé

comprimée de chlorate de potasse contre celle de chlorate au sucre ; au point de contact s'était formée une petite quantité de poudre explosible qui, en s'enflammant, avait déterminé la brusque décomposition du reste de la pastille comprimée.

LES MÉDECINS ONT-ILS LE DROIT DE SE SYNDIQUER ? — La conférence du stage des avocats à la Cour de cassation, dans sa séance du 3 avril, présidée par M. Devin, président de l'Ordre, a discuté la question suivante : « Les syndicats professionnels sont-ils autorisés, par la loi du 21 mars 1884, au profit des personnes exerçant une profession libérale ? » L'affirmative a été soutenue par M. André du Boys, la négative par M. Cocher; M. Carteret, comme ministère public, a conclu, et la conférence avec lui, dans le sens de la négative.

LES MÉDECINS ET LES JUGES. — Dans la *Revue des grands procès* (Chevalier, Maresecq et Cie, éditeurs, 20, rue Soufflot), on lit, au sommaire, ce qui suit, d'après une annonce du *Temps* : *Les docteurs Boisleux et de La Jarrige aux assises de la Seine* (avortement) : *Les morticoles, révélations scandaleuses sur les cliniques, médecins de cliniques et* MÉDECINS D'HÔPITAUX, *l'opinion publique et la médecine en général.* — Réquisitoire de M. Bonnet, avocat général, plaidoirie de Me Demange (à suivre). — *Ab uno, disce omnes. Invidia.....*

UNE APOTHÉOSE. — M. Acosta termine son discours de réception à l'Académie des Sciences médicales de la Havane en appelant Pasteur le « Dieu de la médecine contemporaine ».

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BLANCHARD (de Boulogne). — M. le Dr CLEREBANT (de Schaerbeck). — M. le Dr LAFFON (de Caraman). — M. le Dr BOYER (M.-J.), médecin de 2e classe de la marine. — M. le Dr BROUSSE (de Sainte-Estèphe). — M. le Dr CHUDZINSKI, préparateur au laboratoire d'anthropologie de Paris. M. le Dr FIÉVET (de La Madeleine-lès-Lille). — M. le Dr LEVIÉ (de Marseille). — M. le Dr THIÉBAULT (de Nieul-le-Dolent). — M. le Dr Giuseppe FISSORE, professeur extraordinaire de pathologie médicale à la Faculté de Médecine de Turin. — M. le Dr Thomaz de CARVALHO, professeur émérite de chirurgie à l'Ecole de Médecine de Lisbonne. — M. le Dr M. CHARTERIS, professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'Université de Glasgow. — M. le Dr CERNEA, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Jassy. — M. le Dr William T. LUSK, professeur d'obstétrique et de gynécologie. — M. le Dr J. Lewis SMITH, professeur des maladies des enfants au Bellevue Hospital Medical College de New York. — On annonce le décès à Brest, à l'âge de soixante-quatre ans, de M. le Dr MARÉCHAL, médecin principal de la marine en retraite, ancien professeur aux écoles de médecine navale, chevalier de la Légion d'honneur. M. le Dr Maréchal était un praticien des plus distingués ; il était président de l'Association des Médecins des arrondissements de Brest et de Morlaix. Il a succombé à la suite de soins donnés à une de ses clientes atteinte de fièvre puerpérale ; il avait au doigt une écorchure qui a entraîné la septicémie. — M. le Dr CHONÉ, médecin-major de première classe. — M. Emile LEGROS, rédacteur de la *Presse Médicale Belge*. — M. le Dr MINARD. — M. le Dr MOINEL, médecin-major de 2e classe. — M. le Dr WAGNIER (de Lille).

DEMANDE DE POSTE MÉDICAL DANS UNE MAISON DE SANTÉ. — Un ancien médecin en chef d'asiles d'aliénés et d'hôpitaux importants accepterait la direction médicale d'une Maison de Santé, d'un Etablissement privé (maladies mentales, maladies nerveuses, hydrothérapie, etc., etc.) à Paris, ses environs ou départements voisins, de préférence.

DEMANDES DE REMPLACEMENT. — Interne provisoire des Hôpitaux de Paris ferait un remplacement médical dans Paris ou dans la banlieue-ouest de Paris.

Ovules Passemard-Vigier à la glycérine et à tous médicaments. *Crayons intra-utérins*, *Bougies uréthrales*, *Suppositoires*, *Balles rectales*.

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie. Diabète. Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA MATERNITÉ (119, boulevard de Port-Royal). — — M. le Dr P. BUDIN, accoucheur en chef de la Maternité, leçons cliniques le samedi, à 3 h 1/2.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Auguste VOISIN, le jeudi, à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

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, soit DOUZE FRANCS. 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* **15 juillet**. *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.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MEDICAL*

14, RUE DES CARMES.

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER. — Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

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

CHALEIX-VIVIE et AUDEBERT. — Traitement de l'avortement incomplet. Volume in-8 de 145 pages.

DUCLAUX (E.). — Pasteur. Histoire d'un esprit. Volume in-8 de VII-400 pages. — Prix. . . . . 5 fr.

Librairie OLLIER-HENRY,
11, rue de l'Ecole-de-Médecine.

JOTEYKO (J.). — La fatigue et la respiration élémentaire du muscle. Brochure in-8 de 57 pages, avec une planche hors texte.

ACOSTA Y DAVALOS. — Consideraciones sobre el muermo (Experiencias realizadas con la Maleina.) Brochure in-8 de 15 pages. — Habana, 1895. — Imprenta de Alvarez y Compañia.

BASTIANELLI (R.). — Resoconto di laparotomie e di operazioni ginecologiche. Brochure in-8 de 44 pages. — Milano, 1896. — Tipografia Cogliati.

BEDUSCHI (V.). — La meralgia parestetica. Brochure in-8 de 10 pages. — Milano, 1896. — Tipografia Fossati.

BERTRAM-WATERS (B.-H.). — A report on Salophen. — New-York, 1895. — *New-York Medical Journal.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 28. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 10 JUILLET 1897.

Le Progrès Médical

ASSISTANCE ET CLINIQUE

Le Conscrit de Bicêtre. — Polémique de presse : Question au Conseil général ;

PAR **BOURNEVILLE.**

Malgré l'intensité exceptionnelle de l'*hérédité* dans sa famille et l'accumulation de l'*alcoolisme*, nous n'aurions peut-être jamais publié, au moins en détails, l'observation de Gin... si, tout récemment, il n'avait été le point de départ d'une *polémique* de presse aussi remarquable par ses violences de langage que par ses erreurs, et, quelques jours plus tard, au Conseil général de la Seine, d'une question de M. CAPLAIN, à M. le Préfet de police. Avant de soumettre à lecteurs nos réflexions et sur la *polémique* et sur la *question*, nous estimons qu'il convient de faire connaitre le malade.

§ I. **Imbécillité et instabilité mentale avec perversion des instincts.**

SOMMAIRE. — *Père rhumatisant, alcoolique* (absinthe), *violent, condamnations multiples pour rixes. — Grand-père paternel ivrogne, très violent. — Grand'mère paternelle, indisciplinée et débauchée dans sa jeunesse, placée en correction dans un couvent jusqu'à 18 ans, coléreuse, morte d'un cancer de la matrice. — Deux oncles paternels alcooliques. — Cousin déséquilibré et assassin.*

Mère, d'une intelligence restreinte, strabique, bègue, coléreuse. — Grand-père maternel, rhumatisant, nerveux, bègue, très violent, alcoolique. — Grand'mère maternelle, mauvais caractère, sournoise, menteuse, strabique, bègue. — Arrière-grand'mère, caractère méchant. — Autre arrière grand'mère, ivrognesse. — Cousin, fugues, vagabondage, aliéné (?). — Cousine prostituée. — Cousin et cousine voleurs ; celle-ci, de plus, débauchée. — Autre cousine débile et débauchée. — Deux grands-oncles et une sœur morts de la poitrine. — Oncle alcoolique. — Tante alcoolique et prostituée. — Autre tante, cancer de l'utérus.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans.

Enfant naturel. — Conception probable durant l'ivresse. — Grossesse : chute d'un second étage au sixième mois ; en nuis, tendance au sommeil. — Rien de particulier à l'accouchement et à la naissance. — Début de la parole à 18 mois. — Dentition complète à la même époque. — Fracture de la cuisse droite à 22 mois. — Bégaiement à 4 ans après une émotion vive. — Début de la marche à 15 mois. — Incontinence nocturne d'urine jusqu'à 12 ans. — Rougeole à 3 ans, rubéole à 5 ans. — Kleptomanie à partir de 6 ans. — Fugues très fréquentes. — Mauvais instincts. — Violences envers les enfants. — Paresse. — Écolage très médiocre.

1893. — *Tentative d'évasion. — Onanisme probable.*

1894. — *Pédérastie. — Bestialité.*

Marche du développement physique et intellectuel. — Enseignement professionnel. — Amélioration. — Passage aux adultes (fév. 1895). —

1897. — *Situation actuelle* de Gin...

G... (Auguste), né à Orléans, le 13 octobre 1876, est entré dans mon service de Bicêtre le 24 septembre 1891.

Antécédents. (*Renseignements fournis par la mère* le 17 octobre 1891). — G... est un *enfant naturel* qui a été reconnu par le mari alors qu'il avait 18 mois.

Père, encore vivant, est âgé de 37 ans, homme de peine dans les usines, très rhumatisant : c'est un *alcoolique* renforcé, buvant jusqu'à 10 et 12 verres d'absinthe dans un jour ; il fume quotidiennement 25 à 30 cent. de tabac. Il est violent, coléreux, batailleur. Il inventait les moindres prétextes pour se battre. Aussi « faisait-il à chaque instant 4 mois, 6 mois », c'est-à-dire de la prison, à Orléans. Il sortait de prison quand il a connu la mère de l'enfant, qui habitait avec ses parents l'appartement voisin du sien. Il a eu des rapports avec elle pendant 18 mois, à l'insu des parents. Ils devaient se marier, mais les parents rompirent les engagements, du côté de la mère, parce que l'amant allait trop souvent en prison ; du côté de l'amant, parce qu'on voulait lui faire épouser une cousine qui avait de l'argent. Il s'est marié, en effet, avec celle-ci. Rapidement veuf, grâce aux mauvais traitements qu'il lui faisait subir, il vit aujourd'hui maritalement avec une autre femme. — [*Père*, boulanger, violent, « bête brute ». *ivrogne* incorrigible, « on le trouvait ivre-mort dans tous les coins de la ville » ; mort d'un refroidissement. — *Mère*, grande et belle femme, méchante, s'encolèrant pour un rien, « morte d'un *ulcère de la matrice* ». Dans sa jeunesse, elle était mauvaise tête, débauchée, et ses parents, pour la corriger la placèrent dans un couvent où elle resta jusqu'à 18 ans. A sa sortie, elle se prostitua de nouveau et eut un enfant. Puis, elle se maria et, depuis, sa conduite aurait été régulière. — *Grand-père* et *mère paternels, grand-père maternel*, pas de renseignements. — *Grand'mère maternelle*, 84 ans, encore vigoureuse et continuant à exercer son métier de matelassière. — Trois *frères* : le premier, bien portant, sobre, n'a pas d'enfants ; le second, petit, chétif est un *ivrogne* renforcé ; — le troisième, messager, *alcoolique*, s'est tué, étant ivre, en tombant de sa voiture. — Une *sœur* est atteinte d'un *cancer de l'utérus*. — Un *cousin*, déséquilibré, a commis une *tentative d'assassinat* relatée ainsi qu'il suit dans le *Républicain Orléanais* :

« Une tentative d'assassinat vient d'être commise sur la personne du docteur Gircourt, conseiller général de Neuville-aux-Bois. Il revenait de la chasse à la tombée de la nuit, quand il fut rejoint tout à coup par un journalier, nommé A... (le nom est mis en toutes lettres dans le journal) qui, sans provocation, se jeta sur M. Gircourt. Bien qu'attaqué à l'improviste et assez grièvement blessé, ce dernier a pu échapper à l'assassin en le menaçant de son fusil de chasse. L'individu a été arrêté, mais on croit qu'on se trouve en présence d'un déséquilibré. Les blessures de M. Gircourt, quoique graves, ne mettent pas sa vie en danger. »

Dans le reste de sa famille on ne connaît pas d'autres cas de maladies mentales.

Mère, d'une intelligence médiocre, *strabique* de naissance, n'a jamais eu de convulsions, ni de maladies de peau, ni de migraines, etc. De son propre aveu, elle est méchante coléreuse et s'emporte pour des futilités. — [*Père*, laboureur, *alcoolique* (vin), très sujet aux rhumatismes, *bègue* à un degré prononcé, coléreux, violent, frappait ses enfants, sa femme qu'il a failli tuer « un jour qu'elle l'obstinait ». Il est mort d'une maladie de cœur. — *Mère*, 62 ans, *strabique* et *bègue*, caractère mauvais, boudeur, en dessous, « menteuse au-delà de toute comparaison ». — *Grands-pères paternel et maternel*, pas de détails. — *Grand'mère paternelle, ivrognesse* : « ils buvaient tous dans sa famille. » — *Grand'mère maternelle*, « méchante au possible, » morte à 72 ans, on ne sait de quoi, Elle avait eu 14 enfants. — Une *tante paternelle* a eu : 1° un fils qui faisait des fugues. Arrêté comme vagabond, on l'a mis à la colonie de Mettray où il est mort peu après. Les médecins auraient dit qu'il était *fou* ; — 2° une fille *débauchée*, qui a fini dans une maison de prostitution ; — 3° et 4° un autre fils arrêté récemment à Blois avec une autre sœur, pour *vol* ; celle-ci est

© BIU Santé

en outre *coureuse*; — 5e une dernière fille qui est comme *imbécile*, domestique ; « elle rapporte tous les ans un enfant à sa mère. » Deux *oncles paternels*, sobres, morts de la poitrine. — Une *sœur* morte jeune de la poitrine. — Un *frère*, 28 ans, bien portant, *alcoolique*, boit beaucoup d'absinthe ; il a trois enfants qui seraient en bonne santé. — On ne connaît rien de plus à signaler dans la famille.]

Pas de consanguinité. (Père d'Orléans, mère de Blois). — Inégalité d'âge de 2 ans.

Notre malade. — Les détails donnés par la mère rendent très probable la *conception* durant l'ivresse. — *Grossesse* troublée par une chute d'un second étage au sixième mois, sans accidents consécutifs et, tout le temps par une tendance invincible au sommeil et l'ennui d'être enceinte : « Ma mère, bonasse, ne s'en est aperçue qu'au quatrième mois en voyant que mes règles ne venaient pas. » Ni constriction du ventre, ni tentatives d'avortement, ni alcoolisme. — *Accouchement* naturel, à terme. — *A la naissance*, pas d'asphyxie ; l'enfant pesait 3 k. 750. — Allaité pendant six semaines par sa mère qui se plaça alors comme nourrice et le confia à sa grand'mère maternelle qui l'éleva au biberon (lait de vache). Sa mère l'a repris avec elle, à 18 mois, quand elle s'est mariée avec G... qui l'a adopté. — Début de la *marche* à 15 mois, de la *parole* à 18 mois, époque où il a eu toutes ses dents. Il a uriné au lit jusqu'à 12 ans. — *Fracture* de la cuisse droite à 22 mois, qui a nécessité le séjour au lit pendant six mois. *Rougeole* à 3 ans, *rubéole* à 5 ans. Elle attribue l'état de son enfant à une *peur* occasionnée par une scène avec son mari qui, un soir, rentrant ivre d'absinthe, ce qui lui arrivait souvent, la menaça de la tuer. Elle se sauva chez sa mère, laissant son enfant avec son beau-père. Le lendemain elle trouva son enfant avec une contusion de la joue et pensa que son mari l'avait battu. Tandis que, auparavant, il parlait bien, peu après il se mit à *bégayer* et l'*intelligence diminua*. Peut-être avait-il eu des convulsions la nuit où il fut battu, avant ni depuis, elle n'en a pas observé. Mis à l'école, le maître a constaté qu'il n'avait pas l'intelligence des enfants de son âge. Il apprenait difficilement.

Vers 5 ou 6 ans, il a commencé à *voler*. Il volait sa mère, les marchands du voisinage, prenait de l'argent, des jouets, des friandises. Il s'est sauvé de la maison une cinquantaine de fois, rentrait dans la nuit. Il aimait beaucoup l'eau. A Orléans, il était « toujours fourré dans la Loire ».

Il ne se plaisait qu'à faire le mal. Il battait les enfants plus jeunes que lui et, une fois, en blessa un grièvement, tous les concierges de sa rue le connaissaient à cause de ses méfaits. Le soir, il s'amusait à tirer les cordons de sonnette des maisons. Un jour il attacha un chat par la queue à un cordon de sonnette, le concierge l'attrapa et le corrigea manuellement. Sa mère avait sans cesse des ennuis avec les voisins. Dès qu'il n'était plus surveillé, il jouait de mauvais tours dans lesquels il montrait une grande habileté. Il démontait les pendules, par exemple. Il persistait dans ses vilaines actions, malgré les corrections maternelles. Mis en apprentissage chez un cordonnier, il fut congédié au bout de 15 jours parce qu'il l'avait volé et lui avait brisé une machine à coudre. Un oncle par alliance, cordonnier, le garda quelque temps, mais fut aussi obligé de le remettre à sa mère à cause de ses méfaits continuels.

En juillet 1891, on l'envoya faire une commission rue de Rennes, il ouvrit le compteur à gaz. Quelques jours après, il fut surpris au moment où il s'apprêtait à recommencer. C'est alors que sa mère se demanda s'il n'était pas malade et le conduisit à l'Asile clinique où on lui dit que son enfant était déséquilibré et qu'on lui conseillait de le placer.

Description du malade (9 décembre 1891). — La *peau* est pâle, le *corps* maigre, la *physionomie* a une expression désagréable, sournoise.

La *tête* est aplatie légèrement du côté gauche surtout en avant. La bosse pariétale gauche est néanmoins plus proéminente. La *région occipitale* est très saillante avec un méplat au-dessus.

Les *cheveux*, abondants, d'un blond foncé, offrent deux tourbillons et empiètent beaucoup sur le front et sur les tempes qu'ils recouvrent presque complètement. Le front est étroit, bas (4 cent. 1/2) ; il est rendu encore plus bas par l'habitude qu'a prise l'enfant de plisser la peau dans le sens horizontal. — Les arcades sourcilières sont déprimées. — Les sourcils blonds, peu fournis, ont une direction horizontale. — Les *paupières* sont bleuâtres, les fentes palpébrales régulières ; les cils, plutôt noirs, sont longs et nombreux ; les pupilles sont normales ; l'iris a une couleur bleu pâle. — Le *nez* est droit avec une saillie des os propres formant bosse, les narines sont petites, peu écartées. L'*odorat* semble normal. — Les *pommettes* sont peu accusées.

La *bouche* est assez petite ; les lèvres sont peu volumineuses. — Les différentes parties de la bouche n'ont rien de particulier. Le *goût* est intact. — Le *menton*, court, légèrement fuyant, présente une fossette assez profonde. — Les *oreilles* sont petites, très détachées de la tête ; leur lobule est court, et non adhérent, à droite, court mais adhérent à gauche. L'ensemble du visage est légèrement aplati du côté gauche et la moitié correspondante du front est moins haute.

Dentition. — Mâchoire supérieure : 13 dents contiguës, mal rangées, de forme irrégulière. Canine gauche très saillante ; canine droite à peine sortie, mais à sa place. — Mâchoire inférieure : 14 dents contiguës, serrées même et irrégulièrement rangées en avant ; de bonne qualité. — Articulation très près du type normal. Léger défaut d'entrecroisement des dents en avant. — Gencives en bon état.

Le *cou* est un peu maigre (28 cent.). — La *poitrine* est régulière, mais un peu étroite par rapport à l'âge de l'enfant. — L'*abdomen* et le *bassin* sont normaux. — Rien de notable à l'auscultation des *poumons* et du *cœur*. — Les différentes *fonctions* s'accomplissent naturellement.

Organes génitaux. — La *verge* a une longueur de 5 cent. et une circonférence de 6 cent. Le *prépuce* est long, le gland découvrable. Les *testicules* occupent un scrotum rétracté et pâle ; ils ont la dimension d'un petit œuf de pigeon et ne présentent aucune anomalie. De chaque côté de la racine du pénis, il y a un bouquet de quelques poils courts et presque blancs. Le pénil, les bourses, le périnée et l'anus sont glabres.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* bien conformés, maigres, sont recouverts sur leur face postéro-externe d'un duvet long et abondant, surtout les premiers.

La *sensibilité générale* paraît tout à fait physiologique.

La *parole* n'est pas tout à fait normale. Lorsque l'enfant n'a qu'une courte réponse à faire, il n'y a aucune hésitation. Avant de prononcer les noms propres et les phrases un peu longues, il hésite un moment, mais sans émettre de son, il ne fait entendre qu'une sorte de petit sifflement, puis le nom ou la phrase partent sans arrêt. Il n'y a pas de trouble quand on lui fait répéter une phrase. Il hésite toujours lorsqu'il doit composer la phrase (*bégaiement*).

Novembre. — G... a pris une part active avec deux de ses camarades à la démolition du mur d'un hangar.

G... lit assez couramment et commence à faire des dictées de mots usuels. Son écriture est passable, un peu lourde. — Il fait assez bien des additions et des soustractions simples, mais mal la multiplication. — Il connaît la division du temps, les couleurs et la forme des objets. — Il est assez attentif au travail, met de la bonne volonté à la gymnastique. Son caractère est plutôt gai, quoiqu'un peu taquin. La propreté et la conduite laissent parfois à désirer.

Traitement. — École, exercices de prononciation, gymnastique, atelier de cordonnerie, hydrothérapie.

1892. *Janvier.* — Excoriation au-dessous de la commissure labiale, avec adénite sous-maxillaire. Guérison en quelques jours. — G... ne bégaie plus. Les réponses sont nettes et correctes. — Même traitement.

Juin. — G... s'est amélioré à quelques égards. Il lit couramment et sans bégayer. Il répond convenablement aux questions qu'on lui pose. Il fait des dictées mais avec beaucoup de fautes et de petits problèmes sur les deux premières opérations. La mémoire est bonne. La tenue est défectueuse ; G.. a souvent la figure et les mains sales ; il se roule dans le sable de la cour et déchire parfois ses vêtements. Il travaille assez bien à la gymnastique. La danse, l'escrime et le chant sont

© BIU Santé

faibles. — A l'atelier, il se montre plus paresseux qu'à l'école ; il a cependant appris à faire des ressemelages.

Puberté. — Duvet assez fourni et assez long sur les joues. Poitrine glabre. Quelques poils fins, disséminés à la partie inférieure du pénil. Verge, 7 sur 7. Pas de changement des testicules, le gauche est plus descendu que le droit. Région anale normale ; poils rares.

Décembre. — G... bégaie de temps en temps. Il commence à faire assez bien la multiplication ; il apprend des fables. Il est plus attentif et plus courageux, très joueur, assez bon camarade. La tenue est mauvaise. Il exécute convenablement tous les exercices de gymnastique. — A l'atelier il demeure stationnaire.

1893. *Janvier.* — *Puberté* : Pas de changement appréciable.

18 *mars.* — Tentative d'évasion avec quatre de ses camarades. G... avait dérobé un tranchet à l'atelier de cordonnerie ; il se proposait « de le flanquer dans la panse de celui qui essaierait de l'arrêter ».

Juin. — Légers progrès à l'école. Il fait des problèmes simples sur les trois premières opérations. Il gagnerait davantage s'il n'était pas toujours paresseux. Il exécute bien tous les exercices de gymnastique. A l'atelier, il fabrique à peu près seul les souliers.

1894. *Janvier.* — Mêmes notes scolaires. — Même état de la *puberté*.

Juillet. — Amélioration au point de vue de la conduite et de la tenue. Reste stationnaire à l'école. Est devenu l'un des meilleurs apprentis cordonniers.

Octobre. — G... s'est cogné violemment, en jouant, le nez contre un arbre et s'est fait une plaie qui a laissé une cicatrice verticale de plus d'un centimètre.

Décembre. — Le *bégaiement* reparaît par périodes à un degré assez prononcé. — G... qui nettoie le poulailler du surveillant a été surpris au moment où il était en train de *sodomiser* une poule.

1895. *Janvier.* — *Puberté.* Léger duvet sur la lèvre supérieure. — Quelques poils sur les joues. Incurvation sur la gauche de la verge qui mesure 75 mm. de longueur sur 8 cent. de circonférence. Testicules de la dimension d'un petit œuf de pigeon. Poils châtains peu nombreux sur la partie inférieure du pénil, plus nombreux au périnée et à l'anus, qui est légèrement infundibuliforme, dont la marge est rouge, et les plis effacés (?). — G... a été surpris, le 2 janvier, par un infirmier, alors qu'il se livrait à la pédérastie sur un de ses camarades.

23 *février.* — G..., ayant dépassé 18 ans et offrant au développement physique suffisant, passe à la 2e section, (aliénés adultes, service de M. le Dr Deny).

1897. *Juin.* — A la suite des incidents de presse auxquels nous avons fait allusion et sur lesquels nous allons revenir, notre collègue, M. le Dr Deny, a consenti à nous laisser revoir notre ancien malade. La *taille* a augmenté (voir le tableau). Le *tronc* et la *tête* se sont développés, ainsi que cela ressort des mensurations ci-après, pour le tronc et celles relevées au tableau de la *tête*.

Circonférence de la poitrine à l'expiration au niveau des aisselles	80.5
Circonférence de la poitrine à l'expiration au niveau des mamelons	76
Circonférence de la poitrine à l'expiration au niveau de l'ombilic	61.5

Dentition. — *Mâchoire supérieure.* Même état que précédemment. Les dents sont restées en bon état ; deux nouvelles molaires (dents de sagesse) sont en voie d'éruption ; leurs couronnes sortent en grande partie des gencives, ce qui porte à la mâchoire supérieure le nombre des dents à 15.

Mâchoire inférieure. — La seule modification survenue dans son état, depuis la première observation, est la disparition des deux premières molaires dont l'une a seulement sa couronne fracturée ; la molaire correspondante a été extraite. — Les troisièmes molaires (dents de sagesse) sont comme à la mâchoire inférieure en pleine période d'éruption.

Puberté. — Poils bruns, courts et peu abondants sur les parties latérales des joues ; poils châtains et peu fournis sur les parties latérales et inférieure du menton. Moustaches assez bien dessinées, petites, à poils courts. Thorax et abdomen glabres. Quelques poils courts et frisés sous les aisselles. Fin duvet sur la partie postérieure des bras et des avant-bras. Membres inférieurs glabres. Poils bruns, abondants frisés, peu longs au niveau du pénil sur une largeur de 8 cent. et une hauteur de 4 cent. — Verge 10 cent. sur 11, par conséquent très développée. Testicules de la grosseur d'un petit œuf de poule. Gland en partie découvert. Poils assez abondants au périnée et à l'anus, qui s'ouvre facilement, dont la marge est un peu rouge et les plis peu nombreux.

Le *visage* est maigre, les yeux cernés, la physionomie toujours un peu sournoise et ne dénotant qu'une faible intelligence. La *voix* est un peu voilée. La *parole* est libre en général, parfois cependant le *bégaiement* reparaît « surtout par les changements de temps » ou quand G... est « émotionné ou interrogé à l'improviste ». G... travaille à l'atelier de cordonnerie de l'hospice et se fait par mois jusqu'à 35 fr., ce qui est une somme assez forte, étant donné que le travail est environ moitié moins payé qu'au dehors. Par intermittences, sans aucun motif, il cesse d'aller pendant quelques jours à l'atelier. (Il en était de même lorsqu'il était dans notre section). Il y a un mois, il est allé de l'atelier à la cantine de l'hospice où, après avoir bu les 25 centilitres de vin qui est toléré pour les malades travailleurs, il a bu, en outre, trois bouteilles de bière et fumé deux cigares (il est grand fumeur). On l'a ramené dans son service, *ivre-mort*. De ce fait, il a été consigné pour quelques jours. C'était la première fois qu'il s'était livré à de tels excès. — D'une façon générale, sa conduite est satisfaisante, il ne se dispute jamais avec les autres malades.

Il est doué d'initiative à un degré assez prononcé. Il aide le perruquier de sa section. Il organise de temps en temps des concerts avec quelques autres malades. Il remplit le rôle de régisseur. Sa troupe se compose d'un malade qui joue de l'orgue, de 5 ou 6 autres qui chantent ou récitent des poésies. Très habile de ses mains, c'est lui qui confectionne les drapeaux et les guirlandes de papier qui ornent la salle de concert. — Au point de vue sexuel, on ne croit pas qu'il se masturbe ; son linge ne serait pas maculé. On n'a pas remarqué de nouvelles tentatives de pédérastie.

G.. serait suffisamment habile et intelligent pour vivre au-dehors, à *la condition* que quelqu'un puisse l'aider dans une certaine mesure. Sa *mère*, étant domestique, ne peut certainement pas s'en occuper. Au commencement de cette année (1897), G... a été envoyé par M. Deny en *congé d'essai*. Sa mère l'a placé chez un cordonnier. Il y est resté trois semaines, mais comme il lui arrivait, ainsi qu'à Bicêtre, de suspendre son travail par intermittence, sa mère a été obligée de le ramener à l'hospice.

§ II. — Polémique de presse.

Le *Rappel* du 15 juin, sous le titre : *Un cas intéressant*, s'exprimait ainsi :

« Un singulier cas s'est produit au Conseil de révision. Un nommé G..., appelé pour la seconde fois ne se présenta pas, mais le président du Conseil de révision lui donna lecture d'un certificat que lui avait adressé le directeur de Bicêtre. Ce certificat portait textuellement que G... (Auguste), entré à Bicêtre le 24 septembre 1891, présente un développement physique et intellectuel suffisant pour lui permettre de faire son service militaire... A la lecture de ce certificat M. Caplain, qui siégeait au Conseil en qualité de conseiller général de la Seine, se récria : « Comment, voilà un homme que l'on déclare sain d'esprit, assez pour faire son service militaire, et on le retient dans une maison de fous ; c'est une *véritable séquestration* ! »...

Après avoir donné quelques explications, recueillies auprès de M. Pinon, directeur de Bicêtre, le *Rappel* termine ainsi :

« Enfin, il faudrait savoir si G... peut faire son service militaire, s'il peut se rendre seul au conseil de révision et pourquoi le directeur de Bicêtre lui adjoint-il un infirmier, même si cet infirmier est indispensable aux sorties de G..

© BIU Santé

il nous paraît difficile que G... soit soldat, car il n'est pas de coutume dans l'armée de donner un brosseur aux bleus (1). »

La *Petite République française* a intitulé son article : « *La séquestration d'un conscrit* ». Nous en citerons le commencement et la fin.

« Les histoires de *séquestration arbitraire* soulèvent généralement un sourire d'incrédulité. Il n'est pas possible qu'à notre époque de publicité, de libre contrôle, l'administration puisse maintenir dans ses *geôles* et pendant des années entières, des gens sains d'esprit, tant il y a de fous dehors qui ne trouvent pas de place dans les cabanons officiels !.....

« Avant-hier un conscrit nommé G..., manquant à l'appel, le président donne lecture d'un certificat du directeur de la prison... non, de l'hospice de Bicêtre, attestant que G... entré le 24 septembre 1891, présente un développement physique et intellectuel suffisant pour faire son service militaire. Presque six ans de séquestration arbitraire ! Le certificat est signé du médecin et du directeur. Quelle est donc la peine qu'on pourrait appliquer à ces misérables ? »

§ III. Question de M. Caplain sur un interné à Bicêtre reconnu apte au service militaire.

M. Caplain. — Messieurs, j'ai l'honneur de poser une question à M. le préfet de Police, que je pourrais peut-être aussi bien poser à M. le préfet de la Seine ou à M. le directeur des Affaires départementales ou peut-être mieux encore à M. le directeur de l'Assistance publique (Rires) (2).

Il s'agit d'un incident survenu au Conseil de révision. Il y a quelque quinze jours, un conscrit était appelé au Conseil de révision et ne se présentait pas. Il avait tiré au sort, mais n'avait pas répondu à une première convocation. — De la première à la deuxième convocation, l'autorité militaire s'était préoccupée de l'absent qu'elle avait recherché, et elle avait découvert qu'il était interné à Bicêtre.

A ce second appel de la révision, il fut produit un certificat médical, émanant de la 2e section de Bicêtre, et ayant par conséquent un caractère administratif, lequel déclarait que le sujet en question présentait un développement physique et intellectuel suffisant pour le service militaire. On fut étonné et qu'il fût interné s'il était apte au service militaire, et qu'il fût apte au service militaire tout en étant interné. Le Conseil de révision a donc fait venir le conscrit et là, après examen, un troisième docteur a émis une troisième opinion : conscrit faible de constitution, à ajourner à l'année prochaine (Rires).

Les préfets doivent visiter tous les six mois les aliénés de leur département. M. le préfet de police a délégué cette fonction à six docteurs qui, en son nom, inspectent les asiles. Vous voyez : le docteur de la préfecture de Police examine le sujet et met sur son papier : imbécile ; le docteur de l'Assistance publique dit qu'il a un développement mental et physique suffisant pour faire son service militaire ; enfin le docteur du Conseil de révision dit : un peu faible de constitution, à ajourner. (Rires.)

Une voix. — Mais on sait bien que les médecins ne sont jamais d'accord !

M. Caplain. — Je demande à M. le secrétaire général de la préfecture de Police de nous expliquer ces contradictions.

M. le Secrétaire général de la préfecture de Police. — Messieurs, voici en quelques mots l'explication très simple du fait qui vous occupe. En septembre 1891, sur la demande de sa famille et sur la vue de certificats très nets de médecins, le jeune G... a été admis par l'Administration dans la section des enfants faibles d'esprit ou d'un développement mental insuffisant, à l'Asile de Bicêtre.

Depuis cette époque, au mois de janvier et au mois de juillet, son état physique et mental a fait l'objet des examens spéciaux dont la justification doit se trouver au dossier de tout individu admis sur réquisition administrative, dans un asile public ou privé.

A la suite de chaque visite, nous avons reçu deux certificats : l'un, du médecin de Bicêtre, qui porte la mention : « imbécillité, à maintenir » ; et l'autre, de notre médecin inspecteur chargé de contrôler le service; portant cette indication : « vérifié, à maintenir ».

Ces certificats sont donc identiques et les derniers, spécialement, en date des 30 décembre 1896 et 1er janvier 1897, contiennent la même appréciation. Depuis, s'est produit l'incident du Conseil de révision. Le médecin de Bicêtre qui, en décembre 1896, délivrait le certificat vérifié par notre inspecteur, dont je viens de vous parler, donnait au moment de la révision un nouveau certificat d'après lequel le conscrit en question présentait un développement physique et intellectuel suffisant pour remplir son service militaire. Il y a entre ces deux certificats une contradiction évidente.

Je pourrais vous dire que le Préfet de Police n'a qu'à s'en rapporter au certificat de son inspecteur qui, dans une récente visite, a constaté encore que le jeune pensionnaire de Bicêtre est toujours dans le même état et incapable de se conduire dans la société.

En empiétant peut-être sur un terrain qui n'est pas le nôtre, je puis ajouter (j'y suis autorisé par les renseignements qui sont à mon dossier) que le certificat du médecin de l'asile, produit au Conseil de révision, s'explique par un « lapsus » de plume. Le médecin voulait écrire, comme il le fait d'ordinaire, que le malade présentait un développement physique et intellectuel suffisant pour être admis devant le conseil de revision, c'est-à-dire était capable de faire le voyage de Bicêtre au palais de l'Industrie.

M. Alpy. — Quel est donc le nom de ce médecin ?

M. le Secrétaire général de la Préfecture de Police. — Les explications que je vous donne ne concernent pas notre Administration ; je ne les fournis que pour éclairer le Conseil, comme elles m'ont été communiquées. Le conseil de révision, en présence de ce certificat, n'avait qu'à vérifier l'état physique du malade ; et il a pris une mesure que M. Alpy qualifiait de sage tout à l'heure, il a ajourné ce conscrit à un an.

Si j'avais un avis à donner à ceux qui sont chargés, à la préfecture de la Seine, de dresser les listes de recrutement, je leur dirais qu'ils devront, l'année prochaine, demander au Conseil de révision d'examiner l'état mental de ce jeune homme. Le conseil ne pouvait le faire cette année, puisque son attention, pas plus que celle de l'Administration de la préfecture de la Seine, n'avait pas été appelée sur ce point.

En résumé, la Préfecture de Police a vérifié tous les six mois l'état de ce jeune homme et elle a toujours constaté qu'il y avait lieu de le maintenir à Bicêtre. J'ai entre les mains un rapport récent que je ne puis lire publiquement, dans un intérêt de réserve que le Conseil appréciera ; ce rapport confirme toutes les appréciations antérieures. La préfecture de police doit donc maintenir le jeune G... à l'asile de Bicêtre, et le Conseil de revision aura à examiner l'année prochaine l'état physique et mental de ce jeune homme.

M. Caplain. — M. le secrétaire général de la préfecture de Police vient de dire qu'il ne pourrait pas nous communiquer un rapport récent, en raison des inconvénients que cela pourrait présenter. Je le félicite de cette réserve que le président du Conseil de revision, délégué de M. le Préfet de la Seine, n'a pas observée.....

Quant à la réponse de M. le secrétaire général de la préfecture de police, elle ne me satisfait point. De quoi s'agit-il ? D'un individu qui, sur la demande de la famille, a été placé à Bicêtre, d'abord dans un service spécial, puis dans un autre, après être resté un certain temps dans le premier. Il n'est pas de sanction à ma question. Je demande seulement à la 3e commission de porter toute son attention sur les cas analogues qui pourraient se produire.

Ceci est extrait du procès verbal de la séance du 30 juin du Conseil général, paru dans le *Bulletin municipal officiel* du 1er juillet. Il n'est pas complet ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

(1) Tant qu'un malade est dans un service d'aliénés, il ne doit sortir qu'accompagné d'un parent ou d'un ami, autorisé par la famille qui en prend la responsabilité, ou d'un agent de l'administration. La sagesse de cette mesure (conforme aux règlements qui disent que les malades doivent être accompagnés dans leurs sorties) n'échappera à personne. Le directeur de Bicêtre s'est conformé aux règlements.

(2) En voulant faire de l'esprit, M. Caplain a fait preuve d'ignorance. G... ayant été *placé d'office*, c'est-à-dire par le préfet de police et étant maintenu par le préfet de police, c'est celui-ci seul qui devait être mis en cause.

© BIU Santé

L'observation de G..., la polémique et la discussion dont il a été l'objet comportent des réflexions d'ordre clinique et d'ordre social.

Réflexions. — I. Nous trouvons réunies ici deux influences puissantes pour expliquer l'origine de la maladie de G... : l'*hérédité* et l'*alcoolisme*. Du *côté paternel*, le *père ivrogne* à l'excès, violent, indiscipliné ; — le *grand-père ivrogne* et violent ; — la *grand'mère*, coléreuse, *prostituée*, cancéreuse ; — deux *oncles alcooliques* ; — un *cousin*, déséquilibré, *assassin* (1). — Du *côté maternel*, la *mère* violente, affectée d'un *strabisme* congénital ; — le *grand-père*, brutal et *alcoolique* ; — la *grand'mère strabique* et *bègue* ; — une *arrière-grand'mère ivrognesse* ; — une autre « méchante au possible » ; — un *oncle alcoolique* ; — un *cousin* instable, *aliéné* ; — une *cousine prostituée* ; — un autre *cousin voleur* ; — une deuxième *cousine*, *voleuse* et *débauchée* ; — enfin une troisième *cousine*, *imbécile* et coureuse. — Mentionnons aussi deux cas de *cancer* dans la famille paternelle et trois cas de *tuberculose* dans la famille maternelle. En face de cette série de tares, qui peut nier l'action de l'hérédité ?

Mensurations de la tête.

	1891		1892		1893		1894		1895		1897	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juin.
Circonférence horizontale maxima		54	54.5		54	54	54	54	54	55	55	
Demi-circonférence bi-auriculaire		35	35		35	35	34	34	34	36	36	
Distance de l'articulat. occipito-atloïdienne à la racine du nez		37	37		31	37	37	37	37	38	38	
Diamètre antéro-postérieur maximum		18.6	18.5		19	18.5	18.5	18.5	18.5	19	19.5	
— bi-auriculaire		14.4	14		12	14.5	13.5	13.5	12.5	12	13	
— bi-pariétal		14.7	14		15	14.6	14.5	14.5	14.5	15	15.5	
Hauteur médiane du front		5.5	4.5		5	5.2	5.5	5.5	5.5	6	6	

Tableau du poids et de la taille.

	1891		1892		1893		1894		1897	
	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet	Janvier	Juin
Poids		27.500	28.500	32.000	31.000	41.000	43.500	49.400		44.700
Taille		1 m. 350	1 m. 345	1 m. 360	1 m. 390	1 m. 450	1 m. 540	1 m. 570		1 m. 570
D.		30	21	22	25	29	39	39	1	40
G.		18	17	19	21	25	32	32	1	38
Dynamomètre										

II. L'évolution physique n'a pas été tout à fait physiologique. Les différents diamètres de la tête durant plusieurs années n'ont pas subi de modifications sérieuses, ils n'ont augmenté sensiblement qu'à partir de janvier 1895. — La *taille* s'est accrue avec lenteur mais régulièrement de 1891 à juillet 1894 (de 1m. 34 à 1m. 57), puis est demeurée stationnaire (1m. 57) de juillet 1894 à ce jour. Elle est un peu au-dessous de la moyenne. D'après les tables de Quételet, en effet, la taille moyenne à son âge est de 1 mètre 669.

III. Sous le *rapport intellectuel*, il a fait quelques progrès mais relativement peu prononcés. Toutefois, G... a bien appris les exercices de gymnastique et est devenu un assez bon ouvrier cordonnier. Il a de la mémoire, de l'initiative et une assez grande habileté manuelle. Mais, comme l'instituteur de la section d'aliénés adultes a été supprimé, ce qui est regrettable, il paraît avoir perdu une partie de son modeste bagage scolaire.

IV. Au point de vue *moral*, il aurait plutôt gagné. Son *caractère* est tranquille ; il n'a jamais de discussion avec ses camarades et c'est exceptionnellement qu'il a dû être réprimandé. Enfin, les *impulsions sexuelles* contre nature semblent avoir disparu.

V. G... est, en somme, sur la limite des intelligences ordinaires et de l'*arriération intellectuelle* ou de la *débilité mentale*. On peut discuter si, oui ou non, il est apte au service militaire. Le médecin civil constate la situation physique ou mentale, la maladie, mais n'a pas à formuler d'avis au point de vue militaire : c'est l'affaire du conseil de révision et de nos confrères de l'armée. Du reste, c'est ce que fait, d'habitude, M. Deny (1).

Le cas de G... n'est pas unique. Tous les ans nous contribuons à faire engager quelques-uns de nos malades. Les parents les prennent en congé, et remplissent les formalités voulues. Si l'autorité militaire les accepte nous signons la sortie ; dans le cas contraire nous les faisons placer dans les services d'adultes, ou nous les rendons aux familles. Nous avons pu retrouver les noms de 23 d'entre eux. Quelques-uns ont eu des aventures ; d'autres ont été réformés après un séjour variable au régiment ; la plupart ont été jusqu'au bout. Parmi les premiers, Fi... est devenu *sous-lieutenant*. Malheureusement, à la suite d'une aventure galante avec la femme d'un de ses supérieurs, compliquée de désertion, il a été forcé de démissionner.

Tous les ans aussi, nous donnons à d'anciens malades, désireux de se faire réformer, des certificats constatant l'affection pathologique qui avait nécessité leur placement dans notre service et sur lesquels l'autorité militaire se prononce. Beaucoup d'autres, sor-

(1) M. le Dr Gircourt auquel nous avons demandé des renseignements sur son assassin a eu l'obligeance de nous envoyer le 25 juin les renseignements ci-après : « Cet homme a été enfermé à la prison d'Orléans pendant deux ou trois mois, soumis à un examen médical et remis en liberté sans jugement. Depuis cette époque, il habite Orléans, vivant seul, ne parlant à personne, ne répondant pas quand on lui adresse la parole. Si, par hasard, il croise, dans la rue, un individu contre lequel il croit avoir des griefs, il l'injurie ou lui fait des menaces à voix basse. Je le considère comme un individu dangereux, capable de commettre un crime. »

(1) Mais dans la circonstance, M. Deny se conformait à la demande même de M. le Préfet de la Seine réclamant : « *un certificat indiquant d'une façon précise si M. G... est apte au service armé*, ou bien s'il doit être ajourné à un an, classé dans le service auxiliaire ou exempté de tout service. » En définitive, le Préfet lui demandait de faire acte de médecin militaire.

© BIU Santé

tis, ne nous réclament rien et ont, par conséquent, le sort commun, c'est-à-dire sont soldats.

En agissant ainsi, nous ne croyons pas « faire une insulte à l'armée ». En exclure des jeunes gens parce qu'ils ont été malades, internés comme imbéciles, arriérés, aliénés, ou épileptiques, c'est ignorer ce qu'on fait pour leur relèvement. Depuis 1884, grâce au zèle des instituteurs de notre section, 50 enfants ont eu leur *certificat d'études*. D'autres, à l'entrée, le possédaient. Actuellement 17 sont dans ce cas ; un autre a le brevet élémentaire. S'ils guérissent les éliminera-t-on du service militaire ? Considérera-t-on ces malades guéris comme un déshonneur pour l'armée parce qu'ils ont été malades ? Nos collègues parfois, nous plus souvent, lorsque nous avons obtenu une amélioration, que nous estimons suffisante, nous conseillons l'engagement ou laissons le malade passer la révision, dans l'espoir que le séjour au régiment achèvera notre œuvre, donnera à l'armée un serviteur et rendra à la société un citoyen utile.

Pour cette catégorie de malades, les médecins sont embarrassés et G... en fournit la preuve. Il n'a plus de père ; sa mère est domestique. Malgré cela, M. Deny a essayé de le placer. L'essai n'a pas réussi. Fallait-il l'abandonner, le livrer au vagabondage ? Si, à défaut de la surveillance familiale, il y avait celle d'une *Société de patronage*, le médecin pourrait signer sans crainte le certificat de sortie.

Pour d'autres malades, améliorés, internés ou non, il conviendrait de créer les *classes spéciales* dont nous avons parlé dans le dernier numéro du *Progrès médical*. Certains malades, formant une troisième catégorie, devraient être placés dans une *division spéciale* d'hospice, utilisés dans les ateliers ou comme demi-infirmiers, chargés des grosses besognes, mais ne sortant qu'avec une autorisation du médecin et du directeur et n'ayant pas la sortie libre des autres administrés. C'est parmi eux aussi, dans ce groupe, qu'on trouverait des malades pouvant être renvoyés dans leur famille avec un *secours d'hospice mensuel* régulier, compensant l'insuffisance de leur salaire *(placement familial)*.

Quant à ceux qui sont incurables, qui n'ont pas été amendés, qui sont restés idiots, épileptiques, ils doivent naturellement être maintenus dans les asiles d'aliénés.

Toutes ces *réformes*, dictées par une longue expérience, n'ont d'autre but que l'intérêt supérieur des malades. Accomplies, elles diminueraient notablement les charges du département et des communes. Nous les avons exposées depuis bien longtemps et nous continuons, sans grand succès, à les exposer chaque année lors des visites de la Commission de surveillance et de la Commission du Conseil général. Nous avons, à cet égard, devancé les désirs de M. Caplain qui « demande à la Commission du Conseil général de porter toute son attention sur les cas analogues qui pourraient se produire ». La conviction n'est pas encore faite dans l'esprit de nos amis et de nos collègues. *M. Caplain* et la *Presse* pourraient nous y aider s'ils étaient sincèrement et d'une façon désintéressée, animés des mêmes sentiments que nous. Etudier une réforme, la faire aboutir est une tâche difficile. Traiter de « misérables » l'honorable directeur de Bicêtre, M. Pinon, qui s'acquitte avec soin de ses fonctions, et M. le Dr Deny qui a conquis sa situation par le concours et jouit de la considération de tous, est certes plus facile, mais infructueux. En le faisant, toutefois, on dépasse la mesure, on met en relief son parti pris ou son inconscience.

M. Caplain, avec moins de violence mais plus de perfidie que le rédacteur de la *Petite République* qui a tapé dur sans réfléchir qu'il blessait des hommes respectables, nous a mis en cause sans que rien ne le justifie. Son attaque, supprimée dans le *Bulletin municipal*, a été reproduite en ces termes dans le *Matin* du 1er juillet :

« Gin...., dit M. Caplain, avant d'entrer à Bicêtre, avait été en traitement dans le service du docteur Bourneville. Je ne sais pas si M. Bourneville a intérêt à prendre dans son service des jeunes gens qui ne sont ni fous ni idiots. Il est évident qu'on peut ainsi obtenir des succès facilement et guérir sans peine des enfants qui ne sont pas malades. Mais il est certain que Gin... n'a jamais été idiot (1). ».

G... a quitté notre service le 23 février 1895, nous ne sommes donc pas responsable de son maintien à Bicêtre. Ce n'est pas nous, non plus, qui l'avons fait entrer dans notre section, mais le Préfet de police (2). Ce n'est pas, d'ailleurs, nous qui choisissons nos malades. Nous recevons ceux que nous envoie la Préfecture de police et le bureau d'admission de l'Asile clinique. Tandis qu'à la colonie de Vaucluse, on n'accepte ni les gâteux, ni les épileptiques, Bicêtre les reçoit, sans distinction. Nous avons donc à soigner les malades les plus gravement atteints. Voilà les conditions *faciles* dans lesquelles nous fonctionnons, sans nous rebuter. De là, la tâche, ingrate souvent, qui nous est imposée. Les succès que nous enregistrons tous les ans, que M. Caplain pourrait apprécier s'il daignait lire le *Rapport général sur le service des aliénés* qui lui est adressé chaque année par l'Administration préfectorale, sans compter nos publications personnelles (3), sont dus au dévouement et à l'habileté de nos instituteurs et de nos infirmières laïques et peut-être aussi à nous dans quelque mesure.

Notre service est ouvert. Tous les samedis nous avons l'honneur de recevoir des médecins français et étrangers, de leur montrer l'organisation et le fonctionnement du service des enfants idiots, arriérés et épileptiques, créé par le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine. C'est un lourd labeur pour nous. En nous l'imposant, notre but est d'amener la conviction dans l'esprit de tous, afin de pousser à la création, partout, de services semblables, destinés à rendre d'incontestables services à eux et à leurs malheureuses familles : réforme sociale au premier chef. Joignez-vous à eux, M. le Conseiller. En attendant, leur appréciation compétente nous console amplement de vos aimables insinuations.

(1) L'observation de G..., que nous avons relatée tout au long, permet au lecteur de voir si, oui ou non, G... est malade.

(2) Préfecture de police, 23 septembre 1891. Débilité mentale avec stigmates physiques de dégénérescence. Voûte palatine en ogive. Léger prognathisme. Turbulence. Inattention l'ayant empêché d'acquérir les plus élémentaires notions bien qu'il ait été envoyé plusieurs années à l'école. Signé : Dr Paul Garnier. — Asile clinique : 24 septembre 1891. Débilité mentale, turbulence. — Signé Dr Dagonet.

(3) Et les procès-verbaux de la Commission de surveillance relatant les visites à Bicêtre.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La supériorité de la Femme au point de vue des opérations abdominales.

Dans ces dernières années, on s'est ingénié à établir des statistiques aussi détaillées que possible relativement aux résultats thérapeutiques fournis par les opérations les plus sérieuses. On a étudié l'influence de l'âge, celle du sexe, celle du pays ; voire même celle du tempérament chirurgical et de l'expérience de l'opérateur, etc., etc. Mais ce n'est pas sans surprise qu'on a remarqué ce fait : *Les opérations graves sont bien mieux supportées par les Femmes que par les représentants du sexe fort !* Qu'est-ce que cela veut dire ? En médecine opératoire, le monde serait-il renversé ?

Il y a longtemps qu'on a noté que les laparotomies et toutes les opérations abdominales en général, sont, en apparence au moins, moins cruelles aux prêtresses de Vénus qu'aux travailleurs des champs. Mais voici qui est plus précis. Des statistiques, très sérieusement établies à propos de la pylorectomie et de la gastro-entérostomie, ont montré que les femmes supportent ces interventions sérieuses d'une façon beaucoup plus remarquable que les hommes. Les chiffres sont, en effet, indiscutables. Pour la gastro-entérostomie, par exemple, on connait 117 opérations faites chez l'homme; or, on a eu une mortalité de 54 0/0 ; pour 96 cas, ayant trait à des femmes, on n'est arrivé qu'au chiffre de 35 0/0 ; soit une différence de près de 20 0/0. Pour la pylorectomie, la différence est moins considérable, puisqu'elle n'atteint que 12 0/0, mais n'en est pas moins nette. Pour 70 opérations exécutées sur des hommes, la mortalité est de 64,3 0/0; et, pour 140 femmes, de 52,8 0/0 seulement.

Ces chiffres, fournis par Haberkant (1), nous paraissent, comme à notre maître, M. le Pr Terrier, qui les a rappelés à son cours cet été, extrêmement probants. La femme présente donc à ce point de vue une résistance particulière.

Pourquoi en est-il ainsi ? On a osé écrire que c'était là un des caractères particuliers du sexe féminin : ce qui n'était pas résoudre la question ; ce n'était pas même une explication. Et M. le Pr Terrier a eu bien raison de comparer ce raisonnement par trop simple à celui de certain personnage de Molière, pensant que l'opium endort, parce qu'il a une vertu dormitive. On a mis en avant une autre cause qui contient peut-être toute la vérité.

On a dit : La grossesse altère d'ordinaire les parois abdominales, qui deviennent plus souples, plus flasques, moins épaisses, plus facilement dépressibles. Il en résulte que lorsqu'une femme présente une lésion intra-abdominale, d'ordre chirurgical ou gynécologique, l'examen physique, et le palper profond en particulier, étant, par cela même, énormément facilités, le diagnostic peut être fait plus aisément et d'une façon beaucoup plus précoce par conséquent. Comme, d'un autre côté, les femmes se plaignent vite et sont faciles à suggestionner, le chirurgien les décide de bonne heure à une intervention, même sérieuse, destinée à leur conserver leurs charmes avec la vie. Il en résulte qu'on les opère à une période moins avancée de la maladie, c'est-à-dire dans de bien meilleures conditions, et par suite qu'on les guérit plus souvent. Ajoutons que d'ordinaire les femmes ne travaillent pas et entrent plus facilement à l'hôpital que les hommes, ceux-ci ne quittant guère leur métier que lorsqu'ils sont épuisés par l'affection dont ils souffrent : ce qui explique la mortalité plus élevée, quand on leur fait subir une opération sérieuse.

Cette théorie, pour complexe qu'elle paraisse, ne semble pas trop tirée par les cheveux. En tout cas, nous avons tenu à attirer l'attention des médecins sur les faits indiscutables qui servent de base à cette petite remarque, persuadé qu'elle les encouragera à ne plus autant médire des chirurgiens qui ouvrent avec autant de tranquillité l'abdomen de leurs clientes que les anthrax de leurs maris. Marcel Baudouin.

(1) *Arch. f. Klin. Chir.*, 1895-1896, p. 484, 861.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 juin 1897.

Les nerfs du cœur et la glande thyroïde.

M. E. de Cyon vient de trouver la destination physiologique de la troisième racine du nerf dépresseur, qui forme anastomose avec le ganglion cervical supérieur, ainsi que d'une autre racine du même nerf, provenant du nerf laryngé supérieur : 1° L'excitation de cette troisième racine provoque une diminution de la pression artérielle, *accompagnée le plus souvent, d'une accélération des battements du cœur surtout si les deux pneumogastriques sont préalablement sectionnés.* En même temps se produit un léger mais persistant rétrécissement des deux pupilles. 2° La racine qui provient du laryngé supérieur (la plus forte chez le lapin) sert à mettre le cœur en communication directe avec la glande thyroïde et permet au cœur d'intervenir dans le fonctinnnement de cette glande. Les filets cardiaques du laryngé inférieur ont très probablement la même destination physiologique. 3° L'iodothyrine de Baumann, introduite dans la circulation du sang, exerce une action prononcée sur les nerfs du cœur et des vaisseaux, et particulièrement sur le fonctionnement des dépresseurs. Dans certaines phases de cette action, l'excitation du nerf dépresseur provoque parfois une si forte baisse de la pression sanguine que l'animal succombe par l'impossibilité pour le cœur de faire remonter cette pression. En résumé, ces nouvelles recherches démontrent l'existence, dans le nerf dépresseur en dehors des fibres nerveuses centripètes déjà connues, d'autres encore susceptibles d'agir par voie réflexe sur les nerfs accélérateurs et l'appareil oculo-moteur, et par voie directe sur les glandes thyroïdiennes. *Cette diversité de fonctions du nerf dépresseur ainsi que l'influence réciproque que le cœur et la glande thyroïdienne peuvent exercer l'un sur l'autre par l'intermédiaire de ce nerf, permettent d'expliquer les principaux symptômes de la maladie de Basedow,* le goitre, l'exophtalmie, les symptômes du côté du cœur ainsi que la diarrhée persistante (paralysie des nerfs splanchniques) par les diverses actions qu'exerce le dépresseur sur le grand sympathique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 juin 1897.— Présidence de M. Bouchard.

M. H. Claude étudie les différents procédés d'*infection de l'appareil biliaire,* qui peut se faire soit par voie ascendante, soit par voie descendante, par la circulation générale.— Ce dernier mode, le moins étudié, n'en est pas moins réel, d'après l'auteur, qui a constaté des lésions d'artérite toxique dans deux cas de cholécystite.

© BIU Santé

M. Raillet montre des *parasites du foie* trouvés chez le *bœuf de Saïgon*, et se rapportant au genre des *Amphystomes*. Ces parasites déterminent autour d'eux des lésions scléreuses particulières et décolorent les tissus à leur contact.

M. Campos dépose une note sur la *secrétion lacrymale* après la section du grand nerf pétreux superficiel. Les conclusions sont que le nerf lacrymal contient des fibres sécrétoires au moins très nombreuses, indépendantes du nerf facial.

M. Remlinger, chef de bactériologie à l'hôpital militaire à Tunis, a *atténué la virulence du bacille d'Eberth dans les cultures* par la balnéation continue des tubes de culture. Les microbes ordinaires n'ont pas été influencés par cette balnéation.

M. Hanriot fait remarquer que la balnéation des tubes à la température des bains donnés à l'individu n'a rien de commun avec la température réelle subie par le bacille d'Eberth contenu dans le corps humain, pendant la balnéation.

M. Déjerine dépose une note de M. Mirallié (de Nantes) sur un cas de *main succulente*, du type attribué par différents auteurs à la syringomyélie et rencontré dans un cas de myopathie atrophique, type Landouzy-Déjerine.

MM. Sabrazès et Rullières ont étudié le *vibrion septique*, *le bacille du charbon* symptomatique et surtout le *bacille du tétanos* au point de vue du pouvoir agglutinant du sérum du sang dans ces infections. Les auteurs ont retrouvé en particulier le pouvoir agglutinant dans le sang d'un jardinier tétanique.

M. Lejars étudie les *ruptures sous-cutanées des artères* et les gangrènes consécutives à ces traumatismes. Il rappelle deux cas de clinique personnelle, et conclut que, dans les traumatismes oblitérant les vaisseaux, la rupture des tuniques internes s'étend longitudinalement sur une grande distance, ce qui, indépendamment des lésions nerveuses concomitantes, permet d'expliquer comment ces lésions déterminent plutôt de la gangrène que la ligature simple.

M. Toulouse rapporte un *cas de folie circulaire*, caractérisée par des périodes d'activité et de dépression. A. P.

Séance du 3 juillet 1897. — Présidence de M. Dupuy.

M. Féré a greffé sous la peau de poulets *des yeux d'embryon* pour suivre la marche des transformations pigmentaires, et a constaté que la pigmentation des yeux disparait assez rapidement, tandis que les tissus greffés subissent une certaine hypertrophie et constituent de véritables tumeurs.

M. Giard dépose une note de M. Bruckert sur l'*armature buccale des Crustacés* ; — une note de M. Clusier sur *cas d'œuf double chez la couleuvre*.

M. Ch. Richet a tenté d'injecter dans le péritoine du chien *des quantités considérables*, 7 *litres au maximum*, *d'eau stérilisée*, salée, à 50 ou 55°, sans obtenir autre chose qu'une légère augmentation de la température de l'animal. Ce fait doit encourager les chirurgiens, qui hésitent à employer les injections d'eau chaude. M. Ch. Richet a constaté que les injections intra-rectales étaient beaucoup moins bien supportées que les injections intra-péritonéales.

MM. Pérochaud et Mirallié adressent une note sur l'*état des réflexes tendineux dans le rhumatisme chronique*. Ils ont constaté que le réflexe radial était exagéré. Cette exagération des réflexes coïncide avec une série de troubles trophiques de nature variable.

MM. Albarran et L. Bernard décrivent des *tumeurs papillaires de la vessie*, simulant le cancer, et dues à la présence du Bilharzia. Ces pièces proviennent du Caire où la Bilharziose, surtout ano-rectale, est endémique.

M. Eisenberg adresse une note sur deux cas de *rigidité spasmodique infantile*, dans lesquels on a constaté des lésions des centres nerveux.

M. Roger a recherché les *limites d'immunisation de la vaccine pour la variole* et a recueilli trois observations de variole développée deux ans après la vaccination chez les enfants. Il a retrouvé deux cas semblables chez l'adulte dans son service d'isolement d'Aubervillers.

M. Baraduc présente des *pièces de radiographie humaine*, empreintes photographiques d'effluves dégagées par l'homme placé dans l'obscurité.

M. Armand Broca a constaté que, dans la *perception des sons* très faibles, le son perçu semble monter à mesure qu'il s'affaiblit.

M. Troisier dépose une note de M. P. Godin sur *la transmission héréditaire de deux fistules cutanées* congénitales de la région sacrée supérieure, retrouvées chez le grand-père, chez le fils et chez les petits-enfants.

M. Boix a constaté que chez les cobayes *la toxicité urinaire subit une diminution* considérable pendant toute la période de gestation, comme chez la femme enceinte.

Les changements de forme du cœur sous l'influence de la course étudiés par la phonendoscopie.

M. Capitan et Mlle Pokrychkine. — Les auteurs présentent le résumé de leurs recherches, faites à la consultation de la Pitié sur un grand nombre de malades, au sujet des changements de forme et de volume du cœur chez les sujets nerveux. Ils se sont servis pour ces recherches de la méthode de Bianchi, dite phonendoscopie, qu'ils ont pratiquée à l'aide du stéthoscope de Boudet de Paris, modifié par MM. Capitan et Verdin. Ayant pris successivement des calques de la projection du cœur sur la paroi thoracique à l'état de repos et après une course de quelques minutes, ils ont constaté :

1° Que le cœur des sujets normaux, surtout lorsqu'ils ne prétent aucun trouble nerveux, ne change ni de forme, ni de volume, ni de position.

2° Au contraire, lorsque le sujet présente une altération du système nerveux, soit hystérie, soit neurasthénie, soit quelques troubles dus à un réflexe, ayant son point de départ dans un point quelconque de l'organisme, le cœur devient hyperexcitable et change de forme, dès qu'il a à faire un travail un peu exagéré. Ces modifications peuvent se faire suivant trois types : *a*) ou bien l'aire correspondant au cœur augmente dans toutes ses dimensions ou suivant une seule. *b*) Ou bien le cœur se rétracte et diminue de volume. *c*) Enfin il peut y avoir un mouvement de translation. La forme alors peut se modifier un peu, les diamètres restant les mêmes, ou bien la forme ne change pas, mais le cœur se porte en masse soit vers la ligne médiane, soit, plus fréquemment, vers la ligne axillaire.

M. Capitan et Mlle Pokrychkine présentent à la Société quelques-uns des calques choisis pour faire série et rentrant toujours exactement dans une des catégories précédentes.

Elections. — M. Boulart est nommé membre de la Société par 33 voix. Ont obtenu : MM. Widal, 9 voix ; Vaquez, 7 voix; Héricourt, 2 voix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 juillet 1897. — Présidence de M. Caventou.

Traitement du mutisme chez l'enfant.

M. Grancher présente un mémoire du Pr Boyer, étudiant le traitement du mutisme chez l'enfant entendant. L'éducation de l'appareil phonateur et notamment des organes articulatoires (lèvres, langue, mâchoire, voile du palais), permet de faire parler ces enfants nettement et distinctement. Cette éducation de la parole offre également, au point de vue du développement cérébral, une utilité réelle.

Nature et traitement du goitre exophtalmique.

M. Ch. Abadie. — Pour expliquer la genèse de la maladie de Basedow, trois théories principales se partageaient encore naguère la faveur des cliniciens. Au dernier Congrès de Médecine allemande, le Dr Eulenbourg, de Berlin, a parlé de la théorie hématique, de la théorie nerveuse et enfin de la théorie thyréogène, ne sachant trop à laquelle donner la préférence.

Quand, pour la pathogénie d'une maladie unique, il existe trois théories absolument différentes les unes des autres, quand aucune d'elles n'a conduit à une médication réellement utile, ou tout au moins supérieure aux autres, il est à craindre qu'elles ne soient vraies, ni les unes ni les autres. La dernière en date, la théorie thyréogène, qui a rallié d'abord le plus grand

© BIU Santé

nombre de partisans et qui semblait, en effet, la plus séduisante, est celle qui a eu les conséquences les plus fâcheuses au point de vue thérapeutique. Les interventions sur le corps thyroïde ont été et sont encore journellement mortelles, et il serait grand temps qu'elle fussent enfin définitivement abandonnées. J'espère démontrer qu'elles sont inutilement dangereuses, qu'elles ne présentent aucune chance sérieuse de succès et qu'elles ne s'adressent pas à la véritable nature du mal.

Dans une communication faite au dernier Congrès de Chirurgie je me suis déjà appliqué à réfuter la théorie qui considère le goitre exophtalmique comme ayant son point de départ dans une hypertrophie du corps tyroïde. Sans vouloir reprendre longuement les arguments déjà fournis, je rappellerai que, dans le goitre exophtalmique, l'intensité excessive des battements artériels reste limitée dans le territoire desservi par le sympathique cervical.

S'il s'agissait d'une intoxication générale de l'économie par le suc thyroïdien sécrété en trop grande abondance, toutes les grosses artères du corps, les iliaques, les fémorales, aussi bien que les carotides devraient battre d'une façon exagérée, ce qui n'a pas lieu. De plus, il n'y a pas toujours proportionnalité entre le volume du goitre et l'exophtalmie. Cette dernière peut être excessive alors que l'hypertrophie thyroïdienne est presque insignifiante et inversement; preuve péremptoire que l'exophtalmie n'est pas sous la dépendance de l'hypertrophie de la thyroïde.

A cette théorie thyroïdienne inexacte, j'en ai substitué une autre, celle de l'excitation permanente des vaso-dilatateurs du sympathique cervical. Je concluais en disant qu'il fallait renoncer à toute tentative chirurgicale sur le corps thyroïde et agir sur le sympathique cervical en pratiquant sa section entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion moyen.

Depuis, les faits sont venus confirmer la théorie que je soutenais. Dans tous les cas de goitre exophtalmique où la section du sympatique a été pratiquée, l'exophtalmie et le goitre ont rétrocédé. Jaboulay, qui le premier a fait cette opération, l'a répétée cinq fois avec succès. Les chirurgiens qui l'ont imité ont réussi également. Au contraire, les tentatives chirurgicales pratiquées sur le corps thyroïde ont continué à donner des résultats désastreux.

Les cas de mort à la suite de thyroïdectomie partielle ou simplement de mise à nu du corps thyroïde pour provoquer son atrophie (exothyropexie) se sont multipliés. L'inquiétude et l'embarras des chirurgiens s'attaquant au corps thyroïde sont devenus d'autant plus grands que ces morts presque subites ou survenant très rapidement après l'opération restaient jusqu'ici inexpliquées. On a bien invoqué l'hypothèse d'une intoxication aiguë produite par l'introduction directe du suc thyroïdien dans le courant sanguin, mais cette hypothèse ne saurait résister à un examen sérieux. La glande thyroïde, en effet, n'est pas un réservoir dans lequel s'accumule une substance toxique, c'est une glande qui sécrète au fur et à mesure des besoins de l'économie.

En l'enlevant plus ou moins complètement, on ne peut que diminuer ses produits de sécrétion; témoin le crétinisme avec myxœdème qui a succédé parfois à des ablations trop étendues. Enfin, la preuve irréfutable que la mort ne saurait être attribuée à l'intoxication aiguë par déversement direct dans le sang du suc thyroïdien, nous est fournie précisément par l'exothyropexie. Dans cette opération, en effet, on ne touche pas au corps thyroïde, on se contente de l'attirer en avant et de le mettre à nu; or, c'est celle qui compte à son actif le plus d'issues funestes.

Avec la théorie pathogénique que j'ai donnée du goitre exophtalmique, tous ces accidents s'expliquent au contraire aisément. Quand on fait une thyroïdectomie partielle, on est obligé de tirailler les filets nerveux du sympathique, de laisser dans la plaie des ligatures qui les irritent; d'où, par acte réflexe, augmentation de l'excitabilité des vaso-dilatateurs et aggravation des symptômes pouvant aller jusqu'à la mort. Dans l'exothyropexie, où tout le corps thyroïde est porté en masse en avant, ces tiraillements atteignent leur maximum d'intensité. C'est aussi dans ces cas que la mort est plus fréquente.

Un autre fait clinique vient encore à l'appui de la théorie que je soutiens. Les chirurgiens qui ont pratiqué la thyroïdectomie partielle ont été surpris par des hémorragies formidables, hors de proportion avec le volume de la tumeur à enlever, hémorragies très difficiles à arrêter. Cela s'explique par la vaso-dilatation active des parois des artères qui, malgré leur section, maintient leur calibre béant.

Dans le goitre exophtalmique, l'hypertrophie thyroïdienne n'est pas primitive; elle est consécutive à la vaso-dilatation des artères thyroïdiennes qui fournissent à la glande un apport nutritif trop considérable. L'exophtalmie est due à la vaso-dilatation des vaisseaux rétrobulbaires. En coupant le sympathique cervical entre le ganglion supérieur et le ganglion moyen, on fait cesser la vaso-dilatation des vaisseaux rétro-oculaires, d'où la disparition de l'exophtalmie, et la vaso-dilatation de la thyroïdienne supérieure qui est l'artère principale nourricière du corps thyroïde, d'où rétrocession du goitre. Quant à la thyroïdienne inférieure émanant de la sous-clavière, ayant par suite aussi une innervation différente, son rôle est presque insignifiant.

Le traitement de choix dans le goitre exophtalmique devra donc être non plus l'ablation plus ou moins complète du corps thyroïde, mais bien la simple section ou tout au plus l'excision d'une petite portion du sympathique cervical. L'extirpation complète du cordon et de ses ganglions, proposée par quelques chirurgiens, me paraît inutile, car ce n'est pas d'une lésion matérielle intéressant le cordon cervical et ses ganglions qu'il s'agit ici, mais bien simplement d'une excitation anormale, partie des centres de la partie supérieure de la moelle et du bulbe et agissant par l'intermédiaire des vaso-dilatateurs sur les vaisseaux de la tête et du cou. Une fois cette section faite, le calibre des vaisseaux cessant d'être dilaté outre mesure et redevenant normal, tous les phénomènes morbides provoqués par cette dilatation excessive rétrocèdent peu à peu.

Toutes ces raisons me paraissent démontrer, jusqu'à l'évidence, que l'on doit s'abstenir de toucher à la glande thyroïde dans la maladie de Basedow. Mais, nous dira-t-on, les cas de guérison obtenus par ce mode de traitement, qu'en faites-vous? Ces cas de guérison n'existent pas. Tout ce qu'on a obtenu, quand le malade n'a pas succombé après l'extirpation partielle ou n'est pas devenu crétin et myxœdémateux à la suite de l'ablation complète, c'est qu'il a été simplement débarrassé d'une portion de son goitre. Le plus souvent même, ce n'est que momentanément, car, d'ordinaire, le moignon resté en place s'hypertrophie de nouveau.

Quant à l'exophtalmie, à la tachycardie, elles ne subissent aucune modification, ce qui prouve bien encore une fois de plus leur indépendance vis-à-vis de la thyroïde. Par contre, comme on pouvait s'y attendre, d'après les considérations qui précèdent, tous les cas de goitre exophtalmique traités jusqu'ici par la section du sympathique cervical n'ont donné lieu à aucun mécompte et ont été suivis de résultats satisfaisants. Chose remarquable et qui confirme bien notre théorie, c'est surtout le goitre qui a toujours bénéficié le plus de la section du sympathique cervical. Pourquoi? Parce que l'hypertrophie thyroïdienne est presque exclusivement sous la dépendance de l'artère thyroïdienne supérieure, de beaucoup la plus importante, et dont les filets vaso-dilatateurs émanent tous du ganglion cervical supérieur. La section au-dessous de ce ganglion supprime ainsi tous les filets nerveux qui se rendent à cette artère et lui fait reprendre définitivement son calibre moyen.

Quant à l'exophtalmie, elle a toujours été grandement améliorée, mais sans disparaître complètement, parfois même, elle semble avoir eu une certaine tendance à se reproduire. C'est ce qui est arrivé précisément à la malade dont M. Gérard-Marchant a rapporté l'histoire récemment. Dans ces cas-là, il est inexact de parler de récidive, car un retour à l'exorbitisme primitif n'est jamais à craindre. Il y a simplement persistance d'un peu d'exophtalmie, ce qui tient probablement à ce que tous les filets nerveux qui règlent la vaso-dilatation rétro-oculaire ne sont pas compris dans la section du sympathique cervical au-dessous du ganglion supérieur. Un certain nombre de filets émanés de la partie tout à fait supérieure de la moelle et allant rejoindre le sympathique cervical au-dessus du ganglion cervical supérieur doivent échapper à la section. De même pour la tachycardie qui ne disparaît pas toujours complètement et sans doute par la même raison, un

© BIU Santé

certain nombre de filets cardiaques fournis par le ganglion inférieur étant soustraits à la main du chirurgien.

Si, dans le goitre exophtalmique, il y a en réalité, bien qu'elles soient secondaires, hypertrophie et suractivité de la glande thyroïde, dans le goitre ordinaire, ou contraire, accompagné ou non de crétinisme, avec ou sans myxœdème, les éléments glandulaires de la thyroïde sont atrophiés. Dès lors, dans ces cas-là non plus, il n'y a aucun avantage à toucher à la glande elle-même puisqu'on risque de la priver de ses éléments essentiels et par suite d'aggraver la situation.

Quelle sera donc la conduite à tenir en présence d'un goitre? S'il s'agit d'un goitre exophtalmique, si le diagnostic est facile, s'il s'impose au premier abord : on pratiquera la section du sympathique cervical au-dessous du ganglion cervical supérieur. Si le diagnostic est douteux, on prescrira la médication thyroïdienne qui servira de pierre de touche : elle aggravera le goitre exophtalmique, elle améliorera le goitre ordinaire dans lequel il y a atrophie de la thyroïde. Dans ce dernier cas, cette médication devra être continuée jusqu'à ce qu'elle ait épuisé son action curative. Elle remplacera avec avantage les opérations qu'on pratiquait jadis. Par conséquent, à l'avenir, le chirurgien ne devra plus agir sur les corps thyroïdes quelle que soit la variété de goitre à laquelle il ait affaire. Son intervention ne sera justifiée que dans les tumeurs proprement dites, indépendantes de la glande elle-même.

Technique de la cure de la hernie inguinale par la méthode sclérogène.

M. Lannelongue rapporte 51 cas de hernies inguinales traitées avec succès par les injections interstitielles de chlorure de zinc au dixième faites au pourtour du sac. L'âge des sujets variait de quatre mois à soixante ans.

Deux cas d'opération césarienne.

M. Pinard lit un rapport sur deux cas d'opération césarienne pratiquées chez des femmes à terme atteintes de corps fibreux énormes, par MM. Poncet (de Cluny) et Lecerf (de Valenciennes). L'hystérectomie abdominale totale, pratiquée dans un cas analogue par M. Mouchet (de Sens), lui semble l'opération de choix.

M. Guéniot fait remarquer de son côté que l'opération césarienne, pratiquée sur des utérus fibromateux, donne une très grande proportion de morts. Dans le cas de M. Lecerf, le corps fibreux était pédiculé : ce qui explique le succès opératoire obtenu. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 juillet 1897. — Présidence de M. Debove.

Pleurésies avec microbes tétragènes.

M. Faisans, en son nom et en celui de M. Le Damany, signale plusieurs cas de pleurésies où le microbe tétragène paraît avoir joué un certain rôle pathogène. Ces pleurésies séro-fibrineuses étaient des pleurésies tuberculeuses. Dans un cas le tétragène n'existait pas dans le liquide séro-fibrineux, mais était présent dans le sang du malade. Dans un autre cas, le malade eut en outre de l'angine, des éruptions érythémateuses du pseudo-rhumatisme infectieux, en un mot, une véritable infection due sans doute au tétragène.

M. Chauffard, vu la rareté des observations de ce genre, demande s'il n'y a pas eu erreur de laboratoire.

M. Achard signale d'autres cas d'affections tétragéniques et parmi eux une observation où le tétragène fut trouvé dans l'épanchement séro-fibrineux d'une pleurésie tuberculeuse.

Diabète à urines lévogyres.

M. Béclère a observé un diabétique dont les urines contenaient un sucre, qui déviait à gauche le plan de polarisation. La caractéristique clinique de cette affection était un degré accentué de dépression mélancolique.

Pneumocèle consécutive à la pleurotomie.

M. Gailliard dans un pleurésie purulente a fait pratiquer la pleurotomie. Après la guérison, il constata au niveau de la cicatrice une hernie du poumon facilement réductible qui, maintenue par un bandage approprié, disparut au bout de quelque temps.

M. Variot relate la statistique de la *diphtérie à l'hôpital Trousseau pour* 1896. La mortalité, de 15, 27 0/0, est analogue à celle de 1895.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 juin 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Entéropexie.

M. Périer fait un rapport sur une observation présentée par M. Villemin. Une jenne femme de 24 ans, ayant eu dans son enfance une péritonite tuberculeuse, fut atteinte de douleurs abdominales, vomissements et suppression de garderobes. Au bout de trois jours on fait la laparotomie. On trouve une symphyse de toutes les anses grêles tympanisées, mais pas congestionnées. On les soulève et dans la région cæcale on trouve une anse dilatée en communication avec une portion rétrécie. En la tirant on fait disparaître la coudure et M. Villemin la suture à la paroi dans cette situation; la coudure effacée, on referme le ventre et la guérison se fait rapidement.

Fractures de la rotule.

M. Poirier. — Les rotules sont différentes suivant l'âge, le sexe, etc., et elles varient du simple au double ; quelques-unes présentent une infiltration calcaire du tendon du quadriceps. Aussi ne lui paraît-il pas qu'il doive y avoir un traitement unique des fractures de rotule, la thérapeutique doit varier suivant les rotules et suivant leurs lésions.

M. Lucas-Championnière.—Le cerclage, que l'on m'a accusé de mépriser, peut et doit se faire dans certains cas où les fragments sont trop petits pour être pénétrés, et je l'ai fait moi-même. Mais il ne doit être qu'un cas particulier et non une méthode générale de traitement de la fracture, qui est la suture par pénétration. La suture doit être faite avec un fil non absorbable, car c'est lui qui sert d'attelle et soutient la rotule : ce qui n'est pas réalisé par le cerclage.

Mastopexie.

M. Pousson. — Une jeune femme atteinte d'hypertrophie mammaire souffrait du poids de ses seins qui ne pouvaient sans grande douleur être soutenus par le corset. Elle n'avait pas de tumeur. Mais les seins descendaient jusque sur les cuisses. Je taillai un croissant à concavité antérieure sur la face supérieure du sein, et emportai une large brèche, creusée jusqu'à l'épaisseur du grand pectoral. Puis je passai trois fils de catgut pour fixer le sein à l'aponévrose du grand pectoral et trois plans de suture, pour relever le sein. Depuis ce temps, la malade n'a plus souffert et je pense que l'intervention que j'ai faite peut trouver son application dans nombre de cas de névralgies mammaires. Les seins de l'opérée sont relevés et au point de vue esthétique sont certainement bien améliorés.

Cancer du rectum.

M. Richelot rappelle que A. Reverdin, de Genève, avait eu avant M. Quénu le projet d'enlever le cancer du rectum haut placé.

M. Schwartz. — Dans un premier fait un homme de 39 ans, déjà cachectique, était atteint de cancer du rectum ayant envahi la prostate; je lui fis un anus iliaque dix jours auparavant, puis lui pratiquai l'ablation de son cancer. Il est actuellement en bon état. Dans le deuxième fait, il n'existait qu'une légère adhérence de la prostate, et j'ai pu enlever 12 centimètres du rectum. Le malade a guéri. Je considère la fermeture de l'anus et la séparation complète de la cavité rectale comme un des éléments essentiels de la guérison dans ces ablations élevées du rectum.

M. Quénu. — Si l'idée de M. Reverdin a précédé la mienne, la publication de la mienne a précédé celle de la sienne et c'est la publicité par la presse qui établit sans conteste la priorité.

M. Quénu présente un malade opéré de *cancer du rectum.*

M. Tillaux présente un malade opéré pour un *écrasement du bras. Conservation du membre. Guérison avec pseudarthrose. Suture osseuse des fragments avivés sans succès. Nouvelle*

© BIU Santé

suture osseuse et greffe de périoste de chien. Enchevillement par deux chevilles d'ivoire. Guérison et consolidation définitive par MM. RICHE et SOULIGOUX.

M. RICARD. — Il y a des pseudarthroses qui guérissent et d'autres, quelque procédé que l'on emploie, qui ne guérissent pas.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est de l'avis de M. Ricard.

M. REYNIER présente un malade opéré de *fracture de rotule. Suture* par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Résultat tardif datant de six ans.*

M. GUINARD présente un malade opéré de *contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Perforation de l'intestin grêle à 12 cent. du duodénum sans symptômes. Epanchement de bile et matières fécales. Laparotomie.*

M. VILLEMIN présente un *appareil à stériliser les sondes.*

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance de mai 1897.

M. LE PILEUR fait une communication sur les *récidives in situ d'accidents tropho-nécrotiques dans la seconde année de la syphilis.* — Il s'agit d'un syphilitique en traitement qui a présenté, dans l'intervalle du traitement et en même temps que des accidents buccaux et de l'alopécie à répétition, des accidents tropho-névrotiques de l'ongle de l'annulaire caractérisés par une dépression cupuliforme au niveau de la lunule. Par deux fois survint une récidive après repousse de l'ongle.

MM. BALZER et GRIFFON présentent la photographie d'une malade atteinte de *lymphangiectasie dermique spontanée de la face.* — Ce sont des varices du derme qui se présentent sous la forme de vésicules s'affaisant sous le doigt. La piqûre ferait sourdre un liquide incolore. L'ataxie lymphatique paraît s'être développée d'emblée, sans cause locale apparente. Il est rare de constater à la face cette lymphangiectasie spontanée, qui siége ordinairement aux membres inférieurs ou aux organes génitaux.

M. FOURNIER communique l'observation d'un malade atteint de *tuberculose cutanée, améliorée par les injections de calomel.*

MM. GAUCHER et BARBE présentent un enfant hérédo-syphilitique atteint de *dactylite syphilitique.* Le diagnostic avec la spina ventosa est des plus difficiles, l'aspect des lésions étant le même. D'autres signes d'hérédo-syphilis permettent de faire le diagnostic.

M. DANLOS présente un malade, atteint de *psoriasis invétéré traité par l'acide cacodylique.* Grande amélioration.

M. BROCQ présente un malade atteint de *bouton d'Alep,* amélioré par l'application d'emplâtre rouge de Vidal.

M. GASTOU communique deux cas de *syringomyélie à type Morvan.* Dans le premier cas sont survenus des panaris analgésiques avec faiblesse et douleurs dans les membres inférieurs. Dans le deuxième cas des poussées bulbeuses ont précédé le panaris. Chez les deux malades on trouve de la scoliose, des troubles de la sensibilité et une exagération des réflexes. Ces malades n'ont pas habité de pays à lèpre et on n'a pas trouvé de bacille de Hansen dans le pus du panaris.

M. HALLOPEAU fait une communication sur un cas très probable de *lèpre bretonne.* La malade est atteinte de poussées érythémateuses suivies de pigmentation persistante; mais il n'y a pas d'anesthésie. On ne connaît pas, en dehors de la lèpre, d'affection exclusivement constituée par des plaques érythémateuses à progression excentrique, récidivant incessamment et se terminant par des pigmentations persistantes.

M. DANLOS communique un cas de *végétations syphilitiques avec plaques abriculaires* caractérisées par des plaques d'atrophie cutanée avec amincissement du derme et consécutives à une roséole papuleuse.

Séance du 3 juin 1897.

Discussion sur la séborrhée et les alopécies — M. BROCQ. — Il existe des rapports entre la pelade et la séborrhée grasse qui, quelquefois, se trouvent simultanément chez le même malade. Mais, entre les deux processus morbides, existe un véritable abîme que, pour ma part, la clinique ne me permet pas de franchir. Ces deux processus évoluant même sur le même individu sont absolument séparés et différents. Si nous passons en revue les travaux de M. Sabouraud, nous trouvons dans le premier mémoire que le microbe existe à la périphérie de la plaque seulement, au moment de l'apparition, et qu'ensuite on ne l'y trouve plus; dans le troisième mémoire il dit, au contraire, que le microbe pullule sur les follicules pileux et les plaques; c'est un changement que je tiens à signaler. En somme il me semble impossible d'admettre que deux maladies aussi différentes que la pelade et la séborrhée grasse proviennent d'une même source et que le même microbacille en est l'unique cause.

M. JACQUET. — J'ai entrepris quelques travaux et leurs résultats m'ont permis de contrôler l'ordre et la clarté des travaux de M. Sabouraud. Comme il l'a démontré, il y a dans la plaque une réduction de la vie papillaire; mais je ne vois pas qu'il ait découvert ni isolé le microbe de la pelade, de la séborrhée, de la calvitie commune. Les preuves que Sabouraud donne sont incomplètes : lapins, cobayes, atteints d'alopécie par suite d'inoculation exagérée de toxine. D'ailleurs il est obligé d'injecter aux lapins une très grande quantité de cette toxine (105 c.c.), pour obtenir l'alopécie en clairière. Ceci nous amène à nous demander si, chez l'homme, pour produire les mêmes résultats, il ne faudrait pas injecter plusieurs litres de la même toxine. Il n'y a pas ici de parallélisme à établir entre l'homme et le lapin; ce dernier est d'ailleurs mal choisi comme exemple. Il n'a été possible de produire sur lui au moyen du bisulfure de calcium une dépilation capable de durer deux mois. L'orateur demande qu'on recoure à l'expérimentation humaine, en prévenant le sujet qui ne risque d'ailleurs qu'une pelade, une calvitie, une séborrhée.

M. DARIER discute les propositions de M. Sabouraud. 1° La séborrhée grasse est produite par un microbacille spécial (Sabouraud). La description qu'a faite M. Sabouraud de ce microbacille est juste; je l'ai vérifié par mes coupes. Je constate donc que dans la séborrhée grasse il y a un microbacille spécial, qui en est l'expression microbienne constante. 2° L'alopécie est la conséquence fatale de l'affection séborrhéique. Cependant je connais de nombreux exemples de cuirs chevelus, et largement pourvus de cheveux, qui pourtant contiennent le bacille de la séborrhée, cela sans chute appréciable ni dégradation progressive; 3° le cheveu a une durée limitée. Mue des poils chez les animaux. Chute complète chez le nouveau-né. Cette chute se produit chez l'homme sain, où l'on trouve des poils à l'état constant de rénovation; on la constate aussi après les traumatismes, la grossesse et l'accouchement.

M. BARTHÉLEMY n'est nullement convaincu par les affirmations de M. Sabouraud. Il déclare inadmissible que le même microbacille soit la cause de trois maladies, absolument différentes; il demande un supplément de preuves.

M. BARBE. — La séborrhée s'attaque au cuir chevelu seulement, jamais à la barbe comme le fait la pelade. La calvitie n'est pas contagieuse.

M. SABOURAUD reprend les arguments de ses adversaires. Je suis moi-même, répond-il à M. Brocq, certain de la complexité des pelades. Les alopécies dont parle M. Jacquet sont pour lui extrêmement rares. Quant au bi-sulfure de calcium, c'est tout simplement une pâte épilatoire. Il ne commencera pas à expérimenter sur d'autres sujets ce qu'il n'a pas commencé à expérimenter sur lui-même, par crainte d'accidents analogues à ceux que lui causa l'inoculation de staphylocoque doré. Pour les cuirs chevelus abondamment fournis, où se constate la présence du microbacille, il les a signalés aux pages 65, 66 et 67 de son mémoire. Le même microbe, cause unique, peut avoir des manifestations multiples; ainsi celui qui cause l'érysipèle cause aussi l'ecthyma. Un de mes contradicteurs, M. Paul Raymond, dans le *Progrès médical,* a mis exactement au point toutes les objections qui viennent de m'être faites. « J'apporterai des faits cliniques, ces derniers, on me l'accordera, valant bien les faits microbiologiques. » C'est ce que précisément je n'accorde pas. Ici vérité clinique est opposée à vérité microbiologique; or je ne sais pas ce qu'est vérité clinique, car, en clinique, il n'existe que des opinions, tandis que, lorsque je parle d'un microbe, je le montre. Je ne vois pas ce qu'est la clinique sans le microscope. « La clinique ne peut admettre ce

© BIU Santé

que vous avancez, » me dit-on. Mais quelle clinique? celle qui existait il y a 15 ans ou celle d'aujourd'hui? La nosographie a changé vingt fois en 10 ans. P. R.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 1er juillet 1897. — PRÉSIDENCE DE M. CAPITAN.

M. VAUVILLÉ. — Lecture d'un mémoire sur le *cimetière gallo-romain des environs de Soissons.*

M. DUBOIS envoie un mémoire sur le *rapport du poids de l'encéphale et les dimensions du corps.* Son insertion dans les Bulletins est décidée.

M. PAPILLAUD expose les résultats d'une étude qu'il a faite de la *base du crâne et des relations de ces éléments avec la morphologie générale de la voûte et de la face.* Suivant lui on ne peut éviter de scier le crâne, dont on veut bien connaître l'architecture. Les lignes qui ont à la base un de leurs points de repère embrassent en effet des éléments qui peuvent varier en sens inverse sans qu'elles soient changées. Ainsi le diamètre naso-basilaire peut être le même pour deux crânes dont l'architecture cependant sera sensiblement différente.

M. DENIKER continue l'exposé qu'il avait commencé dans une séancé intérieure, de la coordination longue et pénible qu'il a faite de tous les matériaux numérique recueillis par tous les observateurs sur les *races de l'Europe.* Il a dressé des cartes d'après la répartition des indices céphaliques d'abord, de la taille ensuite, puis de la coloration des téguments. Et sans s'occuper des migrations passées, des éléments ethniques qui peuvent ne varier d'un groupe à l'autre qu'en raison des proportions dans lesquelles ils se mélangent, et a basé sa division de la population européenne en races, sur les moyennes données par les relevés de la taille et des indices et sur les statistiques de la couleur des cheveux et des yeux. Ces moyennes et cette statistique révéleraient l'existence actuelle de six races européennes distinctes : deux blondes, l'une dolicho et l'autre brachy ; quatre brunes dont deux brachy moyenne et petite et deux dolicho, l'une grande, l'autre petite. M. Deniker n'a pas jugé à propos d'inventer des noms nouveaux pour ces races, qui se définissent chacune par une combinaison des mêmes quatre caractères et par sa position géographique. Il a bien fait. Il aurait ainsi risqué d'enlever de la valeur pratique à son travail, mise au point nécessaire d'une quantité considérable de matériaux épars.

M. SANSON, à qui des auteurs ont fait dire que les os attribués à l'*âne* par des préhistoriciens, étaient ceux de jeunes chevaux, proteste absolument. Dans la détermination des os des chevalins, il y a des incertitudes et des erreurs assurément, certains de ces os ayant atteint toute leur croissance dès les premier mois de la vie. Mais les espèces asines ont laissé des débris fossiles bien reconnaissables et c'est même grâce à ces débris que l'aire géographique de l'une d'elle a pu être déterminée avec certitude. Z.

LA QUESTION DES ALLUMETTES. — La question des allumettes est encore pendante, toujours sans solution. Après la commission technique de l'allumette sans phosphore dont on connait l'insuccès, il y a eu la commission médicale pour l'examen des malades ou prétendus malades des usines de Paris. Ces commissions ont sérieusement travaillé ; mais elles ont sans doute cesse de plaire en haut lieu, ou bien on se refuse à appliquer leurs décisions, car voici qu'aujourd'hui une nouvelle commission technique est chargée, dit-on, d'une seconde campagne à la recherche de l'allumette sans phosphore. D'autres chimistes, d'autres ingénieurs sont désignés pour reprendre un problème qui semblait épuisé. Voilà qui est un peu humiliant pour les membres de l'ancienne commission, presque tous membres de l'Académie des sciences et savants de premier ordre ; mais il y a un détail bien plus singulier et qui n'échappera pas à ceux qui sont quelque peu au courant de la question des allumettes et de leur histoire, c'est qu'on charge de nombreux savants de découvrir aujourd'hui une allumette qui est connue depuis plus de cinquante ans !

MÉDECIN DU TZAR. — Nous apprenons que M. le Dr Berthenson, conseiller d'Etat à Saint-Pétersbourg, vient d'être nommé médecin honoraire de Sa Majesté l'empereur de Russie.

CORRESPONDANCE

Les tables de régime dans les villes d'eaux.

Nous recevons du Conseil d'Administration du *Syndicat des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France* la lettre suivante :

Paris, le 3 juin 1897.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Un des éléments de la prospérité croissante d'un certain nombre de stations thermales étrangères réside dans les facilités qu'ont les malades d'y suivre un régime alimentaire approprié à leur état morbide et qui favorise l'action de la cure thermale. Ce régime est assuré soit par l'habitude du service à la carte, soit par des « *tables de régime* ».

Préoccupé de mettre les stations françaises au niveau de celles d'outre-Rhin, le *Syndicat des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France* a chargé l'un de ses membres, M. le Dr Janicot, de lui présenter un rapport « *sur les tables de régime à organiser dans certaines stations thermales* (1) ».

La création de ces tables de régime se heurte malheureusement à d'assez grosses difficultés provenant surtout des hôteliers et un peu des malades.

Nous avons été unanimes à penser, avec celui de nos collègues qui a été chargé d'étudier la question, que la première chose à faire, pour tourner ces difficultés, était de demander au corps médical son appui. Cet appui serait très efficace si, chaque fois qu'un médecin envoie un malade justiciable d'un régime à une station thermale, il lui recommandait de demander la « table de régime » ou, à son défaut, le service à la carte dirigé par le médecin. Pour se renseigner à ce point de vue, les malades n'auraient qu'à écrire avant de partir, au médecin auquel ils sont adressés. C'est pour nous assurer cet appui du corps médical, en vue d'une réforme aussi utile, que nous vous prions, Monsieur le Rédacteur en chef, de vouloir bien nous prêter la publicité de votre estimable journal. Nous vous remercions d'avance.

Agréez, etc.

Pour le Syndicat des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France. Le Conseil d'Administration : Albert ROBIN, président ; Marcellin CAZAUX, secrétaire général ; Maurice BINET, trésorier.

VARIA

Conseil supérieur de l'Instruction publique.

La session ordinaire du Conseil supérieur de l'Instruction publique s'est ouverte, la semaine dernière, au ministère, rue de Grenelle, sous la présidence du ministre. Après avoir rendu compte des différents vœux émis par les commissions et sous-commissions du conseil supérieur, M. Rambaud a donné lecture des affaires qui figurent au bordereau de la nouvelle session. En voici la liste pour l'*Enseignement supérieur* : — I. Projets de décrets relatifs à l'organisation des universités ; II. Projet de décret relatif aux programmes des concours pour la fonction de chef des travaux anatomiques dans les facultés de Médecine.

Le Conseil supérieur a eu en outre à s'occuper d'un certain nombre d'affaires disciplinaires ou contentieuses inscrites au bordereau de la session. Avant d'aborder l'examen des diverses questions qui lui sont soumises, le conseil supérieur s'est divisé en sous-commissions. Le plus important des projets qui viendront en discussion devant le conseil supérieur de l'Instruction publique est celui qui est relatif à l'organisation des facultés. Ce projet est précédé d'un exposé des motifs, élaboré par M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur au ministère. Dans cet exposé des motifs, M. Liard, après avoir fait l'historique des diverses lois qui ont préludé à l'organisation actuelle des universités, pose le problème à résoudre.

Dans cette genèse des universités se reconnait l'action continue de certains principes directeurs. La fonction des universités est une fonction scientifique. Du premier au dernier échelon des études, la science, la science à propager, la science à accroitre, est la fin pour laquelle tout l'organisme enseignant doit être coordonné. Or, par essence, la recherche scientifique est libre ; elle ne peut être féconde que par la liberté. Elle ne reconnait d'autres

(1) Ce rapport a paru dans les numéros du 27 mai et du 3 juin de la *Gazette des Eaux.*

© BIU Santé

lois que les règles des méthodes, et ces règles, la puissance publique est inhabile à les tracer. D'autre part, en France, l'enseignement supérieur, comme l'enseignement secondaire, comme l'enseignement primaire, s'il n'est plus un monopole, est une fonction de l'Etat. Les maitres qui le donnent sont agents de l'état. Dès lors, ils forment un service public, différent sans doute d'autres services publics par ce qu'il a d'intellectuel et de moral, mais soumis cependant, comme tout service public, à des règles édictées par la puissance publique. Par suite, le problème à résoudre, dans la constitution graduelle des universités, était de concilier cette indépendance et cette sujétion. Pour cela, on a affranchi les universités de toute entrave dans leur vie scientifique; elles sont maitresses de leurs programmes, de leur organisation scientifique, sans autre obligation que de pourvoir aux enseignements nécessaires, à la collation des grades conférés par l'Etat. Pour leur vie scientifique et pour l'accroître, on a placé la vie civile la plus large, la mieux assurée, sans autres restrictions, sans autre tutelle que celles qu'imposaient les lois générales du pays et le principe constitutionnel de la responsabilité ministérielle. Telles que la loi les a constituées, les universités françaises ne sont pas des établissements d'utilité publique, indépendants de l'Etat et subventionnés par lui; elles sont des organes de l'Etat, mais des organes plus souples qu'autrefois, animés d'une vie propre et trouvant dans leur vie civile des moyens de mieux réaliser leur fonction scientifique. De ces mêmes principes s'inspirent les règlements qu'on aura l'honneur de soumettre au conseil supérieur.

M. Liard a examiné ensuite les projets de règlements comportant diverses modifications à apporter dans l'organisation des universités et qui ont trait à la composition de ces conseils, à leurs attributions, à la vie civile des universités, à leur vie scientifique, à la procédure devant les conseils, au régime scolaire et disciplinaire des étudiants et au tarif des droits à percevoir.

Jubilé de M. le Pr Guyon.

M. le Pr Guyon, membre de l'Institut, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de Médecine, est chirurgien, depuis 30 ans, à l'hôpital Necker.

Jeudi dernier, 1er juillet, à onze heures, dans la Salle de la Terrasse, décorée pour la circonstance, les anciens élèves du Pr Guyon ont célébré ces 30 ans de travail et de science. Discours bien sentis. MM. les Drs Championnière, membre de l'Académie de Médecine, Campenon, Albarran, au nom des élèves de l'Ecole de Necker, ont prononcé successivement des allocutions en l'honneur du maître vénéré. Ce dernier s'est levé, à son tour, pour remercier, en termes émus, ses anciens élèves. La cérémonie ne s'est terminée que vers midi. Deux cents médecins environ étaient présents.

Déjeuner à midi et demie au Bois de Boulogne, en compagnie de dames élégantes et charmantes. — Nombreux toasts, dont celui de M. Segond, fort remarqué.

Hommage à Ernest Rousselle.

Le Conseil municipal de Paris, considérant les services rendus par son ancien président, Ernest Rousselle, aux œuvres d'assistance du département, et plus particulièrement à celle des enfants assistés et de l'orphelinat Prévost, a décidé que la propriété départementale de Mers (Somme), prendra le nom d'Ernest Rousselle.

Un joli jugement rendu contre un Médecin.
(Affaire Méloche).

A propos de l'affaire Méloche, dont nous avons parlé déjà, nous relevons, d'après la *Gaz. méd. de Nantes*, certains considérants du jugement, qui méritent de passer à la postérité.

« Attendu que le Dr Méloche avait reconnu qu'il n'existait aucune déchirure récente; que n'ayant pas procédé à l'*analyse chimique du sang, qui donne l'un des indices les plus probables de l'accouchement*, le Dr Méloche devient responsable. »

« Parmi les juges qui ont rédigé ce texte, il manquait assurément un gynécologue! On ne peut, en effet, pousser plus loin l'ignorance des plus simples éléments de la physiologie! Il est inutile d'insister là dessus, puisque nous nous adressons à des médecins. Et, savez-vous pourquoi les magistrats de Saint-Nazaire ont imaginé cet étrange considérant? Nous croyons l'avoir deviné. C'est qu'ils ont formulé leur jugement à l'époque même où l'on venait de reprocher aux experts de Rouen de n'avoir pas examiné le sang des cadavres. Alors, à Saint-Nazaire, on a pensé que les recherches devaient être les mêmes dans toutes les affaires, et que l'expertise d'un empoisonnement oxycarboné et celle d'un avortement provoqué, c'était kif-kif, s'il est permis de s'exprimer ainsi!

On reproche encore au Dr Méloche *de ne pas s'être servi du stéthoscope*! C'est à faire pleurer. Nous trouvons tout cela très fâcheux pour la Justice (avec un grand *J.*), pour les justiciables, et surtout pour le bon sens! (*Gaz. méd. de Nantes*, 1897, n° 15). »

Nous avons eu l'occasion de voir récemment en Vendée une personne très au courant de cette affaire. Pour l'instant, nous ne pouvons rien dire, car M. Méloche ne se tient pas pour battu et va essayer devant un autre tribunal de se justifier. Mais, lorsque nous pourrons parler, nous raconterons tout cela. Ce sera intéressant, n'en doutez pas. J'ajoute que j'ai été le collègue d'internat à Nantes du Dr Méloche et que je le connais très bien.

M. B.

Exercice illégal de la Médecine.
L'affaire du Magnétiseur d'Angers.

Le tribunal d'Angers vient de rendre une décision qui fixe l'application des principes de la loi de 1892 sur l'exercice de la Médecine.

Un sieur Mouroux, établi magnétiseur à Angers, était poursuivi par le parquet de cette ville, qui lui reprochait de nombreux faits d'exercice illégal de la Médecine. Le syndicat des médecins d'Angers se portait partie civile. Après des débats assez mouvementés, la décision suivante vient d'être rendue et fait suffisamment connaître les faits.

Attendu qu'il résulte de l'instruction et de l'audience que le prévenu s'est borné vis-à-vis des personnes qui sollicitaient ses soins à pratiquer sur elles et par dessus leurs vêtements des passes magnétiques et à fournir à quelques-unes de la ouate aimantée. Attendu que les notes remises par Mouroux à quelques-unes des personnes qu'il a soignées n'ont aucunement le caractère d'un certificat médical. Qu'il est d'ailleurs établi que Mouroux n'a jamais pris le titre de docteur, mais s'est toujours donné comme magnétiseur à ceux qui le consultaient. Attendu que si la loi du 30 novembre 1892 admet comme passibles des peines qu'elle édicte ceux qui, sans être munis de diplome, prennent part habituellement ou par direction suivie au traitement des maladies ou affections chirurgicales..., en exceptant les cas d'urgence avérée. Attendu qu'il ressort du rapport fait sur cette loi à la Chambre par M. le député Chevandier, que jamais il n'est entré dans l'intention de la commission de viser les masseurs et les magnétiseurs, les articles punissant l'exercice illégal de la Médecine ne pouvant leur être appliqués, ajoute le rapporteur, que le jour où ceux-ci sortiraient de leurs pratiques habituelles et, sous le couvert de leurs procédés prescriraient des médicaments et chercheraient à réduire des luxations ou des fractures. Attendu que Mouroux en se livrant sur diverses personnes aux pratiques magnétiques ci-dessus indiquées et en donnant de la ouate aimantée ne peut être considéré comme ayant exercé un traitement ou prescrit un médicament de nature à entrainer contre lui la peine édictée par la loi du 30 novembre 1892.

Par ces motifs, le tribunal d'Angers, après plaidoiries de Me Comby, du barreau de Paris, qui se présentait pour le prévenu, et de Me Cheneau, du barreau d'Angers, qui se présentait pour le *Syndicat des Médecins de Maine-et-Loire*, a déclaré mal fondé dans ses conclusions M. Grippat, président du syndicat, partie civile, et acquitté de la prévention le magnétiseur Mouroux, en le renvoyant des fins de la poursuite sans dépens.— Le *Syndicat des Médecins d'Angers* a interjeté appel.

Association de la Presse médicale française.
Réunion du 2 juillet 1897.

Le 2 juillet 1897 a eu lieu la trente-septième réunion de l'Association de la Presse médicale, sous la présidence de M. le Dr Cornil. 18 personnes y assistaient.

M. le Dr Morice, directeur de la *Gazette des Eaux*, a été nommé membre titulaire de l'Association, sur le rapport de M. le Dr Bardet.

M. le Dr Cézilly a rappelé que la Commission des Patentes à la Chambre des Députés a décidé d'imposer une *patente aux journaux scientifiques*. L'Association a autorisé son syndic à

© BIU Santé

faire valoir les doléances de ses membres à ce sujet auprès des autorités compétentes.

M. le Secrétaire général a donné lecture d'une lettre du Secrétaire du Comité du *Monument Grisolle à Fréjus*, demandant à l'Association de la Presse médicale de vouloir bien s'intéresser à la tentative des compatriotes de l'ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine.

M. le Dr Baudouin a communiqué les nouveaux renseignements qu'il a reçus à propos du *Congrès international de Médecine de Moscou*.

Le Testament d'un Morphinomane.

Un morphinomane peut-il valablement tester?

Telle est la question sur laquelle a dû se prononcer le tribunal civil de Beauvais saisi, dans les circonstances suivantes, d'une demande en nullité de testament. Le 11 juin 1895, on trouvait dans un chalet de nécessité de la place Maubert le cadavre d'un jeune homme d'une trentaine d'années qui fut, quelques heures plus tard, reconnu par des amis pour être celui de M. E. D..., avocat à la cour d'appel de Paris, et poète apprécié de la jeune école. A côté du corps, une seringue Pravaz avait roulé : morphinomane avéré, E. D... s'était suicidé, ainsi qu'il l'avait écrit lui-même dans son testament, « par l'absorption sous-cutanée de toxique à haute dose ». E. D..., d'une santé très délicate et pauvre comme un poète, avait pris de bonne heure la terrible habitude de rechercher dans l'ivresse du haschich et de la morphine l'oubli momentané des tristesses du pauvre. Puis il s'était lancé dans l'occultisme et le satanisme. Il voulut voir une messe noire ; il devint fou et on dut l'enfermer momentanément. Il devait enfin se suicider dans les conditions que l'on sait. Par une étrange ironie du sort, E. D..., qui avait vécu pauvre, mourut riche, ayant, aux derniers jours de sa vie, hérité de son grand-père d'une somme de 600.000 francs. Un testament fut trouvé chez lui : « Je donne, disait-il, tous mes biens à ma maitresse. »

C'est ce testament qu'attaque le beau-frère d'E. D..., se basant pour en demander la nullité, par l'organe de Me X..., sur l'état de folie morphinomane reconnue et avouée, qui n'a pas permis au testateur de disposer de ses biens en l'état de parfaite liberté d'esprit exigé par le Code. Le tribunal civil a rendu son jugement. Après plusieurs considérants tirés des antécédents et de la manière de vivre de M. E. D..., il rejette la demande des collatéraux et déclare le testament valable. Le jugement se base notamment sur ce fait que la morphinomanie, n'entraînant pas l'irresponsabilité morale au point de vue pénal, ne peut pas, à plus forte raison, entraîner cette responsabilité au point de vue civil.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 12. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Fournier, Chantemesse, Roger. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Chauffard, Thoinot. — 1re *série*) : MM. Hayem, Letulle, Widal. — (2e *série*) : MM. Potain, Landouzy, Gaucher.

Mardi 13. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Debove, Charrin, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Marie, Marfan. — (1re *série*) : MM. Grancher, Letulle, Gilbert. — (2e *série*) : MM. Proust, Roger, Achard. — (3e *série*) : MM. Dieulafoy, Chantemesse, Thoinot.

Vendredi 16. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Crancher, Chantemesse, Thoinot. — (2e *série*) : MM. Laboulbène, Netter, Marfan.

Samedi 17. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Widal. — (2e *série*) : MM. Chauffard, Charrin, Achard. — (1re *série*) : MM. Grancher, Hutinel, Marfan. — (2e *série*) : MM. Debove, Letulle, Ménétrier. — 3e d'officier de santé : MM. Tarnier, Nélaton, Roger.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 12. — M. Surrel. Des accidents qui peuvent compliquer l'intervention chirurgicale dans le goitre exophtalmique. — M. Oriot. Contribution à l'histoire de la neurofibromatose. — M. Ratynski. De la néphrectomie lombaire par morcellement. — M. Fosse. Les troubles respiratoires et sécrétoires dans la tuberculose de l'enfant.

Mardi 13. — M. Nikonoff. Contribution à l'étude de la maladie de Thomsen. — M. Manheimer. Du gâtisme au cours des états psychopathiques. (Essai de pathogénie et de séméiologie.)

Jeudi 15. — M. Malmejac. Boutonnière exploratrice du péritoine dans les contusions de l'abdomen. — M. Tarrade. De la tuberculose inoculée par la muqueuse buccale. De l'efficacité des phosphates de chaux dans son traitement. — M. Perrault. Quelques tumeurs sur les tumeurs dites « polypes de l'urèthre » chez la femme. — M. Derocque. De l'entérectomie avec rétablissement immédiat de la continuité de l'intestin. Technique et indications. — M. Duplessis. De l'emploi en thérapeutique du salycilate de méthyle. — M. Ernoul. Du mutisme hystérique. Etude historique, clinique et thérapeutique. — M. Alvarez y Canas. La dysenterie à Paris. — M. Goudard. Contribution à l'étude de l'albuminurie diabétique et de son traitement. — M. Michel. Est-il utile de provoquer l'accouchement chez une femme ayant des accès d'éclampsie? — M. Mercier. De l'entéroclyse chez le nouveau-né. Etude expérimentale et clinique. — M. Denis. Etude critique sur les différents procédés ds mensuration de la tête fœtale pendant la vie intra-utérine. — M. Nathanson. Etude critique de la trépanation dans la paralysie générale. — M. Lemeignen. Du syndrome de Little. — M. Leclerc. Contribution à l'histoire des polypes du rectum chez l'enfant.

Vendredi 16. — M. Lozé. De l'orchite des prostatiques. — M. Laurent. Traitement des ulcères et des plaies torpides en général par la chaleur lumineuse. — M. Paulesco. Recherches sur la structure de la rate. — M. Etable. Des injections massives de solution saline dans l'infection. — M. Lacour. La pharyngotomie sous-hyoïdienne. Technique opératoire. Indications cliniques. — M. Letourneur. De l'influence de la profession de la mère sur le poids de l'enfant. — M. Bernard. De la température des nouveau-nés. — M. Sassier. L'utérus après ablation des annexes. Résultats éloignés. — M. Moussu. Recherches sur les fonctions thyroïdiennes et para-thyroïdiennes. — M. Thorp. Des accidents observés pendant et après l'éthérisation. — M. Jusseaume. Résultats éloignés de l'électrolyse linéaire double dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre rebelles à la dilatation. — M. Collinet. Suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher. — M. Bouchard. Du drainage utérin combiné à la dilatation et à l'antisepsie dans le traitement des métrites et des complications pelviennes. — M. Schwanhard. Contribution à l'étude de la forme pseudo-tabétique de la myélite syphilitique. — M. Faierman. L'hydrargyrie cutanée. — M. Costinesco. Des hémorrhagies gastro-intestinales chez l'enfant.

Enseignement médical libre.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du Faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2 aux jours ci-après désignés : Mardi, M. Verchère (*Gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Electrothérapie. — M. L.-R. Regnier fait tous les mardis, à 4 h. 1/2, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité, des conférences sur les applications courantes de l'électrothérapie et de l'électrodiagnostic.

Enseignement populaire supérieur. — *Cours d'hygiène sociale*. — La conférence pratique du dimanche 11 juillet aura lieu au Parc agricole d'Achères (épandage des eaux d'égout). Départ par la gare Saint-Lazare, au train de 7 h. 51 minutes, matin, pour Herblay et retour d'Achères (11 h. 08) pour Paris. On est prié de se trouver à la gare à 7 heures 1/2, et de s'adresser à M. le Dr A.-J. Martin, dans la salle des Pas-Perdus, auprès du guichet pour Herblay. Les cours et conférences sont publics. — Nous ne saurions trop encourager nos lecteurs parisiens à profiter de l'occasion qui leur est offerte de se faire une idée exacte de la question de l'épuration par le sol des eaux d'égout et de leur utilisation agricole.

NÉCROLOGIE.

M. CHUDZINSKI (de Paris).

M. Chudzinski, professeur au Laboratoire d'Anthropologie (hautes études), vient de mourir. C'est une réelle perte à déplorer dans la sphère scientifique; c'est celle d'un travailleur modeste, dont les travaux marqueront dans les sciences anthropologiques. L'un des premiers et des plus dignes élèves de Broca, auquel il fut profondément attaché et dévoué, Chudzinski est de ceux qui, dans cette phalange nouvelle d'hommes que le maître puissant entraîna dans sa glorieuse orbite, participèrent le plus directement à son œuvre créatrice. Sa santé avait été depuis longtemps déjà compromise dans ses travaux acharnés de dissection et de préparation de pièces anatomiques, dans des conditions par trop dépourvues d'hygiène; et on peut dire qu'il succombe prématurément, victime de son dévouement à la science. Sa mémoire n'en est que plus digne de nos respects admiratifs et de nos regrets que le directeur de l'Ecole d'Anthropologie, qu'il a tant honorée, avait à cœur d'exprimer ici, en attendant que justice plus complète lui soit rendue, prochainement, par la notice bibliographique que veut bien lui consacrer un de ses plus dignes collaborateurs de la première heure, le professeur Manouvrier. (*Trib. Méd.*).

© BIU Santé

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 27 juin au samedi 3 juillet 1897, les naissances ont été au nombre de 1.177, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 420, illégitimes, 177. Total, 597. — *Sexe féminin* : légitimes, 412, illégitimes, 168. Total, 580.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 juin au samedi 3 juillet 1897, les décès ont été au nombre de 598, savoir : 437 hommes et 361 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 2, T. 3 — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0 — Rougeole : M. 12, F. 7, T. 19. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3 — Coqueluche : M. 3, F. 2, T. 5 — Diphtérie, Croup : M. 4, F. 4, T. 8 — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 89, F. 46, T. 135 — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 9, T. 16. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 10, T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 10, T. 11. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 28, T. 48. — Méningite simple : M. 27, F. 21, T. 48 — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 4, F. 6, T. 10. — Paralysie, M. 4, F. 3, T. 7. — Ramollissement cérébral M. 25, F. 35, T. 60 — Maladies organiques du cœur : M. 1, F. 0, T. 1 — Bronchite aiguë : M. 7, F. 4, T. 11. — Bronchite chronique : M. 12, F. 12, T. 24 — Broncho-pneumonie : M. 6, F. 10, T. 16. — Pneumonie : M. 20, F. 8, T. 28. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 11, F. 8, T. 19 — Gastro-entérite, biberon : M. 5, F. 3, T. 8 — Gastro-entérite, sein : M. 22, F. 28, T. 50. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 14, F. 8, T. 22. — Débilité congénitale : M. 15, F. 11, T. 26. — Sénilité : M. 15, F. 11, T. 26. — Suicides : M. 19, F. 7, T. 26 — Autres morts violentes : M. 10, F. 3, T. 13. — Autres causes de mort : M. 69, F. 58, T. 127. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 2, T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 74, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 27, illégitimes, 15. Total : 42 — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 8. Total : 32.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *Accident de Laboratoire en Sorbonne.* — M. Lacaze-Duthiers, professeur de zoologie, physiologie et anatomie comparées à la Faculté des Sciences de Paris, faisait son cours, dans un amphithéâtre de la nouvelle Sorbonne, M. Raymond Lanceplaine, neveu et préparateur de M. Lacaze-Duthiers, et M. Brumpt, second préparateur, se disposaient, pendant ce temps, à procéder à une opération. Ils arrangeaient la lampe à lumière oxhydrique, qui devait projeter sur un écran des préparations microscopiques. Tout à coup une détonation violente retentit. Le manomètre, adapté au récipient d'oxygène, venait de faire explosion. Au même instant, un cri de douleur se fit entendre, et on vit M. Raymond Lanceplaine s'affaisser, la figure en sang; M. Lacaze-Duthiers se précipita vers son neveu : un éclat du manomètre avait blessé ce dernier à l'œil droit. M. Brumpt avait été atteint à la jambe gauche. Des débris avaient été projetés jusqu au fond de la salle, sur les gradins supérieurs; par un heureux hasard, aucun des nombreux auditeurs du savant professeur n'avait été blessé. M. Brumpt n'a reçu qu'une simple éraflure, qui n'a eu besoin d'aucun pansement. Il n'en a malheureusement pas été de même pour M. Raymond Lanceplaine. Transporté rue de l'Estrapade, dans le propre logement de M. Lacaze-Duthiers, il a reçu immédiatement les soins de M. le Dr Panas; celui-ci n'a pas pu se prononcer encore sur l'état de l'œil atteint. M. Raymond Lanceplaine n'est âgé que de vingt-cinq ans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — *Stage hospitalier.* — Le classement des stagiaires pour l'année scolaire 1897-98 (du 1er décembre 1897 au 15 juin 1898) aura les 4, 5 et 6 novembre 1897, de 9 à 11 heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1898.

Concours d'agrégation de Province. — Sur la proposition de M. le Pr Debove, le Conseil de la Faculté, à l'unanimité moins une voix, a émis le vœu que le concours d'agrégation n'ait plus lieu à Paris pour toutes les Facultés réunies.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Le concours pour une place de prosecteur près l'Ecole de Médecine de Marseille s'est terminé par la nomination de M. ACQUAVIVA.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Réserve.* — Nominations au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. Mermillod, Herbert, Gatay, Blanc, Lallemand, Filandeau, Simon, Petit, Frey, Dauriac, Touche, Beziat, Flandrin, Levillain, Guérin, Fontet, Fillien, Mivielle, Choppin, Leblond, Delecluse, Pate, Delmas, Hauser, Thevenon, Causeret, Groleau, Monier, Piquet, Louis, Blanc, Guérin, Martin, Heran, Mourette, Duquaire, Playoust, Watin, Martel, Heylles, Chevereau, Drouard, Devoir, Quere, Debray, Rabineau, Gaudibert, Riffe, Poulet, Lesourd, Le Coq, Maudonnet, Le Nadan, Royer, Vires, Lefilliatre, Chambrin, Fargues, Serre, Merger, Rousseau, Evrot, Mencière, Senlecq, Rouger, Louart, Perdriat, Favre, Maraval, Maleterre, Prieur, Delgrange, Paquet, Mouezy, Pernet, Cazalis, Rousseau, Bron, Mereau, Husson, Brieud, Thubert, Rochier, Macquin.

Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe : MM. Grignon, Verdier, Langrand, Darcourt, Martin, Picot, Carcassonne, Rey, L. Braise.

Armée territoriale. — Nominations au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. Boimond, Delebarre, Guillaume, Thorain, Mignot.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 1er juillet 1897, M. le Dr Layet, médecin principal de la marine en retraite, a été nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

CONGRÈS DE MOSCOU. — La Société médicale des Hôpitaux de Paris délègue au Congrès international de Moscou : MM. Ballet, Brault, Comby, Dreyfus-Brissac, Gouguenheim, Hallopeau, Oulmont et Sevestre.

MÉDECINS-SÉNATEURS. — A l'élection sénatoriale du 4 juillet, dans les Basses-Alpes, sur 428 inscrits et 421 votants, M. le Dr ALLEMAND, maire de Riez, conseiller général, républicain a été élu par 257 voix. Le nouvel élu, M. le Dr César Allemand, est fils de l'ancien député à l'Assemblée nationale.

MÉDECINS CONSEILLERS-GÉNÉRAUX — M. le Dr CHAPUIS est élu membre du Conseil général du Jura, pour le canton de Lons-le-Saulnier — M. le Dr SOUEIX est nommé membre du Conseil général de l'Ariège pour le canton de Saint-Girons.

UN CAS DE FULGURATION. — On écrit de Guéret qu'une fillette de neuf ans, la jeune Marie X..., du village de Salesse, commune de Saint-Agnant, a été tuée par la foudre, alors qu'elle était à côté de sa mère, dans un champ.

LES RAYONS X ET LES PLAQUES PHOTOGRAPHIQUES. — M. Auguste Lumière, au cours d'une visite que M. le Ministre du Commerce a faite de ses ateliers, a présenté au Ministre une objection assez curieuse au sujet de l'application des Rayons X à l'examen des colis postaux. Il a fait remarquer que cet examen aurait pour résultat de détériorer les plaques et papiers photographiques expédiés en colis.

RÉCOMPENSES. — Le Ministre de la Guerre vient d'accorder un *témoignage de satisfaction*, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à MM. les Drs Chocus (d'Attichy); Denis père (de Bruz); Dousson (de Largentière); Granier (de Villefranche); Perrotte (de Confrançon); Richer (de Dozulé) et Rolland (de Ploubalay).

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de Chirurgie.* — Les candidats ayant obtenu un minimum de 40 points sont admis à subir la troisième épreuve (consultation écrite).

Hôpital Saint-Joseph. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Watteau, Guénard et Guillemin comme internes titulaires, et MM. Cuissard, Mignon, Zumlanski, et Gilbert comme internes provisoires.

BIBLIOTHÈQUE DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Hommage à Feulard.* — Au lendemain de la catastrophe du 4 mai, l'Administration de l'Assistance publique a décidé de donner le nom de Henri Feulard à la bibliothèque qu'il avait créée à l'hôpital Saint-Louis. Les amis et les collègues de Feulard ont pensé qu'ils devaient dédier à sa mémoire un souvenir dont l'original serait placé dans cette bibliothèque. Une souscription est ouverte à cet effet; envoyer les cotisations dans le plus bref délai à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. S'il est possible, une reproduction de l'œuvre placée à l'hôpital Saint-Louis sera mise à la disposition des souscripteurs. Dr Ernest Besnier, Dr Barthélemy, H. Derouin, Dr Duflocq, Dr Ribail, G. Steinheil, Vautrey, Dr Boulomié, L. Desfosses, Charles Normand, L. Roger-Milès, Dr G. Thibierge.

LE CINQUANTENAIRE DE L'ASILE LAMBRECHTS. — La semaine dernière a eu lieu, à l'occasion du cinquantenaire de l'asile de Lambrechts, l'inauguration du monument élevé au comte de Lambrechts qui, bien que catholique, fonda par testament cet asile en 1823, pour y recueillir des vieillards et des orphelins appartenant à la religion protestante. Cette cérémonie était présidée par M. Bruman, secrétaire de la préfecture de la Seine, assisté de MM. Herbette, maire du VIe arrondissement, président du conseil de surveillance de l'asile; Félix Voisin, Paul Strauss, président de la 5e commission du Conseil municipal de Paris; Rebeillard, membre de cette assemblée, et des membres du Conseil municipal

© BIU Santé

de Courbevoie. Devant la statue des discours ont été prononcés par MM. Bruman, qui a tracé la biographie du comte de Lambrechts et fait l'historique de l'œuvre due à sa charité ; Strauss, qui a célébré la mémoire de cet homme charitable et insisté sur « cette triste époque — celle de la mort du comte, en 1823 — où des libéraux comme le comte de Lambrechts en étaient réduits à ouvrir un asile aux infirmes, aux vieillards du culte protestant mis à la porte des établissements hospitaliers, persécutés, délaissés au nom de la religion d'Etat ». MM. Peyron, directeur de l'Assistance publique, Stanislas Ferrand, conseiller général, ont aussi prononcé quelques paroles devant le monument du comte de Lambrechts, dû au ciseau de M. Louis Breitel, ancien élève de l'asile.

Application chirurgicale (corps étranger avalé) des Rayons X. — Il y a quelque temps, un enfant de trois ans, nommé Ed. B..., dont le père est cordonnier à Vançais (Deux-Sèvres), avait avalé une épingle. Les parents, voyant les souffrances de leur enfant, se sont décidés, ces jours derniers, à conduire le petit malade à Poitiers. M. Garbe, professeur à la Faculté des Sciences, après chloroformisation, l'a soumis aux rayons Rœntgen. Cette épreuve, en faisant connaître la position exacte de l'épingle dans le pharynx, a facilité l'extraction, qui a été faite par M. Malapert.

L'Industrie thermale en France. — Une séance très intéressante a été tenue dernièrement au Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France, sous la présidence de M. Albert Robin. On y a discuté la question de surveillance des établissements thermaux, surveillance qui a cessé en fait depuis la suppression de l'inspectorat. Un membre a préconisé l'institution dans chaque station d'une commission de médecins, élus par leurs pairs, qui adresserait des rapports au comité consultatif d'hygiène. La question a été renvoyée à l'examen de l'assemblée générale. Un autre membre, très autorisé par ses études antérieures, est venu rendre compte des résultats de l'enquête faite par lui sur l'état actuel de l'industrie thermale. « Nos stations, a-t-il conclu, ne tiennent pas le rang qu'elles devraient avoir et sont, au point de vue de la prospérité, très inférieures aux stations étrangères qui font chaque jour des progrès inouïs. Les municipalités, les pouvoirs publics se désintéressent complètement de cette question. » Sans méconnaître la justesse de certaines des observations qui précèdent, il ne paraît pas au *Temps* que les pouvoirs publics méritent à ce point le reproche d'indifférence. Un projet très étudié est en voie de solution pour l'agrandissement et l'embellissement d'Aix-les-Bains. Une convention, soumise aux Chambres et qui a fait l'objet d'un très intéressant rapport de M. Lasserre, déposé quelques jours avant les vacances, va permettre la transformation de Vichy. L'Etat, au moins pour les établissements qui lui appartiennent, s'est préoccupé d'une question où l'intérêt public est engagé.

Institut psycho-physiologique de Lille. — Fondé pour l'étude des applications chimiques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme. Cours annexe professé à Lille par M. le Dr P. Joire. Programme du cours du semestre d'été de l'année 1897 : 1re partie : Etudes préliminaire des états physiologiques et pathologiques connexes de l'hypnotisme. 2e partie : L'hypnotisme, causes et formes. Différents états hypnotiques. Suggestion. Auto-hypnotisation. 3e partie : Etude médico-légale, clinique, thérapeutique de l'hypnotisme et de la suggestion. 4e partie : Etats médianiques. Extérioration de la sensibilité. Extérioration de la motricité. Fakirisme. Transmission de la pensée. Suggestion mentale. — Le cours est public et a lieu tous les mardis, à huit heures et demie du soir, au local de l'*Union des Etudiants*, n° 54, rue Nicolas-Leblanc. Ouverture du cours, mardi 27 avril. Des conférences complémentaires et exercices pratiques sur les questions qui relèvent de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique auront lieu, pour les élèves de toutes les Facultés, à des heures qui seront fixées ultérieurement.

Nécrologie. — M. le Dr Bessac (d'Anor). — M. le Dr Anstett (de Soultz-sous-Forêt). — M. le Dr Hubin (de Thomory). — M. le Dr Bart (de Steenbecque). — M. le Dr Delaissement (de Saint-Quentin). — M. le Dr Delbecq (d'Estaires). — M. Gabriel Barrière, vieux et digne serviteur qui, sous l'humilité de ses fonctions, a rendu au *Laboratoire des travaux pratiques de Physiologie* de la Faculté, et à l'enseignement expérimental et démonstratif, de réels services. Qui n'a connu, parmi ceux qui ont fréquenté, depuis plus de vingt ans ce laboratoire et cet enseignement, le père Gabriel Barrière, que l'on trouvait constamment occupé dans la vieille cour des Cordeliers à soigner, avec une attention, une sollicitude inexprimables les animaux confiés à sa garde ! (*Trib. méd.*).

Demande de poste médical dans une Maison de Santé. — Un ancien médecin en chef d'asiles d'aliénés et d'hôpitaux importants accepterait la direction médicale d'une Maison de Santé, d'un Etablissement privé (maladies mentales, maladies nerveuses, hydrothérapie, etc., etc.) à Paris, ses environs ou départements voisins, de préférence.

Demandes de remplacement. — Interne provisoire des Hôpitaux de Paris ferait un remplacement médical dans Paris ou dans la banlieue-ouest de Paris.

Ovules Passemard-Vigier à la glycérine et à tous médicaments. *Crayons intra-utérins*, *Bougies uréthrales*, *Suppositoires*, *Balles rectales*.

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — Émulsion Marchais.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Maternité (119, boulevard de Port-Royal). — — M. le Dr P. Budin, accoucheur en chef de la Maternité, leçons cliniques le samedi, à 3 h. 1/2.

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Auguste Voisin, le jeudi, à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — M. P. Marie. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

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, soit DOUZE FRANCS. 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* **15 juillet**. *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.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES.

Bourneville. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. Mettetal, J. Noir, Regnault, Rellay, Vaquez et Boyer. — Tome XVII de la collection, un fort volume de 272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 29. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 17 JUILLET 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Le double syndrome de Brown-Séquard dans la syphilis spinale ;

par M. le Dr E. BRISSAUD, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Messieurs,

Nous commençons à être suffisamment fixés sur les diverses modalités cliniques de la syphilis spinale. Il ne se présente plus guère de cas vis-à-vis desquels nous restions longtemps dans le doute. C'est aux études excellentes de MM. Lamy et Sottas que nous sommes redevables de ce progrès. Quelques différences qu'on trouve dans leurs conclusions respectives, le fond demeure le même. Ainsi il nous est devenu possible de cataloguer les faits d'après les symptômes avec assez de précision pour que le diagnostic se trouve presque sûrement confirmé, dans les cas malheureux, par la constatation anatomo-pathologique.

La méningo-myélite chronique est la forme la plus commune de la syphilis médullaire, et les troubles qui la caractérisent peuvent s'expliquer par des phénomènes de compression radiculaire autant que par des phénomènes de compression spinale : voilà ce qui ressort le plus clairement des recherches parallèles et distinctes de MM. Lamy et Sottas. Or il est bien évident que lorsque la compression atteint un certain degré, la lésion étant bilatérale et symétrique, on observe, en règle générale, une *paraplégie sensitivo-motrice*, la plupart du temps des deux membres inférieurs, et quelquefois des quatre membres. Toujours cette paraplégie affecte, au bout d'un certain temps, le caractère spasmodique, et elle peut se compliquer de paralysie des réservoirs ou des sphincters. Quant aux troubles de la sensibilité, vous savez qu'ils consistent surtout dans la diminution ou la disparition de la conductibilité pour les excitations thermiques et douloureuses ; quant aux sensations de contact simple, elles sont abolies elles-mêmes quelquefois, mais le plus ordinairement elles subsistent. Telle est la particularité assez singulière sur laquelle je désire appeler de nouveau votre attention.

Déjà en effet, dans des leçons publiées il y a quatre ans (1), j'ai, à deux reprises, insisté sur cette dissociation « syringomyélique » de la sensibilité, qui dans la syphilis spinale, est quelquefois assez caractérisée pour déconcerter le diagnostic. Mais, en général, la difficulté peut s'aplanir. La paraplégie de la méningo-myélite syphilitique n'est pas toujours bilatérale ; elle est assez fréquemment unilatérale, et elle est sensitivo-motrice de deux façons : tantôt les phénomènes sensitifs et les phénomènes moteurs sont associés sur le même membre, tantôt les phénomènes moteurs se manifestent au membre gauche par exemple et les phénomènes sensitifs au membre droit, ou inversement. Dans ce dernier cas, le syndrome observé rappelle celui de la section unilatérale de la moelle : c'est *l'hémiparaplégie spinale avec hémianesthésie croisée* ; c'est, en un mot, le « syndrome de Brown-Séquard ». Non pas toutefois le syndrome parfait, attendu que dans cette éventualité comme dans celle de la paraplégie bilatérale, l'hémianesthésie croisée présente communément les attributs facilement reconnaissables de la dissociation dite « syringomyélique ».

(1) *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1893, 1894, IX, XI, XII. — Paris, Masson, 1895.

Mais, Messieurs, je vous annonce une simplification possible de la difficulté, et ne vous semble-t-il pas d'abord qu'il y ait dans tout cela bien des contradictions inexplicables, ou, tout au moins, des adaptations étrangement disparates de symptômes à un seul et même processus anatomique ? Evidemment tout dépend de certaines différences de localisation qu'il s'agira de déterminer. Je vais donc en premier lieu m'efforcer d'énoncer le problème sous une forme schématique assez claire, et j'espère vous convaincre ensuite que chacune des solutions qu'il comporte est, dans la plupart des cas, relativement facile.

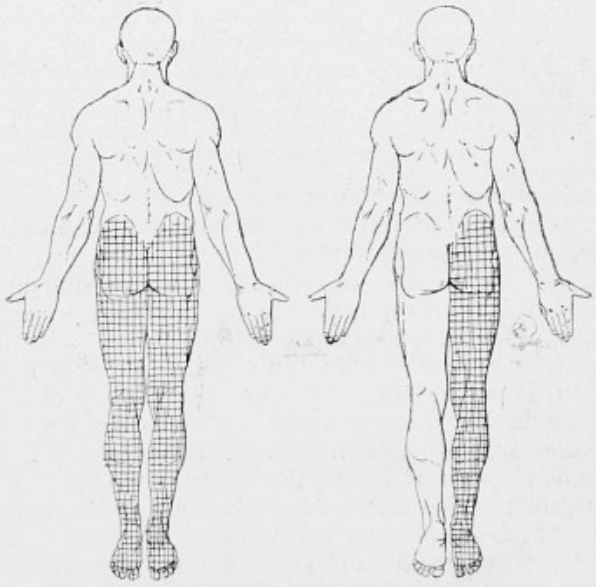


Fig. 4. *Fig.* 5.

Fig. 4. — Paraplégie sensitivo-motrice bilatérale, par lésion syphilitique de la moelle. Les stries verticales indiquent la paralysie motrice, et les stries transversales l'anesthésie.

Fig. 5. — Paraplégie sensitivo-unilatérale par lésion syphilitique unilatérale (à droite).

Une première figure (*Fig.* 4) représente un sujet atteint de paraplégie sensitivo-motrice bilatérale. Les stries verticales correspondent à la paralysie motrice, et les stries transversales, à l'anesthésie. La lésion est bilatérale et pour chaque membre inférieur, les troubles de la motilité et de la sensibilité dépendent du foyer spinal homologue.

La seconde figure (*Fig.* 5) n'est que la répétition de la première avec cette seule différence que la lésion étant unilatérale, la paralysie et l'anesthésie n'intéressent qu'un seul membre, du même côté que la lésion.

Sur la troisième figure (*Fig.* 6), les stries verticales indiquent toujours la paralysie motrice limitée au membre inférieur droit parce que la syphilis spinale consiste, ici encore, en une lésion unilatérale également située à droite. Mais l'anesthésie est croisée : elle s'étend à tout

© BIU Santé

le membre inférieur gauche, rien qu'à ce membre, et je la représente par des stries obliques en bas et à gauche. Dans ce troisième cas, la lésion équivaut à une hémisection droite de la moelle, toute la moitié gauche de l'axe restant indemne.



Fig. 6.



Fig. 7.

Fig. 6. — Paraplégie motrice (stries verticales) du membre inférieur droit par lésion syphilitique de la moitié droite de la moelle ; anesthésie gauche (croisée) indiquée par les stries obliques en bas et à gauche.
Fig. 7. — Double hémiparaplégie motrice (stries verticales) avec double anesthésie croisée (stries obliques).

Mais ce n'est pas tout : une quatrième éventualité peut se présenter, qui n'est pas une supposition gratuite, je vous en fournirai la preuve. La quatrième figure (*Fig.* 7) la schématise. En regard de la lésion du cas précédent, lésion équivalant à une hémisection droite de la moelle, supposons une seconde lésion équivalant à une hémisection gauche, toute semblable et de même niveau. Il est hors de doute que la résultante clinique de cette double lésion sera une *double hémiparaplégie spinale avec double hémianesthésie croisée*. Des deux côtés, les stries verticales correspondent à la paralysie motrice directe; à gauche, les stries obliques en bas et à gauche correspondent à l'hémianesthésie gauche, tributaire de la lésion droite ; à droite, les stries obliques en bas et à droite correspondent à l'hémianesthésie droite tributaire de la lésion gauche.

Ce dernier syndrome (*Fig.* 7) est identique au premier (*Fig.* 4) si l'on s'en tient à ses apparences cliniques ; il en diffère du tout au tout si l'on remonte jusqu'à sa pathogénie. En effet chez le premier malade, la double paraplégie sensitivo-motrice est directe; chez le second la paraplégie motrice seule est directe, tandis que la paraplégie sensitive est croisée. Le résultat paraît le même et vous pourriez croire que la diversité des causes est impossible à déterminer. Cependant vous verrez bien que, dans la pratique, on arrive encore assez aisément à reconnaître si l'hémianesthésie est homonyme ou hétéronyme.

Chose facile à prévoir, la paraplégie syphilitique double ou, pour mieux dire, la *double hémiparaplégie spinale d'origine syphilitique* peut, à l'égal de l'hémiparaplégie unilatérale, nous présenter des spécimens très remarquables de dissociation syringomyélique. Je vous disais que j'avais en 1893 consacré à ce sujet deux leçons : l'une en particulier portait précisément le titre de la question sur laquelle je reviens aujourd'hui : hémiparaplégie spinale avec hémiparaplégie croisée, syndrome de Brown-Séquard (1).

Déjà en 1889, Oppenheim avait mentionné incidemment le fait (2) ; et, deux ans plus tard, M. Lamy concluait dans des termes parfaitement explicites, que « le syndrome de Brown-Séquard *complet et permanent* est très rare dans la syphilis, tandis que, *ébauché* et transitoire, il constitue la règle » (3).

« *Ebauché* », cela veut dire que l'hémianesthésie n'est pas totale, que la perte de la sensibilité tactile subsiste, que les excitations thermiques et douloureuses sont seules perçues ; bref cela signifie qu'au lieu de l'hémianesthésie croisée, telle qu'elle existe dans les cas d'hémisection spinale, on constate une dissociation « syringomyélique » dans le membre inférieur du côté opposé à celui de la lésion médullaire. Je me suis rendu compte avec plaisir que mes observations ont été promptement confirmées.

Un an après ma leçon, en 1895, Schlesinger mentionnait la dissociation syringomyélique dans le syndrome de Brown-Séquard (4), et, un peu plus tard, le Pr Raymond ne manquait pas de signaler à son tour l'importance de cette combinaison symptomatique : « Quand on analyse attentivement les cas de syndrome de Brown-Séquard, d'origine syphilitique, on remarque certaines particularités que je tiens à souligner. *L'anesthésie présente habituellement la dissociation syringomyélique* et les perceptions thermiques semblent plus altérées que les autres modes de sensibilité. La zone limitante supérieure d'hyperesthésie est représentée d'ordinaire par des douleurs pseudo-névralgiques, par une rachialgie avec ceinture douloureuse. Au point de vue moteur, la paralysie est incomplète et prédomine au membre inférieur ; elle ne s'accompagne pas d'amyotrophie. Il existe en même temps des troubles sphinctériens et des troubles cérébraux. J'ajoute que la marche du mal est progressive, en dépit du traitement (5) ».

Vous voyez que la question n'est plus seulement posée : les faits se multiplient et l'on en peut tirer déjà des conclusions et comme des règles générales de diagnostic. Max Laehr, dans un travail tout récent, revient encore sur le même sujet et, lui aussi, apporte des observations nouvelles confirmant la fréquence de la dissociation syringomyélique (6), non plus seulement chez les sujets syphilitiques, mais encore chez les traumatisés.

De tout ce qui précède, retenez donc deux choses : 1° que la paraplégie syphilitique sensitivo-motrice bilatérale est quelquefois une *double hémiparaplégie motrice avec double hémianesthésie croisée* ; 2° que la double hémianesthésie croisée, tout comme l'hémianesthésie croisée unilatérale, peut se traduire par une thermo-analgésie « syringomyélique ».

Pour bien concevoir le mécanisme de l'hémiparaplégie spinale bilatérale, il vous faut avoir très présent à l'esprit le trajet des voies de communication dont la section expérimentale détermine le syndrome de Brown-Séquard pur, celui qui résulte d'une hémisection régulière et complète. Ces voies ne sont guère connues que dans leurs grandes lignes ; nous ne savons que peu de chose de leurs embranchements. Bien plus, la description qu'on a donnée de ces grandes lignes

(1) Leçon du 15 décembre 1893.
(2) *Berlin. Klin. Woch.* 1889, nos 48 et 49.
(3) Thèse, Paris 1893.
(4) *Club médical de Vienne*, 26 mars 1895.
(5) *Clinique des maladies du système nerveux*, 1re série, 1896.
(6) *Arch. f. Psych.*, Bd XXVIII, Heft 3.

© BIU Santé

a été dans ces dernières années fortement critiquée ; elle l'a été — chose inattendue — par Brown-Séquard lui-même, dans une petite note parue peu de jours avant sa mort. Malheureusement ou heureusement, aucune autre description ne saurait jusqu'à plus ample informé remplacer celle que Brown-Séquard avait du premier coup rendue si claire. Je m'en tiendrai donc à celle-là et j'espère vous prouver qu'elle est encore défendable.

L'hémisection spinale est une expérience courante de laboratoire ; elle peut être pratiquée avec assez de dextérité pour que le résultat immédiat soit toujours invariablement le même. Vous connaissez ce résultat et je ne m'y attarde pas ; mais, puisqu'il s'agira bientôt de discuter l'interprétation du fait brut, il n'est pas inutile de résumer une fois de plus les conclusions classiques tirées de l'acte expérimental.

Les voici :

A. *L'hémiparaplégie du côté droit* est produite par une section de la moitié droite de la moelle : donc, les voies de la *motilité* suivent un *trajet direct* dans chaque moitié de la moelle.

B. *L'hémianesthésie du côté gauche* est produite par une section de la *moitié droite de la moelle* : donc les voies de la *sensibilité s'entre-croisent* sur la ligne médiane.

C. *L'hémianesthésie du côté droit* est produite par une section de la *moitié gauche de la moelle située au-dessus de la section droite* : donc, *les fibres sensitives du côté droit sont déjà décussées au-dessous de la première section.*

Ces conclusions, vous le savez, semblent pouvoir s'appliquer à l'homme, autant qu'il est permis d'assimiler certains traumatismes vertébraux à une hémisection expérimentale. Un coup de couteau pénétrant entre deux vertèbres divise quelquefois la moelle sur une de ses moitiés, exactement et complètement jusqu'à la ligne médiane. La pointe et le tranchant de la lame ne sauraient guère entamer la moitié opposée de l'axe spinal ; c'est là une chose prouvée, sur laquelle Charcot revenait sans cesse. Une flèche produit le même effet chez les grands vertébrés, et deux flèches s'enfonçant dans le canal rachidien, l'une à droite, l'autre à gauche peuvent déterminer une double hémiparaplégie de Brown-Séquard. Il me semble que la *Lionne blessée* du



Fig. 8. — La lionne blessée du British Museum. Double paraplégie par lésion spinale double et bilatérale.

Musée britannique nous offre un beau spécimen de ce syndrome. Ici le traumatisme cynégétique équivaut à une bonne hémisection double pratiquée dans un laboratoire par un opérateur habile. Vous voyez, sur l'image un peu grossière, mais fidèle que j'ai fait reproduire (*Fig.* 8), les deux traits enfoncés à gauche et à droite des apophyses épineuses, dans la région dorsale ; et tout le train de derrière est paralysé. La bête rampe en se soulevant sur ses pattes de devant. La pathologie humaine nous fournit bon nombre de cas de paraplégie comparables à celui-là ; mais il faut remarquer que les plus démonstratifs sont toujours ceux dans lesquels la blessure est dorsale. Les lésions cervicales entraînent des désordres beaucoup plus complexes. Et puis, il va de soi qu'un traumatisme criminel ou accidentel n'a pas souci des hémorragies intra-rachidiennes. Le physiologiste s'évertue à respecter les artères radiculaires, et il évite ainsi les épanchements sanguins dont l'action irritante et compressive altéreraient la pureté du résultat expérimental. Le caillot ne s'arrête pas à la ligne médiane, il empiète sur le côté opposé à la section, et avant qu'il ne se résorbe, les accidents de l'hémisection ne se distinguent plus parmi tous ceux qui font suite à une myélite totale par thrombose. Si les hémisections traumatiques ne donnent pas lieu invariablement à des syndromes de Brown-Séquard conformes au type classique, cela tient aux complications immédiates du traumatisme même et je ne doute pas que l'hémorragie intra-rachidienne soit la plus importante.

Parmi les observations où l'on retrouve cette multiplicité de symptômes accessoires, il en est une que je tiens à vous signaler, car elle a passé, je crois, inaperçue jusqu'à ce jour. Elle est de Morgagni (1), et vous la jugerez assez intéressante pour être reproduite intégralement.

« Un jeune homme âgé de vingt-quatre ans, d'une bonne habitude de corps, avait été blessé avec un poignard quadrangulaire et pointu, et la blessure se dirigeait obliquement *du côté gauche* du cou, à trois travers de doigt au-dessous de l'oreille, vers l'origine de la moelle épinière. Quoiqu'il ne sortit presque point de sang de la blessure, cependant le jeune homme tomba sur-le-champ privé des facultés du sentiment et du mouvement dans toutes les parties qui sont au-dessous de la tête, de telle sorte qu'il fallut le porter chez lui, et le mettre dans son lit ; et là comme il disait, entre autres paroles qu'il proférait en respirant avec peine, qu'il avait froid, on approcha imprudemment de ses cuisses, de ses jambes et de ses malléoles, un vase d'airain échauffé, *et il ne sentit point les brûlures* que ce vase lui fit, et qui dégénérèrent en ulcères sordides. D'abord il ne rendait point les excréments du ventre, ni ceux de la vessie ; quelques jours après, il urinait non seulement malgré lui, mais même sans le savoir. Comme il était traité avec soin par un médecin et par un chirurgien, le côté gauche du corps commença pour la première fois à recouvrer un peu le sentiment après le dix-septième jour ; au vingtième, les doigts des deux membres du côté gauche remuèrent un peu, et entre ce jour et le trentième les deux facultés revinrent de plus en plus d'une manière insensible, mais dans le côté gauche. Au contraire, ce ne fut que le trente-deuxième jour que le *sentiment commença à revenir dans le côté droit, c'est-à-dire le côté opposé à la blessure ;* le mouvement y revint aussi ensuite, et ces deux facultés firent des progrès insensibles de la même manière. Bien que tout le corps eût déjà recouvré assez bien le sentiment et le mouvement le quatrième jour (je dis assez bien, car le sujet ne pouvait pas encore se tenir debout, et bien moins encore marcher), et même que le jeune homme, qui avait reçu la blessure le 31 janvier, fût à peine sorti de son lit le 26 mai, et qu'il marchât lentement et pas à pas, comme un enfant qui apprendrait à marcher, attendu que ses deux jambes étaient exténuées et comme desséchées, cependant le mouvement et le

(1) Lettre LIII, 23,

© BIU Santé

sentiment étaient encore alors plus faibles dans la partie droite que dans la partie gauche. Comme donc on me demandait la cause de cette différence, je dis qu'il semblait qu'il fallait la rapporter *dans ces fibres médullaires, qui, passant entre les côtés droit et gauche de l'origine même de la moelle épinière, peuvent transporter les effets de la lésion produite ici dans ce dernier côté, sur le côté opposé du corps, quelquefois entièrement, et d'autres fois en grande partie*».

Cette observation de Morgagni est certainement une des plus curieuses de la littérature neuropathologique. Le traumatisme avait été violent, il intéressait la région cervicale supérieure, et, par conséquent, il avait dû endommager quelque gros vaisseau : de là, les phénomènes de compression bilatérale, au nombre desquels figurent toujours les troubles fonctionnels des réservoirs. Mais l'intérêt qui se dégage du fait en lui-même n'est vraiment rien à côté de l'explication que l'auteur se risque hardiment à nous proposer. Sous une forme dubitative, sa conclusion est très catégorique au fond. Il admet l'entrecroisement des fibres médullaires au niveau du bulbe, aussi bien pour les fibres sensitives que pour les fibres motrices. A plus de cent ans d'intervalle, l'histologie devait lui donner raison.

Si je m'attarde à ces anomalies du syndrome de Brown-Séquard, c'est pour mieux mettre en relief le rôle qu'il est permis d'attribuer aux hémorragies dans les cas de traumatisme et aux phénomènes circulatoires dans les cas de lésions spontanées. Au nombre de celles-ci, les productions scléreuses et gommeuses de la syphilis tiennent une place prépondérante sous tous les rapports. La thérapeutique même qui, la plupart du temps, reste inactive à l'égard des myélites syphilitiques à forme chronique, semble retrouver son énergie presque entière à l'égard des méningites spécifiques d'où procède l'hémiparaplégie spinale. Au demeurant, voici l'histoire d'un malade actuellement traité dans notre service, — histoire d'une rare simplicité — qui résume et confirme tout ce que je viens de dire.

L'homme qui va vous être présenté est âgé de 41 ans, il n'a pas d'hérédité morbide, et il est de bonne constitution. Il a contracté la syphilis en 1891, par conséquent il y a cinq ans ; il s'est soigné convenablement et les accidents secondaires n'ont présenté aucune gravité. Le 16 juillet 1892, *un an après l'infection*, il s'aperçut un matin, en se levant, que sa jambe gauche était inerte, flasque, impuissante à le soutenir ; et cependant il ne souffrait pas. Il entra immédiatement à l'hôpital, dans le service de M. Babinski et là, on lui fit remarquer que sa jambe droite était *complètement insensible*, chose dont il ne s'était pas aperçu. J'interromps un instant mon récit pour vous faire observer que si le malade avait pu se tenir sur sa jambe droite, c'est probablement parce qu'il n'avait pas perdu le sens musculaire de ce côté. Telle est en effet la règle énoncée par Brown-Séquard. D'autre part il est peu vraisemblable qu'il eût perdu la sensibilité tactile à droite, car lorsque la notion du contact plantaire est abolie, la marche s'en ressent, et il est bien rare que le sujet l'ignore. Dans l'hystérie, la perception seule est en défaut, mais non la sensation proprement dite ; et c'est ce qui fait que la station et la marche restent parfaitement correctes, alors que l'anesthésie paraît absolue.

Admettons cependant que l'anesthésie était complète dans le membre inférieur droit, puisque nous sommes obligés de nous en rapporter au dire du malade. Ce n'est pas tout d'ailleurs ; pendant son séjour dans le service de mon collègue M. Babinski, cet homme eut une paralysie du sphincter vésical. Il est donc à supposer que la moelle était endommagée sérieusement, profondément, jusqu'à l'axe gris central. Car c'est dans la substance grise péri-épendymaire que siègent les centres de la *tonicité* sphinctérienne. Un traitement énergique amena en trois semaines une très notable amélioration de la paralysie motrice, et le malade put quitter l'hôpital, encore impotent de la jambe gauche, marchant mal, mais marchant, et en tout cas, absolument maître de ses sphincters.

L'année suivante, en juin 1893, la situation qui s'était jusqu'alors régulièrement amendée, empira de nouveau. Le membre inférieur gauche était devenu spasmodique et la paralysie flaccide avait gagné le membre inférieur droit. Aujourd'hui encore l'aggravation survenue deux ans après le chancre initial persiste et semble ne devoir pas rétrocéder, comme la première fois, au traitement spécifique le plus énergique et le plus assidu. En fait, nous sommes actuellement en présence d'un cas de double hémi-paraplégie spinale avec double hémianesthésie croisée.

A gauche, hémiparaplégie spasmodique avec raideur en extension, exagération du réflexe rotulien, clonus inépuisable, secousses fibrillaires sans atrophie musculaire, cyanose et refroidissement des pieds.

A droite, hémiparésie, flaccide en apparence, mais avec exagération légère du réflexe rotulien et faible clonus. Tous les mouvements sont encore possibles, quoique très diminués d'amplitude et d'énergie. Voilà pour la motilité.

Quant à la sensibilité, nous constatons :

A gauche, une hypoesthésie notable de tout le membre inférieur jusqu'à sa racine. Cette hypoesthésie est surtout appréciable pour les sensations thermiques. Elle existe, quoique peu prononcée, pour les sensations de froid et pour les piqûres, les pincements, en un mot pour les excitations douloureuses.



Fig. 3. — Double hémianesthésie croisée : les stries indiquent l'analgésie ; les points indiquent la thermanesthésie et la cranesthésie.

A droite, analgésie, thermanesthésie, crianesthésie absolues. Les sensations de contact sont normalement perçues. La figure schématique, qui donne une vue très exacte de cet ensemble de troubles, montre également que la limite supérieure de l'analgésie est plus haut située que la limite supérieure de la thermo-anesthésie.

Ainsi la paraplégie sensitivo-motrice est *bilatérale et inégale*. Au membre inférieur gauche un maximum d'impuissance motrice se superpose à un minimum de thermo-analgésie. Au membre inférieur droit, un maximum de thermo-analgésie se superpose à un minimum d'impuissance motrice.

Comme la marche de la maladie le faisait prévoir, il est aujourd'hui bien évident que le maximum de thermo-analgésie droite et le maximum d'impuissance motrice gauche relèvent d'une même lésion unilatérale

© BIU Santé

gauche ancienne, et, inversement, que le minimum de thermo-analgésie gauche et le minimum d'impuissance motrice droite relèvent d'une même lésion unilatérale droite récente.

Ainsi, dans ce cas de double syndrome de Brown-Séquard, au lieu de la double hémi-anesthésie complète et totale, telle qu'on l'observe à la suite des doubles hémisections superposées, nous constatons une dissociation « syringomyélique » bilatérale, ou, pour être plus exact, une double thermo-analgésie. Enfin une autre particularité encore mérite qu'on la mentionne : les bandes hyperesthésiques qui, à la suite des hémisections, surmontent les territoires anesthésiés, font ici défaut.

L'analyse pathogénique du syndrome est relativement simple. D'abord, ne perdant pas de vue le commémoratif étiologique qui s'impose, nous admettrons que la syphilis est seule en cause ici. Nous savons d'autre part que sa lésion préférée est la méningo-myélite. Donc, supposons pour un instant une méningo-myélite survenue en 1892, un an après le chancre, — hypothèse que rien ne peut infirmer. Limitée à la moitié gauche de la moelle, cette lésion aurait déterminé le premier syndrome de Brown-Séquard. Gagnant ensuite progressivement le côté droit, la même lésion aurait provoqué la seconde hémiparaplégie croisée, inverse de la précédente. D'ailleurs, les deux hémianesthésies sont à peu près de même niveau, ce qui fait croire que la lésion est unique et a franchi la ligne médiane.

Il s'en faut que cette conclusion soit sans réserves. En effet, rappelez-vous que la première hémiparaplégie s'est compliquée d'une incontinence d'urine qui a duré trois mois. Cela seul suffit pour que nous soyons obligés de croire que, dès le début, la lésion était bilatérale; et du même coup la présomption d'une lésion extra-spinale est fortement ébranlée. Un autre argument est encore plus décisif: je veux parler de l'absence complète de *tout* phénomène douloureux. Une hémiparaplégie spinale d'origine périmédullaire se complique presque forcément de mélalgies, c'est-à-dire de pseudo-névralgies radiculaires. Ici, rien de cela. Enfin, si la lésion était extra-spinale, elle aurait, au moins d'une façon passagère, provoqué quelque irritation des racines, là où ces racines sont englobées dans le tissu de sclérose méningitique, au contact de la moelle même ou à leur point de pénétration; et de là il serait résulté que les parties anesthésiées auraient été surmontées d'une zone d'hyperesthésie. L'hyperesthésie en zone, dans le syndrome de Brown-Séquard, n'indique en effet rien autre chose que l'irritation radiculaire.

Si la lésion n'est pas extra-spinale, la supposition d'une lésion syphilitique *intra-spinale* donnant lieu à une dissociation syringomyélique de la sensibilité, ne saurait être acceptée d'emblée. Car la syringomyélie même est possible, chez un sujet syphilitique comme chez tout autre. Sans doute une double lésion gommeuse centrale est capable de simuler la syringomyélie la mieux caractérisée; quelques exemples en font foi, mais ils sont rares. La question doit donc être posée, puisque après tout, on peut la résoudre. Dans le cas actuel on imaginerait aisément — et très logiquement — une gliomatose cavitaire d'abord unilatérale, et située à gauche (1892), puis empiétant sur la moitié droite de la moelle (1893), respectant d'ailleurs les cornes antérieures et les cordons postérieurs, de manière à laisser libre la voie des sensations tactiles.

Les motifs qu'on peut invoquer contre la syringomyélie sont les suivants: 1° La maladie a débuté brusquement par une hémiplégie flaccide; 2° le traitement spécifique a produit une atténuation rapide des premiers accidents; 3° il n'existe aucun trouble trophique; 4° l'apparition précoce et subite de l'incontinence d'urine et sa disparition ne cadrent guère avec une lésion gliomateuse progressive et définitive. Toutes ces raisons n'ont isolément qu'une maigre valeur, mais dans leur ensemble elles sont suffisamment probantes; si bien que, d'invraisemblances en invraisemblances, nous sommes conduits à rejeter le diagnostic de syringomyélie. La syphilis redevenant ainsi le point de départ du syndrome, nous admettrons soit une gomme à deux foyers, soit une ischémie bilatérale par artérite oblitérante. Notez que cette dernière éventualité n'est pas exceptionnelle; elle s'explique amplement par le fait que les artères de la substance grise spinale sont des artères terminales.

En présence de cette nouvelle et dernière alternative il faut se prononcer. La syphilis ne donne lieu que très exceptionnellement à de véritables tumeurs gommeuses de la moelle ou des méninges. Celles de la moelle en particulier sont tout à fait rares. Des trois ou quatre observations anciennes qu'on trouve dans les auteurs, celles de Moxon, de Wills, de Wagner par exemple —, il n'y en a peut-être pas une seule qui ne soit passible d'objections sérieuses. D'autres, plus récentes, ont une authenticité incontestable, mais elles se comptent.

En résumé toutes les considérations que je me suis efforcé de faire valoir militent en faveur de la lésion ischémique. Il ne me reste plus qu'à rechercher si cette conclusion s'accorde avec les faits décrits jusqu'à ce jour, et si, comme je vous le disais en commençant, la syphilis spinale produit une variété spéciale de syndrome de Brown-Séquard, dans laquelle l'hémianesthésie croisée revêt les apparences de la dissociation syringomyélique.

Quoique vous ne deviez pas vous attendre à rencontrer souvent le syndrome de Brown-Séquard *classique* dans la syphilis spinale, il ne faut pas oublier qu'il peut s'y présenter de temps à autre. Cette série de faits est la plus restreinte. La seconde série se compose des cas où le syndrome est incomplet quant à l'anesthésie.

Parmi les observations les plus remarquables de la première série je vous rappellerai en quelques mots celle de Charcot et Gombault (1): Il s'agissait d'une syphilis très ancienne, puisque le chancre remontait à 20 ans. Les accidents médullaires étaient survenus dix ans après l'infection, et voici quelle était la situation au bout de dix ans de « myélite ».

A *gauche*, existait une paralysie incomplète du membre inférieur avec une hyperesthésie de tout ce membre empiétant sur la partie inférieure du membre du même côté. Le sens musculaire était en partie aboli; la malade ne pouvant trouver son pied les yeux fermés.

A *droite*, le membre inférieur non paralysé était insensible à toutes les excitations, mais les contacts étaient perçus. Les mouvements volontaires et le sens musculaire étaient conservés. En outre, on remarquait comme une ceinture *d'anesthésie douloureuse* au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux avec plusieurs points névralgiques à la pression.

La mort ayant été hâtée par des accidents cérébraux également syphilitiques, on découvrit une lésion que

(1) *Archives de Physiologie*, 1873.

© BIU Santé

je peux, d'après la description, figurer de la manière suivante : à la partie supérieure de la région dorsale, la moelle légèrement renflée et indurée était le siège d'une nodosité gommeuse (*Fig.* 10). L'arachnoïde épaissie englobait les racines nerveuses correspondantes qui étaient atrophiées. A la hauteur de cette tumeur dans toute la moitié gauche de l'axe et dans les cordons postérieurs, le tissu avait pris une coloration gris rosé uniforme, ne permettant pas de distinguer la substance grise envahie par le produit morbide. L'examen histologique démontre que la tumeur était de nature scléreuse ; elle avait pu être antérieurement une gomme. Cette transformation n'est pas exceptionnelle.

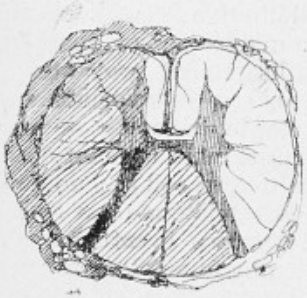


Fig. 10. — Epaississement de l'arachnoïde à gauche. Transformation gommeuse de la moelle épinière.

Peut-être faut-il ici tenir compte du fait que la syphilis datait de dix ans lorsque les premiers troubles spinaux firent leur apparition ? — Bien qu'il n'y ait pas de différences radicales entre les productions précoces et les tardives, il est certain que les lésions qui surviennent après dix ans de syphilis sont en général plus circonscrites que celles qui évoluent dès la première ou la deuxième année. Telle est du moins l'opinion de M. Lancereaux et je vous engage à vous y ranger. Or la *très* grande majorité des paraplégies syphilitiques surviennent dans la première année, ou la seconde. Le malade que vous venez de voir, actuellement en traitement dans notre service, en fournit une nouvelle preuve.

Maintenant j'emprunterai à une analyse de Blocq le résumé d'un autre cas observé par Armstrong (1) : un homme de 41 ans entra le 22 juin 1888 à l'hôpital maritime de New-York, se plaignant de douleurs dans les genoux et dans les pieds. Deux ans auparavant il avait eu un chancre suivi d'accidents secondaires. Il sortit guéri, puis rentra en février 1889 atteint d'une monoplégie crurale droite. On constata les caractères du syndrome de Brown-Séquard. A droite, les mouvements volontaires étaient abolis, tandis qu'ils étaient conservés à gauche ; au contraire, la sensibilité au tact et à la douleur étaient abolis à gauche et conservés à droite. Le sens musculaire était, lui aussi, aboli à droite et conservé à gauche. Tous ces phénomènes ayant disparu à la suite du traitement spécifique, on ne peut douter de leur nature.

La seconde série de cas — je tiens à y revenir encore —, celle dont nous nous sommes spécialement occupés, se compose d'un grand nombre d'observations dans lesquelles on trouve presque invariablement notée la combinaison symptomatique suivante : la paralysie est plus marquée dans un des membres inférieurs, et l'on remarque quelques troubles de la sensibilité dans le membre du côté opposé, soit au pied seulement, soit à la jambe, soit sur toute l'étendue de ce membre jusqu'à sa racine ; le chaud, le froid ne sont pas perçus, ou bien ils sont confondus... etc. Et les observations n'en disent quelquefois pas davantage. Lorsque les malades sont examinés plusieurs fois à quelques mois d'intervalle, on peut être fort étonné de la disparition des phénomènes sensitifs, mais il est rare qu'ils n'aient pas existé à un moment donné, et cela sous la forme du syndrome de Brown-Séquard ébauché. Mon collègue M. Gilles de la Tourette a éprouvé cette surprise dans un cas identique à tous ceux que je viens de résumer.

Et maintenant sommes-nous en mesure d'expliquer pourquoi *dans la syphilis* le syndrome de Brown-Séquard est *ébauché* et *transitoire* ? — A défaut de preuves absolues, nous savons que la lésion unilatérale qui produit le syndrome n'équivaut pas à une hémisection ; que la méningo-myélite peut respecter et — le plus souvent — respecte les cordons postérieurs conducteurs de la sensibilité tactile ; nous savons enfin que les foyers d'artérite n'oblitèrent pas une fois pour toutes un territoire de substance blanche spinale ou tout un étage de l'axe. Les anastomoses, dans les cordons blancs et à la surface des méninges, sont innombrables, et la perte de la fonction par ischémie dure seulement le temps qu'exige le rétablissement d'une circulation vicariante.

Reste à déterminer la différence pathogénique des deux types de paraplégie sensitivo-motrice... Pourquoi d'une méningo-myélite ou d'un processus scléro-gommeux résulte-t-il, dans tel cas, une double paraplégie sensitivo-motrice homologue, et dans tel autre cas une double hémiparaplégie avec hémianesthésie croisée ? C'est là ce que j'étudierai, dans ma prochaine leçon. Aujourd'hui je tenais simplement à vous décrire le syndrome de Brown-Séquard *unilatéral* et *bilatéral*, tel qu'on l'observe dans la syphilis, et à insister une fois de plus sur les particularités qu'il présente.

(1) *Medical Record*, 1892, p. 31.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Médecins allemands et les Médecins américains jugés par les Français.

Dans son rapport sur l'institution d'un *Ordre de Médecins*, notre excellent confrère et ami, M. le Dr Lasalle (de Lormont), vice-président de l'*Union des Syndicats médicaux de France*, a écrit cette phrase malheureuse, que nous,— qui connaissons l'Université d'Erlangen et les Ecoles de Médecine de Philadelphie —, nous ne pouvons laisser passer sans protester.

« ..... en relevant le niveau des examens, si déplorablement abaissé dans certaines écoles (de France), *qu'on pourrait*, ajoute M. Lasalle, *se croire parfois transporté à* ERLANGEN *ou à* PHILADELPHIE ! » (1).

N'en déplaise au brillant orateur des banquets de l'Union, il est loin d'en être, à Erlangen ou à Philadelphie, comme le pense M. Lasalle. S'il avait eu, comme nous, l'occasion de vérifier sur place les histoires auxquelles il fait sans doute allusion, au lieu de se fier à des racontars sans fondement, il aurait peut-être réfléchi avant de jeter, ainsi, le discrédit sur des écoles qui valent les nôtres.

A Erlangen, en effet, il y a, parmi les professeurs de la Faculté de Médecine, des savants comme Rosenthal, le physiologiste, et Von Gerlach, anatomiste de premier ordre ; comme Zenker, pathologiste connu de tous ceux qui ont appris la fièvre typhoïde ; des chirurgiens comme Heinecke, qui a fait la première pyloroplastie ; des hommes comme Frommell, le gynécolo-

(1) *Bulletin off. de l'Union des Synd. méd. de France*, 20 juin 1897, p. 146.

© BIU Santé

giste ; et *tutti quanti* ! Que M. Lasalle consulte *Minerva* et les annuaires allemands, s'il n'a pas confiance en nos propres souvenirs !

Pour Philadelphie, nous le renvoyons à notre livre sur la *Médecine transatlantique*. Il trouvera, à la page 313, la liste de tous les professeurs des cinq écoles de cette ville (1). Il y verra aussi que c'est là que florit la fameuse Université de Pensylvanie, qui possède la première école dentaire du monde. En regardant bien, il découvrira, p. 43, la photographie du bâtiment de la première Ecole de Médecine pour femmes, créée aux Etats-Unis, photographie que nous avons faite nous-même le 10 juin 1893 ; et, p. 45, le plan de l'Université. Au premier coup d'œil, il pourra constater qu'à Philadelphie, pour l'enseignement médical, on est aussi bien installé, sinon qu'à Paris, du moins qu'à Bordeaux. A la page 46, il rencontrera un dessin qui est consacré à l'Ecole de Médecine où enseignent des hommes comme Dühring, le dermatologiste ; comme Ashurst, le chirurgien ; J.-S. Billings, le premier bibliographe médical du monde ! Que vous faut-il donc de plus, cher ami ! — Pensez-vous que les Américains ne parlent pas, eux aussi, comme les Méridionaux ? Allez les écouter et vous verrez que, sur ce point, c'est du Far-West parfois que vient l'éloquence du Midi !

D'ailleurs, en dénigrant ainsi à tout hasard et sans preuve ce qui se fait à l'étranger, M. Lasalle ne fait qu'imiter plusieurs de nos maîtres bien connus, dont, en particulier, M. Lucas-Championnière. Il peut donc se vanter d'être en excellente compagnie. Le chirurgien des hôpitaux de Paris n'a pas craint, en effet, en pleine séance de la Commission des Ambulances urbaines au Conseil municipal, de déclarer qu'il ne fallait pas comparer les chirurgiens américains avec les internes des hôpitaux de Paris !!

Il serait pourtant urgent, au point de vue de l'étranger, de modifier ces manières de voir, qui prouvent au moins que quelques-uns d'entre nous ne savent pas très bien... regarder. Il ne suffit pas de parler et d'écrire. Il est indispensable de se renseigner au préalable, surtout à une époque où les voyages — même sans avoir recours aux agences —, sont devenus si faciles et où il n'y a qu'à frapper à la bonne porte pour avoir, à l'instant même, le renseignement précis dont on a besoin.

Marcel BAUDOUIN.

(1) *Jefferson Medical College, Medico-chirurgical College, Woman's Medical College*, etc., etc.

LA CENDRE DE CIGARE COMME SPÉCIALITÉ PHARMACEUTIQUE. — Il y a quelque temps, un industriel allemand vendait et prônait, avec les réclames nécessaires, une poudre contre l'hydropisie. Ce merveilleux spécifique, présenté avec des recommandations médicales et de nombreuses attestations de guérison, revenait à 140 fr. le kilogramme. Or, le Dr Hoffmann, ayant fait venir de ce remède secret, le fit analyser par le directeur du laboratoire d'analyses de Darmstadt. Celui-ci reconnut que ce produit se composait chimiquement pour moitié environ de carbonate de chaux, pour 12 0/0, de carbonate de potasse, avec des proportions variables de charbon, d'argile, de phosphates de chaux et de magnésie, etc., et, au point de vue physique, était constitué tout simplement de cendres de cigare. Comment le débitant de ce produit parvenait il à obtenir quelquefois des résultats? En recommandant de manger beaucoup de persil et de boire de la tisane de baie de génevrier. C'est égal, vendre 140 francs le kilogramme de la poudre de cigare mélangée de poussières quelconques, et en faire une spécialité pharmaceutique, voilà qui n'est pas banal!

SOCIÉTÉS SAVANTES

IIe CONGRÈS NATIONAL D'ASSISTANCE.

SESSION DE ROUEN (*suite*) (1).

Séance du mercredi 16 juin 1897.

I. — *Séances de Sections.*

Première Section. — M. BAURAIN lit ses travaux sur le *taux d'intérêt des cautionnements déposés aux Monts-de Piété* et sur le *taux d'intérêt des prêts*. Ses conclusions sont discutées par M. Duval, directeur du Mont-de-Piété de Paris, qui lit à son tour une étude sur les taux d'intérêt des prêts. La section décide d'appuyer les conclusions du second rapport, demandant à ce que la Banque de France soit tenue de faire des avances susceptibles d'intérêts à 1, 1 1/2 0/0 et ayant pour résultat la possibilité d'abaisser de 2 ou 3 0/0 de taux d'intérêt sur les prêts.

M. BARTHÈS, rappelé par un deuil cruel dans sa famille, ne peut lire son rapport sur la *recherche des moyens à employer pour remédier à l'insuffisance de l'Assistance publique*. Les conclusions de ce travail, lu par M. Muteau, président, sont adoptées.

Deuxième Section. — M. DUFOUR (de Fécamp) communique un intéressant travail sur les services rendus par la *Goutte de Lait* de Fécamp.

M. BATAILLE demande la suppression du règlement qui interdit aux nourrices au sein des maternités de conserver et d'allaiter leur propre enfant. Ce vœu est adopté. Le vœu suivant, signé par MM. P. Strauss, Lefebvre, Cambellard, est ensuite adopté par la section : « Les familles devront produire tous les deux mois un certificat médical constatant que l'enfant de 0 à 1 an est soigné conformément aux règles de l'hygiène. Ce certificat émanera soit d'un médecin choisi par la famille, soit, si celle-ci en fait la demande, d'un médecin désigné par l'administration et dont les visites pourront être gratuites. Au cas où le certificat ne serait pas produit en temps voulu par la famille, l'autorité administrative pourrait faire procéder d'office à la visite et à l'examen de l'enfant. »

Troisième Section. — M. BRUNON donne lecture d'un rapport sur la *tuberculose dans les hôpitaux de Rouen*. Il conclut à la nécessité de créer un sanatorium pour les tuberculeux et à l'insuffisance du traitement à l'hôpital.

M. LEREFAIT parle de l'isolement des tuberculeux dans les établissements hospitaliers.

M. CAUCHOIS insiste sur les soins à apporter aux tuberculeux dans les services chirurgicaux.

M. Léon PETIT, secrétaire général de l'Œuvre des Enfants tuberculeux, donne communication de son mémoire sur l'*Assistance aux tuberculeux*. L'assistance aux tuberculeux est une nécessité aujourd'hui reconnue ; elle devient même une question à l'ordre du jour. Le moment est donc favorable pour rechercher sur quelles bases doit être établie cette assistance. Il ne suffit pas, en effet, de dire qu'il faut construire des sanatoria spéciaux, non plus que de discuter la forme et l'emplacement de ces établissements : il faut d'abord et surtout se demander quels sont les phtisiques qui y doivent y être admis. Si, en effet, dans ces sanatoria tous les tuberculeux pulmonaires sont hospitalisés quels que soient le degré et la marche de leur affection, il est à craindre qu'ils aillent à l'encontre de leur but qui doit être de guérir des malades et non d'héberger des agonisants. Les établissements dont quelques médecins projettent la création et vantent par avance les mérites ne sont qu'un des rouages du mécanisme d'assistance aux tuberculeux et ce rouage ne peut fonctionner normalement s'il reste isolé. Tous les médecins sont d'accord sur les deux points suivants : 1° la tuberculose est curable ; 2° les chances de guérison sont d'autant plus grandes que la maladie est plus récente. Il importe donc pour obtenir des résultats thérapeutiques d'opérer une sélection entre les tuberculeux à assister et de n'admettre au sanatorium que ceux qui semblent encore présenter quelque chance de guérison. Est-ce à dire qu'il faudra délaisser les autres ? Non, mais pour ces derniers qui hélas ! sont encore le plus grand nombre, l'hospitalisation n'a pas besoin d'être faite dans les conditions trop onéreuses du sanatorium.

Il suffit d'offrir à ces malheureux un asile où ils pourront être recueillis en vue de leur soulagement et aussi de la suppression du danger de contamination qu'ils présentent pour leur entourage. Peut-être pourrait-on utiliser à leur profit les lits sans emploi dans les petits hôpitaux hospices de campagne où moyennant un faible prix de journée on serait heureux de les recevoir et de leur procurer un bien-être qui, assurément reviendra beaucoup plus cher si on veut se lancer, dès maintenant dans la construction d'hospices pour les tuberculeux incurables. On pourra objecter

(1) Voir *Progrès médical*, nos 25 et 26.

© BIU Santé

que ces malades deviendront un danger pour les autres hospitalisés. Mais cette objection est plus théorique que fondé, attendu que, par une simple désinfection des crachoires et par une discipline hygiénique à laquelle il sera facile de soumettre ces malades on peut éviter *sûrement* la contagion de la tuberculose. Il sera, d'ailleurs, temps quand l'expérience aura fait ses preuves de créer des hospices réservés à cette catégorie d'assistés.

Pour le moment il faut aller au plus pressé. Or le plus pressé c'est d'établir quels sont les phtisiques encore susceptibles de guérir afin de les soigner pendant qu'il en est temps encore. Cette sélection qui est la base de l'assistance rationnelle aux tuberculeux ne peuvent être assurée que par la création d'un *service de consultation spéciale pour les maladies de poitrine*. Si ce service est bien organisé (et son prix de revient sera des plus minimes) la clientèle des tousseurs ne tardera pas à le suivre assidûment. Sur ce point la preuve est faite par les dispensaires dus à l'initiative privée, notamment celui de l'*Œuvre des enfants tuberculeux* où se donnent plus de dix mille consultations par an. Il sera facile alors de faire le triage et d'engager les tuberculeux à se soigner dès le début. A l'heure actuelle, c'est exactement le contraire qui qui se passe. Entre deux phtisiques qui se présentent à une consultation d'hôpital, nous donnons la préférence au plus malade à qui nous offrons un lit pour mourir, parce que nous n'avons rien de mieux à faire.

La consultation spéciale permettra donc de peupler le sanatorium des seuls malades qui doivent y trouver place. Il ne faut pas, au surplus, oublier que les médecins allemands, dont on cite avec complaisance les heureux résultats, n'acceptent dans leur sanatoria que les tuberculeux qu'ils espèrent encore pouvoir rendre à la santé. Malheureusement, l'hospitalisation des phtisiques curables de la classe ouvrière rencontrera dans la pratique un sérieux obstacle qui est le suivant : le malade qui a derrière lui une famille à nourrir, ne consentira à s'arrêter que trop tard. Au début, malgré les avertissements des médecins, il voudra essayer de se soigner sans suspendre son travail. Et, quand quelques mois après, trahi par ses forces, il acceptera enfin l'hospitalisation, il ne sera plus un malade de sanatorium, mais un incurable d'hospice.

L'Assistance médicale des tuberculeux est frappée, par avance, d'impuissance, si sa tâche n'est pas facilitée par une *caisse de secours aux familles des phtisiques hospitalisés*. Comment, par qui sera constituée cette caisse? Sera-ce par souscription, par inspiration, par l'initiative privée, par les pouvoirs publics ou par tous à la fois : le problème n'est encore que posé; souhaitons qu'il soit promptement résolu, car toute la discussion d'ordre médical auquel nous pourrons nous livrer, avant la solution, sont condamnés d'avance à ne pas sortir du domaine de la théorie pure. L'Œuvre des Enfants tuberculeux avec son Dispensaire de Paris, ses hôpitaux de Villiers et d'Ormesson a pu réaliser avec un succès que tout le monde connaît, une assistance normale à une catégorie de phtisiques qui n'a pas à compter avec les charges sociales. Il suffira de calquer son organisation, mais pour les adultes, on ne peut espérer aucun résultat sérieux sans la caisse de secours permettant au malade de se soigner avant qu'il soit devenu un incurable.

M. Halipré présente un rapport sur l'*isolement des tuberculeux hospitalisés et leur traitement hygiénique*.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Drouineau, Peyron, Damany, Sabran, Leblond, Borel, Trenel, etc., la section vote le vœu émis par MM. Halipré et Brunon : « Que les tuberculeux hospitalisés soient isolés dans l'hôpital et que des hôpitaux spéciaux soient élevés le plus tôt possible aux alentours des villes et destinés à la cure d'air des phtisiques à tous les degrés.

M. Bellon dépose un rapport sur la *prophylaxie de la tuberculose dans les bureaux de bienfaisance de Paris*.

Séance générale. — Présidence de M. Marais.

M. Paul Strauss donne communication de son intéressant rapport sur l'*assistance des vieillards et des infirmes*. Il s'étend particulièrement sur la limite de l'âge d'admission qu'il voudrait voir abaissée au-dessous de soixante-dix ans, sur le domicile de secours et sur la subvention de l'Etat. Voici les conclusions du rapport de M. Strauss.

1° Tout Français privé de ressources, âgé de soixante-dix ans au moins ou atteint d'une infirmité ou d'une maladie reconnue incurable, qui est incapable de pourvoir à ses besoins par son travail, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'État, suivant son domicile de secours, l'assistance soit à domicile, soit d'un établisement hospitalier, soit dans des familles où il est placé moyennant pension.

2° A organiser dans chaque département, sur le modèle de la loi du 15 juillet 1893, un service d'assistance gratuite pour les vieillards et les infirmes, remplissant les conditions exigées par l'article 1er du projet de loi voté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

3° Le domicile de secours s'acquiert, pour le septuagénaire, pour l'infirme et l'incurable, par une résidence habituelle de cinq années dans la même commune et de dix années dans le département. A défaut du domicile de secours communal et départemental, l'assistance des vieillards, des infirmes et des incurables incombe à l'Etat;

4° Les dépenses du service sont obligatoires ; elles sont supportées par les communes, les départements et l'Etat dans les proportions prévues par la loi sur l'assistance médicale gratuite.

M. Vermont se déclare opposé au socialisme d'état. Il voudrait que l'on sacrifiât moins à l'assistance publique, qu'on développât davantage l'assistance préventive, et que l'on augmentât de plus en plus les subventions et la liberté des sociétés de secours mutuels.

M. H. Sabran est d'avis, pour le moment, de n'appliquer l'assistance qu'aux incurables et subsidiairement aux vieillards.

M. Sorel dit qu'avant de pousser le Gouvernement à des dépenses considérables, il faudrait améliorer l'hospitalisation des malades. L'ouvrier doit faire partie de sociétés de secours mutuels. Il votera pour les incurables, mais non pour les vieillards de soixante-dix ans.

M. André Lefebre s'élève contre l'état d'esprit, qui tend à supprimer l'assistance publique.

M. Brunon dénonce l'alcoolisme, comme une des principales causes d'imprévoyance.

Après une intéressante discussion, M. Le Verdier propose d'émettre le vœu suivant : « Le Congrès, considérant la nécessité d'encourager l'initiative individuelle, émet le vœu que la législation, au lieu de proclamer le droit absolu à l'assistance, proclame le droit à des subventions égales ou proportionnelles à toute épargne quelconque. »

Les conclusions de M. Paul Strauss sont votées à une grande majorité.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séances du Jeudi 17 Juin 1897.

Première Section. — Président : M. Drouineau.

M. Bordeaux, administrateur délégué du *Refuge de Nuit*, fondé en 1882 par Mme Hendlé, a lu un exposé des résultats obtenus par cette œuvre. — M. de Pulligny communique la *statistique des asiles de nuit à Paris*.

M. Drouineau donne lecture d'un intéressant rapport sur l'*assistance aux nomades*. Il recherche les moyens d'assister les nomades, au lieu de les considérer comme des gens dangereux. Il étudie les causes de l'existence nomade et montre que les déplacements d'une partie de la population sont inévitables et dus pour partie à des causes économiques. Le rapporteur émet le vœu que le législateur modifie les lois sur le vagabondage et la mendicité et recherche en même temps les moyens de venir en aide aux nomades, sans toutefois encourager la paresse.

Deuxième Section. — Président : M. Brunon.

M. Sutils prend la parole pour la communication relative aux *pesages réguliers des enfants protégés*. — MM. Mario et Metton-Lepouze s'associent pleinement à la mesure qui découle de ce rapport. — M. Gilles lit son rapport sur la *statistique décennale du service de la protection de l'enfance à Rouen* (1885-1895). La section exprime à M. Gilles ses remerciements pour son étude si consciencieuse et si documentée.

M. Gilles fait une deuxième communication sur le *calcul de la mortalité des enfants placés en nourrice*, qui lui vaut les mêmes remerciements.

M. Bouju donne lecture d'un rapport ayant trait à l'*assistance médicale des enfants placés en nourrice* et se terminant par le vœu suivant : « Pour permettre d'appliquer aux enfants placés en nourrice la loi sur l'Assistance médicale gratuite, la dépense mise à la charge de la commune, qui n'est pas le domicile de secours, sera réduite à celle des trois premiers jours de la maladie, lorsqu'il s'agit d'enfants âgés de moins de deux ans. » M. de Willing appuie ce vœu. M. André Lefebre remercie le Dr Bouju, au nom des petits Parisiens. M. Théophile Roussel remercie le Dr Bouju et cite quelques faits typiques à l'appui de la thèse soutenue par le Dr Bouju et adoptée par la section.

M. Bouju donne communication d'un travail ayant pour titre : *Calcul de la mortalité des nourrissons placés en* 1896 *dans le Loiret*, d'après les bases de la circulaire ministérielle

© BIU Santé

du 25 août 1896 et des indications. Le vœu suivant proposé par M. Bouju est adopté à l'unanimité : « Que la surveillance des nourrissons devant être d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune, les enfants âgés d'au moins six mois seront l'objet de deux visites du médecin, et qu'il ne soit plus fait qu'une visite tous les deux mois aux enfants qui ont quatorze mois révolus. »

Troisième Section. — Président : M. Brueyre.

M. Noir fait une communication sur l'*Assistance médicale gratuite et les syndicats médicaux*. Après une discussion à laquelle prennent part MM. Leblond, Vicard, Bataille, Peyron, un projet de vœu ainsi conçu est adopté : « Le Congrès national d'Assistance émet le vœu que, dans toutes les régions où il existe des syndicats médicaux, ces syndicats soient officiellement consultés sur les *desiderata* des médecins et sur les différends concernant l'organisation de l'Assistance médicale, comme le permet l'article 6 de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels. »

M. Bataille présente un mémoire sur les rapports *des hôpitaux et des dispensaires avec les Compagnies d'assurances*. Après une discussion entre MM. Bataille, Noir, Leblond, etc., le Congrès émet le vœu : « 1° Que les ouvriers assurés contre les accidents ne soient pas, en pareil cas, considérés comme indigents. 2° Il attire l'attention du Parlement sur la nécessité d'alléger l'Assistance publique des frais exigés par les accidents du travail, dont le patron sera responsable, lorsque la loi sur la responsabilité des patrons sera appliquée. »

M. Bataille présente un projet de vœu pour la *création d'une caisse de retraite en faveur des infirmiers et infirmières des hôpitaux*.

M. Noir lit, au nom de M. Bourneville, la note suivante :

Création d'une caisse de retraite en faveur des infirmiers et des infirmières des hôpitaux.

M. Bourneville. — Empêché à notre grand regret d'assister au Congrès de Rouen, nous sommes obligé de nous borner à envoyer une note sommaire sur la question traitée par M. le Dr Bataille.

Pour les hôpitaux de Paris, il existe depuis bien des années des *pensions de repos*, accordées par l'Administration générale de l'Assistance publique, sans qu'il soit opéré aucune retenue sur le traitement très modique du personnel. Voici comment l'arrêté du Directeur de cette Administration, en date du 1er août 1877, approuvé par le Préfet de la Seine le 31 août de la même année, a fixé, en les élevant par rapport au passé le taux des pensions représentatives et des allocations extraordinaires accordées aux sous-employés et serviteurs admis au repos.

C'est l'espoir d'obtenir un jour cette pension de repos qui maintient dans les hôpitaux de Paris les sous-employés et une partie des infirmiers et infirmières, et fait que, ne pouvant l'espérer dans les établissements hospitaliers de Paris, elles hésitent à répondre à l'appel des municipalités qui voudraient remplacer leur personnel religieux par un personnel laïque.

Jusqu'en 1883, il n'existait rien d'analogue pour le personnel secondaire des asiles d'aliénés de la Seine, relevant directement du département. La question fut soulevée à cette époque. L'Administration préfectorale fit étudier un projet de fondation d'une caisse de prévoyance au profit de ce personnel. Ce projet était très compliqué et d'une application difficile. Nous fûmes chargé de l'examiner par le Conseil général de la Seine (1). Nos conclusions furent qu'il y avait lieu d'inviter l'Administration à appliquer au personnel secondaire des asiles, les arrêtés des 1er et 31 août 1877, fixant les pensions représentatives et allocations extraordinaires accordées aux sous-employés et serviteurs de l'Assistance publique admis au repos.

Les premières indemnités représentatives ont été allouées en 1887. Elles ont oscillé entre 236 fr. et 1.050 fr. Depuis lors, il y en a eu en moyenne 5 par an.

Ce qui existe à Paris, pour les hôpitaux, et dans le département de la Seine, pour les asiles, devrait exister pour le personnel secondaire des établissements nationaux de bienfaisance, et pour tous les établissements hospitaliers de province départementaux et municipaux. C'est ce que nous avons proposé en bien des circonstances et notamment au Congrès international d'Assistance de 1889 (1).

SERVICES	MONTANT DES PENSIONS ET ALLOCATIONS EXTRAORDINAIRES								
	REPOSANTS de 1re classe			REPOSANTS de 2e classe			REPOSANTS de 3e classe		
	Pensions. (1)	Allocations extraordinaires	TOTAL	Pensions. (1)	Allocations extraordinaires	TOTAL	Pensions. (1)	Allocations extraordinaires	TOTAL
Hommes.									
Après 15 ans accomplis.....	250	60	310	225	40	265	200	30	230
— 16 ans —	250	64	314	225	44	269	200	34	234
— 17 ans —	250	68	318	225	48	273	200	38	238
— 18 ans —	250	72	322	225	52	277	200	42	242
— 19 ans —	250	76	326	225	56	281	200	46	246
— 20 ans —	500	80	580	450	60	510	400	50	450
— 21 ans —	500	97	597	450	73	523	400	60	460
— 22 ans —	500	114	614	450	86	536	400	70	470
— 23 ans —	500	131	631	450	99	549	400	80	480
— 24 ans —	500	148	648	450	112	562	400	90	490
— 25 ans —	500	165	665	450	125	575	400	100	500
— 26 ans —	500	182	682	450	138	588	400	110	510
— 27 ans —	500	199	699	450	151	601	400	120	520
— 28 ans —	500	216	716	450	164	614	400	130	530
— 29 ans —	500	233	733	450	177	627	400	140	540
— 30 ans et au-dessus..	500	250	750	450	190	640	400	150	550
Femmes.									
Après 15 ans accomplis.....	200	60	260	175	40	215	165	30	195
— 16 ans —	200	64	264	175	44	219	165	34	199
— 17 ans —	200	68	268	175	48	223	165	38	203
— 18 ans —	200	72	272	175	52	227	165	42	207
— 19 ans —	200	76	276	175	56	231	165	46	211
Après 20 ans accomplis.....	400	80	480	350	60	410	330	50	380
— 21 ans —	400	97	497	350	73	423	330	60	390
— 22 ans —	400	114	514	350	86	436	330	70	400
— 23 ans —	400	131	531	350	99	449	330	80	410
— 24 ans —	400	148	548	350	112	462	330	90	420
— 25 ans —	400	165	565	350	125	475	330	100	430
— 26 ans —	400	182	582	350	138	488	330	110	440
— 27 ans —	400	199	599	350	151	501	330	120	450
— 28 ans —	400	216	616	350	164	514	330	130	460
— 29 ans —	400	233	633	350	177	527	330	140	470
— 30 ans et au-dessus..	400	250	650	350	190	540	330	150	480

(1) Les reposants de toute classe, comptant au moins 20 ans de services, pourront être admis à jouir du *repos en nature* dans l'un des deux hospices de la Vieillesse, au lieu et place de la pension, en tant toutefois que les lits qui leur sont affectés dans ces hospices, comporteront des vacances.

Nous avons fait décider par la Commission de surveillance des asiles de la Seine et par le Conseil général, que les années de service des infirmiers et des infirmières passées dans les hôpitaux seraient comptées pour l'admission au repos des infirmiers et infirmières des asiles. Nous avons demandé la réciproque à l'Assistance publique, c'est-à-dire que les années passées dans les asiles soient comptées au personnel des hôpitaux.

Après avoir insisté sur la nécessité de cette réciprocité, qui n'a été accordée que l'an dernier, nous disions, dans notre discours à la distribution des prix de l'école de la Salpêtrière, le 16 septembre 1889 :

« Chaque fois que nous avons cherché des recrues pour des hôpitaux de province ou pour des établissements de

(1) *Rapport sur la fondation d'une caisse de prévoyance au profit du personnel secondaire des asiles*, 1883.

(1) *Congrès international d'Assistance*, 1889, tome II, page 212.

© BIU Santé

l'État nous en avons trouvé en grand nombre. Tous et toutes nous ont posé cette question : nos années de service dans l'Assistance publique de Paris nous seront-elles comptées ? Et comme nous ne pouvions répondre affirmativement, l'organisation faisant défaut, ce n'est, le plus souvent que, parmi les infirmières nouvelles ou les boursières que nous avons pu recruter les personnes envoyées dans les établissements de bienfaisance de l'État ou dans les établissements de province. »

Tous les ans, soit dans le *Progrès médical*, soit aux discours des distributions de prix aux écoles d'infirmières, nous n'avons pas cessé de revenir sur cette question. Comme nous l'avons vu, nos efforts ont été couronnés de succès, en ce qui concerne les établissements municipaux et départementaux du département de la Seine. Nous avons essayé d'intervenir auprès du Ministère de l'Intérieur. Nous l'avons fait en 1893, dans les termes suivants :

« La direction de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur a également des obligations à remplir, si elle veut réellement améliorer le service direct des malades. Il importe qu'elle intervienne pour faire établir des *Écoles d'infirmiers et d'infirmières* dans les principales villes, notamment, nous le répetons, dans celles où existent des facultés ou des écoles préparatoires de médecine. Il faut qu'elle intervienne aussi pour faire instituer partout des *pensions de repos* pour le personnel secondaire des établissements hospitaliers. Les ressources dont elle dispose avec le pari mutuel la mettent en mesure, si elle le veut sérieusement, d'agir d'une façon efficace.

« Donc, si l'on veut obtenir facilement des infirmiers, des surveillants, des surveillantes, diplomés, offrant des garanties sérieuses au point de vue de leur instruction primaire et professionnelle, il faut créer partout des pensions de repos ; partout il faut que les services rendus dans les établissements hospitaliers municipaux entrent en ligne de compte si le sous-employé ou l'infirmier permute, dans des conditions honorables, pour une place dans des établissements de bienfaisance départementaux ou nationaux. »

En résumé, si l'on veut doter tous les établissements hospitaliers de France, d'un personnel secondaire, instruit, dévoué, stable, il importe de réaliser les réformes suivantes :

1° Créer dans les hôpitaux des grandes villes, notamment dans les villes qui possèdent des Facultés et des Écoles préparatoires de médecine, des écoles professionnelles pour les infirmiers et infirmières.

2° Établir un programme minimum et consacrer l'enseignement professionnel par la délivrance d'un diplôme.

3° Ne donner ensuite les places d'infirmiers et d'infirmières dans les établissements publics qu'aux personnes possédant les diplômes professionnels.

4° Relever les salaires.

5° Instituer partout des pensions de repos par la participation des communes, des départements et de l'État (Pari mutuel).

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Cerné, Picard, Thivet, Trenel, Cartyl, Rondel, le Congrès émet le vœu que le personnel des établissements publics d'assistance ait une retraite assurée et qu'il présente des garanties de capacité légitime d'élévation de son salaire, déjà insuffisant dans l'état actuel des choses.

MM. Paul Brousse et A. Marie donnent le résumé de leur rapport sur l'*Assistance familiale*. — Conçue comme un des moyens de diminuer l'encombrement des asiles de Paris par les chroniques incurables, la colonie de Dun représente en quelque sorte l'intermédiaire entre l'hospice de vieillards ordinaires et l'asile fermé pour le traitement des aliénés curables (1). Elle assiste jusqu'ici principalement les déments séniles ou vésaniques reconnus, après observation spéciale, inoffensifs et susceptibles d'être placés dans les familles sous une surveillance médicale constante (2). Avec 504 entrées en 5 ans, la colonie n'a eu que 89 décès, 1 évasion, 25 réintégrations (rapport du Dr Marie, 16 août 1893) et six sorties définitives en liberté (1894). Le prix payé pour les malades aux nourriciers est de 1 fr. 15 en moyenne en échange du logement, du couchage et de l'alimentation. L'habitation est relativement confortable ; l'alimentation exigée, qui, seule, entre dans le prix de journée ci-dessus, comporte la viande fraîche quatre jours par semaine, ainsi qu'un litre de vin.

L'habillement, la chaussure et le linge de corps sont aux soins de l'Administration. Celle-ci est représentée par un médecin des Asiles de la Seine (Dr Marie), deux assistants, un régisseur, un homme de peine et une infirmière. Un local contient les bureaux et logements du personnel, une infirmerie centrale de 15 lits en voie d'agrandissement, lingerie, vestiaire, chambre d'isolement, bains, etc. Le chiffre total des malades pourrait être facilement doublé.

Il y aurait peut-être lieu d'étendre le système à l'hospitalisation transitoire d'aliénés convalescents sortants. Ce serait alors une sorte de patronage familial en même temps qu'un équivalent de l'asile de convalescence pour les maladies mentales. L'extension du système familial aux curables qui en peuvent bénéficier n'est qu'une suite logique du grand mouvement qui tend à rendre l'asile à sa véritable destination d'hôpital de traitement pour les aliénés à la phase aiguë.

M. Rondel résume son travail sur les *conséquences économiques et sociales de la loi sur l'Assistance médicale gratuite*. — Depuis la loi du 15 juillet 1893, l'Assistance médicale des pauvres est devenue un service public, mais non pas un service public comme celui de l'enseignement, qui est un service socialiste, auquel ont droit de profiter riches comme pauvres : l'assistance médicale n'est due qu'aux malades *privés de ressources*. Qu'est-ce qu'un « privé de ressources » ? L'expression n'est pas nouvelle, elle est empruntée à l'article 1er de la loi du 7 août 1851 qui règle l'admission à l'hôpital des malades de passage. La privation de ressources, c'est le dénûment « actuel », celui qui concomite avec la maladie, tandis que l'indigence est le dénûment « habituel », la misère, pour ainsi dire, consolidée.

On aurait pu croire qu'avec le droit à l'assistance pour tous les privés de ressources, le paupérisme officiel allait se multiplier. D'après les résultats aujourd'hui connus, cette crainte, qui a beaucoup pesé sur la réputation faite au nouveau service, n'avait nullement sa raison d'être.

En faisant la comparaison, pour les quinze départements, qu'il est aujourd'hui possible de mettre en ligne, des chiffres de l'année 1895 avec ceux de 1896, on arrive aux constatations suivantes.

Pour une population d'environ cinq millions d'habitants, le nombre des inscrits sur les listes d'assistance a été de 280 819 en 1895 et de 238.936 en 1896, soit une diminution de près de 50.000. D'autre part, le nombre des malades traités a été, en 1895, de 66.616, et, en 1896, de 63.680, soit une diminution de près de 3.000. En ce qui concerne les dépenses, celles relatives à l'hospitalisation des malades ont augmenté quelque peu ; mais ce sont surtout les frais du traitement à domicile, dont l'augmentation se manifeste, dans des proportions, sur certains points, inquiétantes.

L'ensemble des honoraires de médecin s'est élevé de 376.009 fr. 22 à 390.939 fr. 94, celui des frais pharmaceutiques s'est élevé de 306.635 fr. 79 à 368.167 fr. 73. A la vérité, ces chiffres ne sont peut-être pas à l'abri de critiques, non pas quant à leur authenticité, qui est absolue puisqu'ils sont extraits de comptes financiers, mais quant à leur rapprochement.

Il se peut, en effet, que des imputations aient été reportées d'un exercice à l'autre, de façon à forcer celles de la deuxième année. Quoi qu'il en soit, l'étude détaillée des chiffres montre que l'augmentation des dépenses n'est pas spéciale à tels ou tels groupes de communes.

Malgré tout, le service de l'Assistance médicale gratuite fonctionne d'une façon assez satisfaisante, en tant qu'il se réfère à l'exécution pure et simple de la loi du 15 juillet 1893 ; les abus les plus grands qui se sont produits sont relatifs à l'application de l'article 1er du 7 août 1851. De tous les côtés de la France un cri se lève ; cri de protestation des hôpitaux qui se plaignent que des malades sont abandonnés à leurs portes et que quand ils les ont admis par humanité, les communes

(1) L'*Assistance des aliénés en Ecosse*, ch. XI, Dr Marie. Rapport administratif (mission médicale), 1892.

(2) Intervention ministérielle du 2 mai 1892.

© BIU Santé

refusent de payer les prix de journée. Pour remédier à ces abus, l'Administration centrale a fait deux choses : elle a précisé le sens à donner au mot tomber malade, et elle a fait connaître qu'au cas où le maire de la commune débitrice du secours immédiat refuserait de contresigner le certificat d'admission, le préfet pourrait faire tomber sa résistance par application de l'article 85 de la loi municipale. Le Congrès dira s'il lui paraît nécessaire d'instituer en outre une pénalité, d'assimiler, par exemple, l'abandon d'un malade à l'abandon d'un enfant. La question de l'assistance aux malades ne reste donc plus à résoudre que pour les malades incurables, lesquels ne bénéficient pas de la loi du 15 juillet 1893. La dernière loi de finances contient bien un article qui permet d'organiser dans chaque département un service en leur faveur, mais il ne s'agit encore que d'une simple faculté et l'exemple des abandons de malades prouve que, même avec l'obligation légale, on rencontre des difficultés à faire remplir aux communes pauvres leurs devoirs d'assistance envers les malheureux.

Visites. — L'après-midi a été consacrée à la visite des divers établissements de bienfaisance du Havre et notamment de l'asile de Saint-Yon, où le très sympathique Dr Giraud, secrétaire général du Congrès, nous a fait une magnifique réception. Nous reviendrons, du reste, sur ces visites.

(*A suivre.*) Albin Rousselet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 juillet 1897. — Présidence de M. Caventou.

Un cas de gastrectomie.

M. Péan présente une malade offrant toutes les apparences de la plus belle santé, à qui il a enlevé, il y a six mois, les deux tiers de l'estomac pour un cancer diffus. L'extirpation porta également sur sept ganglions cancéreux. L'abouchement de l'estomac a été fait avec le duodénum et non avec l'intestin grêle, de façon à avoir un meilleur fonctionnement physiologique. Cet abouchement a été fait au moyen du bouton de Murphy. Les vomissements, les hématémèses, la cachexie, déjà très accentuée, ont disparu. La malade digère facilement six repas par jour et a augmenté de vingt-cinq kilos.

Abcès du foie.

M. Berger rapporte un cas d'abcès du foie développé sous l'influence de la grippe, six ans après une poussée légère d'hépatite survenue au cours d'une dysenterie contractée au Tonkin. Une évacuation par vomique amena un soulagement très grand, mais momentané. La fièvre et des accidents septiques reparurent bientôt. L'incision transdiaphragmatique de l'abcès facilitée par les adhérences donna une guérison rapide et complète. M. Duflocq, qui avait suivi et a revu le malade, n'a plus constaté que quelques battements pleuraux.

M. Rendu cite un autre cas d'abcès du foie où la période latente entre la poussée de dysenterie et l'abcès fut de onze ans. Un bain froid, des excès alcooliques parurent être la cause occasionnelle de la suppuration.

Tétanos et sérothérapie.

M. Wehlin (de Clamart) rapporte un fait de tétanos grave, guéri par des injections de sérum antitétanique. Les doses injectées ont été 30 cc. (premier jour), 20 cc. (deuxième jour), 30 cc. (cinquième jour), 40 cc. (sixième jour).

Bactériologie de la peste.

M. Roux lit un rapport sur les travaux de MM. Wissokowitch et Zorobati, membres de la mission russe de Bombay. Ces travaux établissent en particulier : 1° la valeur de la sérothérapie ; 2° les propriétés agglutinantes du sérum sanguin des pestiférés.

Rayons X et tuberculose.

MM. Bergonié et Mongour (de Bordeaux) ont traité cinq tuberculeux par les rayons X. Voici leurs conclusions : 1° Dans deux cas de phtisie aiguë où la déchéance était accrue par l'alcoolisme et les privations, l'action des rayons X a été absolument nulle, aussi bien sur l'état local que sur l'état général. 2° trois cas de tuberculose pulmonaire chronique ont donné un résultat nul, une amélioration immédiate de l'état général sans modification de l'état local ; une amélioration de l'état général et local pendant un mois et demi, puis poussée nouvelle ; 3° dans les trois cas où les rayons n'ont pas eu d'action favorable, la tuberculose pulmonaire a suivi son cours sans qu'il se soit produit de poussées nouvelles imputables au traitement ; 4° le bacille de Koch n'a pas paru modifié ni comme nombre, ni comme forme, sous l'action des rayons X ; 5° il est probable qu'il se produit, sous l'influence de ces rayons, une organisation meilleure du parenchyme pulmonaire pour la lutte contre le bacille de Koch, peut-être même une action phagocytaire plus intense. Ces faits sont donc un encouragement à poursuivre de pareilles recherches. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 juillet 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Cancer du rectum.

M. Marchand. — Les récidives du cancer se produisent dans la cicatrice ; très exceptionnellement, sinon jamais, il y a récidive ganglionnaire.

M. Quénu ne peut accorder l'intégrité des ganglions lymphatiques ; toujours il y a des adénopathies cancéreuses.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Reclus. — Le procédé de Doyen lui a paru le plus facile. Faut-il oui ou non faire l'hémostase provisoire ? M. Doyen dit non. La question est sans importance dans les cas ordinaires. La plupart des auteurs, après l'ablation de la tumeur, insistent sur la nécessité de fermer le vagin. Pour lui, il le laisse largement ouvert. Il faut substituer les ligatures au catgut aux ligatures à la soie. Celles-ci peuvent persister dans le vagin pendant longtemps. Dans les huit cas de fibrômes qu'il a opérés par le procédé de Doyen, la guérison s'est faite dans d'excellentes conditions. L'hystérectomie abdominale totale est une excellente opération ; les résultats sont excellents, grâce aux nouveaux procédés (Delagenière, etc.).

M. Reynier. — Quand l'utérus est de moyen volume, tous les procédés sont faciles ; mais, s'il est volumineux, s'il remplit l'excavation pelvienne, la recherche des utérines devient difficile. Dans le procédé Richelot, le décollement de la vessie se fait de haut en bas. Il est moins facile que de bas en haut. Aussi, dans ces derniers temps, il a adopté le procédé de Doyen, extrêmement facile et rapide. Quant à l'hémostase préventive, elle a peu d'importance. Il ne faut pas fermer le vagin. Pour les fils, il pense que le catgut doit remplacer les fils de soie. Le procédé d'hystérectomie abdominale totale de Delagénière paraît radical ; il est loin d'être démontré que l'utérus sans annexes est gênant et dangereux. C'est dans les lésions graves et suppurées que l'hystérectomie abdominale totale doit être appliquée.

Mélanosarcome primitif des ganglions cervicaux.

M. Berger. — Un homme de 50 ans portait depuis un an et demi une énorme tumeur ganglionnaire, occupant toute la région sous-maxillaire et sous-sterno-mastoïdienne. La tumeur était mobile, parfaitement circonscrite. Il enleva tous les ganglions et ferma la plaie. La tumeur était noire et ne laissait aucun doute sur sa nature mélanique. Il y a quinze mois actuellement ; pas de récidive. L'examen histologique a confirmé la nature mélanique type de la tumeur ganglionnaire.

M. Ricard présente un malade opéré par le *cerclage de la rotule depuis vingt-trois jours.* M. B.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du jeudi 10 juin 1897.

M. Pichevin présente un *utérus enlevé avec les annexes par la voie vaginale pour un double pyosalpinx.* Après inci-

© BIU Santé

sion du cul-de-sac postérieur, il fit la fente médiane antéro-postérieure de l'utérus; cette manœuvre lui permit d'enlever facilement les poches salpingiennes.

M. Maygrier. — *Eclampsie post-partum.* — Une primipare de 26 ans arrive à Lariboisière; travail à terme. Depuis un mois, elle présentait de la céphalée et de l'œdème des membres inférieurs. Sept heures et demie après l'accouchement, elle eut une première attaque d'éclampsie suivie de trois autres de 11 heures du matin à 2 heures. Entre chaque crise, elle reprenait connaissance. De 2 heures du soir à 6 heures, elle resta calme; à 6 heures, elle eut une nouvelle attaque à la suite de laquelle le coma persista. Son état s'aggrave rapidement et elle meurt à 7 heures du soir. Cette observation est intéressante en ce sens que l'éclampsie post-partum d'habitude bénigne a eu une terminaison fatale. Il y a de plus lieu de faire remarquer que cette observation va à l'encontre des idées soutenues par les partisans de la provocation du travail dans le cas d'éclampsie de la grossesse. L'auteur en prend acte pour s'opposer à cette manière de faire. Il est bien entendu cependant qu'il reste partisan de la terminaison rapide du travail chez les éclamptiques, conduite qui ne peut donner que d'excellents résultats pour la mère et pour l'enfant.

VARIA

Les Comités de Patronage des hôpitaux.

La semaine dernière a eu lieu dans le grand amphithéatre de l'Assistance publique la réunion constitutive du comité de patronage des hôpitaux. M. Félix Voisin, président du conseil de surveillance, présidait, assisté de MM. Paul Strauss, Breuillé, Lampué, Paul Bernard, Girou. Un grand nombre de fonctionnaires de l'administration et de dames assistaient à cette réunion. M. Paul Strauss a défini le rôle de ces comités, montré leur utilité au point de vue de la visite aux malades et de l'aide offerte à leurs familles. Le projet de règlement ci-après a été ensuite discuté et approuvé.

I. Un comité de patronage est institué dans les hôpitaux pour visiter, en dehors de toute préoccupation politique ou religieuse, les malades, veiller sur leurs familles, les suivre à leur sortie pour les aider et faciliter leur réintégration dans leur emploi antérieur ou leur placement nouveau.

II. Pour faire partie du comité de patronage, il faudra être présenté par deux membres et être agréé par la commission exécutive.

III. La commission exécutive est formée du vice-président du conseil de surveillance de l'Assistance publique et du président de la 5e commission du Conseil municipal, du directeur de l'Assistance publique, de trois représentants du Conseil municipal désignés par la 5e commission, de trois représentants du conseil de surveillance de l'Assistance publique, de trois maires ou adjoints, désignés par leurs collègues, de trois administrateurs des bureaux de bienfaisance, choisis par leurs collègues, de trois membres du ou des comités de patronage: la commission exécutive est chargée de veiller au fonctionnement des comités de patronage.

IV. La commission exécutive sera présidée à tour de rôle (tous les trois mois) par le vice-président du conseil de surveillance et le président de la 5e commission.

V. Les visiteurs et dames patronesses des hôpitaux devront s'abstenir de tout don d'argent et même de tout don en nature d'une façon générale dans l'intérêt des malades.

Les comités de patronage, dans les hôpitaux et hospices, ont été créés par le Conseil municipal le 4 mai dernier, sur la proposition de M. Paul Strauss, dans le but de visiter les malades, de veiller sur leurs familles, de les suivre à leur sortie pour les aider et faciliter leur réintégration dans leur emploi antérieur ou leur placement nouveau. En divisant Paris en circonscriptions hospitalières, le Conseil municipal s'était proposé, d'accord avec le directeur de l'Assistance publique et le conseil de surveillance, de rapprocher le malade nécessiteux de son domicile et de lui assurer l'hospitalité la plus cordiale et la plus sûre, mais ce malade n'y trouve pas habituellement le repos moral et la sécurité dont il a tant besoin pour guérir et reprendre à la vie.

Les comités de patronage ont pour mission de visiter les malades, de s'intéresser à leur sort et à celui de leurs familles; à ceux qui souffrent dans l'isolement ils apportent le réconfort moral d'une sympathie active; ils interrogent discrètement les autres sur les besoins de leurs familles et peuvent ainsi provoquer l'initiative des bureaux de bienfaisance, des mairies, des sociétés privées, etc. Enfin, les familles délaissées, parfois réduites à la misère par l'absence de leur chef, trouveront auprès d'eux le concours indispensable à ces heures de crise.

La maladie et les travaux scientifiques.

M. Audifred, député, a publié jadis dans l'*Événement* un article sur son intervention en 1896 à la Chambre dans la question des subventions à allouer aux laboratoires scientifiques. Nous en extrayons les passages ci-dessous.

« Entre tous les fléaux dont notre pauvre humanité est victime, le plus terrible est incontestablement la maladie. Personne n'y échappe, et les statistiques établissent qu'une personne sur quatre est annuellement atteinte par elle, que sur douze maladies une se termine par la mort. Combien coûtent ces maladies? *Plus d'un milliard par an!*

« Si c'était tout, on pourrait, à la rigueur, prendre son parti de cette perte colossale. Mais, comment rester indifférent devant la disparition annuelle de 825.000 personnes, dont 225.000 sont emportées par des maladies infectieuses *évitables*; surtout lorsque, dans son aveuglement, la mort frappe prématurément: des savants, des penseurs, des hommes d'Etat, des artistes, de ces hommes qui sont capables de faire franchir à l'humanité une étape dans la voie du Progrès. Quételet, l'un des premiers qui ait appliqué la statistique aux faits de la vie sociale, a écrit cette phrase, qu'on ne saurait lire sans une poignante émotion:

L'homme, pendant ses premières années, vit aux dépens de la Société; il contracte une dette qu'il doit acquitter un jour, et s'il succombe avant d'avoir réussi à le faire, son existence a été pour ses concitoyens plutôt une charge qu'un bien. Or, il naît annuellement, en France, au-delà de 930.000 enfants, dont 9/20 sont enlevés avant d'avoir pu se rendre utiles; ces 432.000 infortunés peuvent être considérés comme autant d'amis étrangers qui, sans fortune, sans industrie, sont venus prendre part à la consommation, *et se retirent ensuite sans laisser de traces de leur passage que de tristes adieux et d'éternels regrets.* La dépense qu'ils ont occasionnée, sans tenir compte du temps qu'on leur a consacré, représente, au minimum, la somme énorme de 432 millions de francs! Si l'on considère, d'autre part, les douleurs que doivent exciter de pareilles pertes, douleurs que ne pourrait compenser aucun autre sacrifice, on sentira combien ce sujet est digne d'occuper les méditations de l'homme d'Etat et du philosophe vraiment ami de ses semblables.

Ce que dit Quételet des enfants est encore plus vrai des adultes, emportés en pleine maturité. A ces maux dont souffre l'humanité, la science moderne est-elle en mesure d'opposer un remède? La réponse n'est pas douteuse.

Mais il lui faut de l'argent pour ses recherches. C'est pour permettre de payer les dépenses qu'il avait demandé à la Chambre un premier crédit de 250.000 francs. Par voie de transaction, on lui a accordé 125.000 francs sur le Pari mutuel. Ce crédit vient d'être mis à la disposition de M. le Ministre de l'Instruction publique.

C'est un commencement. *Pour la première fois, et d'une manière précise,* les recherches scientifiques acquièrent droit de cité dans nos budgets; c'est là un fait important. Mais cette œuvre de la recherche scientifique ne doit pas être seulement une œuvre d'Etat; il importe que l'initiative individuelle s'en empare. Toutes les générosités peuvent ici se donner carrière.

L'Université de Bologne au moyen âge.

D'après M. Lantier, Bologne fut, au moyen âge, toute grouillante de professeurs et d'étudiants. Il y eut, dans cette Université qui fut la doyenne, ou l'une des doyennes de l'Italie, jusqu'à dix mille élèves. Il y en a quatorze cents, aujourd'hui... Ils ne sont ni bruyants comme les étudiants pauvres, ni brillants comme les étudiants riches. On les voit se promener par groupes, assez calmes, au *Pavaglione*. Ils ne vont pas au café, pour cette raison qu'il n'y en a pas, ou à peu près pas. Que font-ils? A moins qu'ils n'étudient, ce qui est toujours — quand on

© BIU Santé

étudie — une hypothèse un peu risquée .. Mais l'on ne peut se défendre, tout de même, d'un grand respect pour l'antique gloire de Bologne, quand le plus loqueteux des mendiants, vous voyant errer le nez en l'air, peut dire, d'un accent fier, en montrant la maison de Galvani : « *Qui fù descopertà l'electricità!* » Des générations de savants, de travailleurs, de chercheurs ont vécu là, parmi les bouleversements politiques, seulement inquiets de leur tâche et soucieux de vérité. Allez à la vieille Université. Regardez, sur les murs, ces écussons où fut marqué le souvenir des diverses catégories d'étudiants qui venaient, de partout, se réchauffer au foyer, de partout entrevu. Il y avait de tout : des Russes, qu'on appelait *Sarmates* en latin, des Indiens (?) et des Célestes. Des Chinois à Bologne, au dix-septième siècle! Et tout Paris est ébaubi quand Li-Hung-Chang daigne promener sur nos boulevards sa natte courte et son sans-gêne démesuré! .. Entrez dans la salle du du cours d'anatomie à l'*Archiginnasio*. Et voyez ce que les boiseries rappellent. Ici, un savant qui tient, en main, un nez, pour nous apprendre qu'il fit les premières expériences de *rhinoplastie*, ici, à Bologne. Là, deux têtes de *professeurs-femmes*, pour humilier un peu le siècle de progrès où *doctoresse* est un « mot de la fin » et un titre de vaudeville... Oui, ce sont là de grands et nobles souvenirs... Dès lors qu'on a payé ce tribut de respect, on peut bien sourire de la façon un peu naïve dont les réelles beautés de Bologne sont mises en valeur par les professionnels. A la vieille Université, un guide ne manque jamais de vous montrer la salle où *la « première dissection »* fut, paraît-il, opérée. Or, n'en croyez rien. La salle n'est pas du temps...

Les aliénés criminels devant la loi.

M. l'avocat Cruppi, dans un récent article, a exposé que, par une incroyable lacune de notre code, le cas de l'aliéné criminel n'est pas prévu par la loi française! Tel aliéné incendiaire, ayant déjà commis de nombreux crimes, sera sans doute mené dans un asile après son acquittement; mais si, après un temps très court dans ce milieu d'où toute excitation est absente, il paraît calmé aucune loi n'autorisera à le retenir! On se trouve donc à l'audience dans la situation la plus fausse : l'acquittement de cet aliéné constitue un grave danger, sa condamnation serait une évidente injustice. Quel trouble alors pour le jury!

« Au temps heureux de notre audience réformée, la France sera, nous l'espérons, en possession d'une réforme depuis longtemps étudiée et mûrie, et que l'Angleterre notamment a réalisé depuis cinquante ans : elle aura une loi sur les aliénés criminels! » Irresponsabilité constatée par le jury en réponse à une question posée par le président des assises ; internement dans des quartiers spéciaux des asiles actuels de l'individu relaxé ou acquitté ; sortie pour cause de guérison que si une commission juge cet individu non suspect de rechute. Voilà, entre autres, les mesures que devra édicter cette loi. Leur adoption fera disparaître une grave cause de trouble pour la conscience des jurés...

« Ceux ci, dans notre audience de demain, après avoir entendu des témoignages moins nombreux, une expertise plus autorisée, recevront aussitôt la liste écrite des questions qu'ils devront résoudre, et auront ainsi un but précis à donner à leurs réflexions. Ils assisteront ensuite aux péripéties du duel oratoire. Mais, par le fait des interventions de la défense et de l'accusation au cours des débats, bien des arguments auront été déjà produits et la lutte sera plus courte et plus calme. Après la clôture des débats, le président indiquera aux jurés le sens et la portée juridique des questions posées et leur fera soigneusement connaître la loi pénale. Ainsi préparés à leur tâche, les jurés rentreront moins anxieux dans leur salle. ils éliront leur chef. et. de cette manière, le jury aura réellement un directeur. Aujourd'hui, le chef du jury est celui des jurés dont le nom sort le premier de l'urne, et ce mode de nomination donne bien souvent lieu à d'étranges spectacles. Le chef élu par ses collègues aura du moins quelque autorité pour diriger le débat. Si, au cours de ce débat et avant le vote, nos jurés sentaient le besoin de demander une explication supplémentaire, s'ils souhaitaient poser une question au président, ils rentreraient dans ce but, soit dans la salle d'audience, soit dans la chambre du conseil ; là, en présence du ministère public, de l'accusé et du défenseur, ils poseraient librement leur question, à laquelle il serait librement répondu. Rentrés de nouveau dans leur salle, ils procéderaient au vote, et il serait bon, à notre avis, de revenir à l'usage du vote *public*, qui a été longtemps pratiqué autrefois sans inconvénient d'aucune sorte. »

M. Cruppi estime « qu'avec ces modifications nombreuses la juridiction de la Cour d'Assises sera sérieusement améliorée, aiguillée dans la bonne voie ».

Le mal de théâtre.

Le mal de théâtre, d'après certain confrère, est analogue à ce que l'on groupe sous le nom de « mal de mer » ou de « mal de montagnes ». Ces accidents, que les médecins de service dans les théâtres ont souvent à constater, consistent en pertes de connaissance, évanouissements, syncopes même. Il s'agit, le plus généralement, de gens qui ont dîné rapidement dans un restaurant et arrivent dans une salle surchauffée. Les jeunes femmes, dans une situation intéressante, sont particulièrement exposées à cet accident. Il suffira de mettre les malades dans la position horizontale, après avoir desserré les vêtements; de leur faire arriver de l'air frais sur le visage, de leur lotionner les tempes avec un peu d'eau fraîche ou d'eau de Cologne et de leur faire respirer quelques sels anglais. Il faut ne pas les laisser se relever avant que tout soit terminé, c'est-à-dire avant dix à quinze minutes. Le mieux est ensuite de leur conseiller de rentrer à leur domicile et de renoncer à la fin du spectacle.

Cadavres cristallisés.

Des ouvriers trouvaient récemment, au cours de travaux de voirie effectués rue de Béarn, sur l'emplacement de l'ancien couvent des Minimes, deux cercueils en plomb, datant de 1630 et parfaitement conservés. Les corps qui y étaient enfermés ont été, pour M. Lacroix, professeur de minéralogie au Muséum, l'objet d'observations curieuses sur la minéralisation lente des corps humains. L'un d'eux était intact : les cheveux abondants n'avaient point été altérés; l'intérieur du crâne renfermait pourtant quelques « sphérolithes » cristallins. L'autre, au contraire, était très altéré. Plusieurs os longs, un des os iliaques, étaient couverts de paillettes blanches transparentes. La cavité du crâne était transformée en une magnifique géode, d'ailleurs brisée tapissée d'aiguilles ou de lames blanches atteignant jusqu'à huit millimètres de longueur. Leur disposition dans le crâne est régulière. Le plan interne de celui-ci est fissuré, soulevé; les cristaux s'y sont implantés; le plan externe lui même est, en quelques endroits, couvert de cristallisations semblables. Que sont ces cristaux et comment se sont-ils formés dans un cercueil, pourtant étanche? Leur substance, répond M. Lacroix, est un hydrate de phosphate bicalcique, la *métabrushite*, minéral qui n'a été trouvé qu'une seule fois, à la surface d'os du gisement préhistorique de Solutré (Saône-et-Loire), mais qui doit être le même que celui rencontré en 1807 par Fourcroy et Vauquelin sur un squelette enfermé dans une tombe de pierre du XIe siècle. La métabrushite se trouve encore, mais rarement, dans le guano des Antilles et sur le sol des cavernes. Dans ce dernier cas, on explique que, sous l'influence d'oxydants, les organes d'animaux enfouis auraient donné naissance à du phosphate biammoniacal qui, entraîné par l'eau sur les calcaires de la caverne, aurait par substitution formé du phosphate bicalcique. Des réactions de ce genre sont intervenues dans la formation de la métabrushite humaine. Les os enfermés en vase clos ont fourni eux-mêmes les éléments nécessaires : la chaux et l'acide phosphorique. La concentration des cristaux dans la boîte crânienne prouve aussi que dans cette *autominéralisation* la matière cérébrale a joué un rôle particulièrement actif. Il est probable que, dans les cercueils en plomb ou en pierre, surtout, des phénomènes de ce genre doivent se produire fréquemment. L'Ecriture, pourtant, avait dit : *Memento quia pulvis es* .. Les squelettes de la rue de Béarn démontrent qu'il peut n'en être pas toujours ainsi.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 19. — M. Villanova. Essai d'étude sur les avantages des « injections rectales » réitérées, d'eau salée froide, dans les toxémies fébriles de nature microbienne. —M. Parvu. Des manifestations articulaires au cours de l'érysipèle. — M. Cazin. Communication congénitale entre l'aorte et l'artère pulmonaire, sans persistance du canal artériel. M. Vitalien. Péritonite cancéreuse primitive. — M. Ott. Etude sur deux malformations congénitales du crâne : l'encéphalocèle et l'encéphalome. — M. Dubois. Les gros enfants. M. Grunberg. De l'organisation des secours aux blessés dans les grandes villes (les ambulances urbaines de l'hôpital Saint Louis). — M. Moy. L'urethrotomie interne accompagnant l'ouverture du foyer dans le traitement de l'infiltration d'urine. — M. Auvran. Du chondro-myxome. — M. Audouin. Du traitement de l'hydrocèle pour les grands lavages phéniqués de la tunique vaginale. — M. Percheron. De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale. — M. Planque. De la torsion des fibromes utérins.

MARDI 20. — M. Roussel. Contribution à l'étude historique et thérapeutique du spina ventosa. — M. Gibert. Sur l'anesthésie par l'éther. — M. Michel. Etude sur les paralysies dans la coque-

© BIU Santé

luche. — M. Levis. Des troubles de la menstruation dans les maladies du système nerveux. — M. Macrycostas. Contribution à l'étude de la toxicité urinaire des nouveau-nés. — M. Duviard. Notes sur l'hygiène respiratoire et cutanée de la deuxième enfance dans les villes — M. Oguse. Etude clinique du cœur dans la chorée. — M. Saurain. Complications internes de quelques dermatoses chez l'enfant. — M. Demantke. Dn l'hystérectomie abdominale pour gros fibromes par le procédé de la ligature élastique perdue (procédé d'Olshausen) — M. Margnat. Contribution à l'étude du traitement du tétanos traumatique. — M. Darras. De la perforation dans l'ulcère simple du duodénum. — M. Lennertz. Quelques considérations sur les plaies du cœur et leur traitement. — Mlle Schulz. Traitement opératoire du croup. Ecouvillonnage du larynx et dilatatiou de la glotte. — M. de Weglenski. Essai du traitement rationnel de la tuberculose laryngée. — M. Clavey. Recherches cliniques sur les groupes musculaires paralysés dans l'hémiplégie d'origine cérébrale. — M. Guinard. Recherches sur l'action de l'acide lactique sur la digestion gastrique. — M. Marlier. La folie post-opératoire. — M. Guillaume. Contribution à l'étude du tubercule sous-cutané douloureux, en particulier de l'angiome circonscrit douloureux. — M. Hemery. De la tuberculose des muscles. — M. Spartali. Contribution au traitement des hernies inguinales récidivées. — M. Hagopow. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'éclampsie (étude critique). — M. Bosche. Cancer utérin et grossesse. De la conduite à tenir dans le cas de cancer du col compliqué de grossesse. — M. Michel. Le décubitus acutus comme complication dans la symphyséotomie. — M. Vaissier. Du traitement des ulcères variqueux par la liqueur de Labarraque. — M. Jankelevitch. De la cure radicale de la fistule lacrymale. — M. Morin. Du traitement des sinusites frontales par l'ouverture large et le drainage endo-nasal (méthode Ogston-Luc). — M. Brot. De l'immunité vaccinale et de la nécessité des revaccinations chez le vieillard. — M. Millien. Contribution à l'étude de l'orchite scarlatineuse. — M. Bourbon. Essai sur l'hygiène de l'habitation rurale. — M. Couroubacalis. Etude sur la peste buboniqne. Historique. Etiologie.

Mercredi 21. — M. de Villefosse. Le bleu de méthylène en 1897. — M. Cabrol. Sur un cas de tabes avec arthropathies multiples et hémiplégie organique. — M. Viardot. Contribution à l'étude de l'albuminurie cyclique ou maladie de Pavy. Complications oculaires. — M. Deriaud. Contribution à l'étude de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène dans les différentes formes cliniques de l'albuminurie. — M. Glaive. Des varioles frustes. — M. Iovanovich. Contribution à l'étude de l'angine de poitrine tabagique. — M. Ducamp. La lithiase rénale pendant la première enfance. — M. Waitz. Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie. — M. Latruffe. Des hémorragies dans la gangrène pulmonaire. — M. Audiau. Contribution à l'étude du traitement opératoire des annexites. — M. Bastide. Contribution à l'étude du pronostic et du traitement du sarcome du maxillaire inférieur. — M. Soulier. Le prolapsus du rectum chez l'enfant. — M. Alivizatos. Sur un nouveau procédé d'arthrotomie et de résection de l'épaule. — M. Thyébault. Relations des principaux faits d'une pratique de dix-neuf ans à la campagne. — M. Papin. Des fractures du maxillaire supérieur. — M. Bréville. Etude sur l'eau potable et ses méthodes actuelles d'analyse chimique et bactériologique pratiquées au laboratoire du Comité consultatif d'hygiène publique. — M. Desgranges. Contribution de l'étude de la pneumonie lobaire chez le vieillard. Etude critique de vingt et une observations. — M. Magdeleine. Contribution à l'étude des souffles cardio-pulmonaires, souffles diastoliques de la base. — M. Bongrand. De l'état actuel de l'opothérapie. — M. Chauvain. De la tuberculose chez les variolisés. — M. Bernard. Contribution à l'étude du syringo-cystadénome. — M. Schamaun. Erythème noueux et tuberculose. — M. Laurent. Etude sur un cas de pseudo-syphilide pigmentaire chez un tuberculeux. — M. Clément. Contribution à l'étude des accidents produits par l'antipyrine. — M. Guillon. Essai sur la mortalité infantile dans le département de la Vienne. — M. Gautier. Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique congénitale. — M. Sergent. De l'hydrocéphalie intra-utérine dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. — M. Bertrand. Puériculture pratique. Quelques réflexions sur l'élevage des petits enfants à la campagne.

Jeudi 22. — M. Girard. De la réaction de débilité dans les états cachectiques. — M. Guillon. La mort de Louis XIII. — M. Souberbielle. Aperçu sur l'hérédité morbide directe et, en particulier, sur l'hérédité indirecte. — M. Rocher. Inégale répartition des lésions artérielles dans l'artério-sclérose généralisée. — M. Génevrier. Etude du phosphate de gaiacol dans ses propriétés chimiques et thérapeutiques. — M. de Ribier. Les sages-femmes en France : ce qu'elles ont été, ce qu'elles sont, ce qu'elles devraient être. Essai historique et critique. — M. Vialard. La loi italienne du 22 décembre 1888 sur la protection de la santé publique (notice historique et critique). — M. Prédal. La prostatectomie contre les accidents du prostatisme et, en particulier, contre la rétention. — M. Machebeuf. Considérations sur l'hygiène urbaine et privée dans les stations thermales. — M. Blivet. La variole à l'hôpital d'Aubervilliers en 1896. Etude clinique. — M. Delthil. Adénopathie trachéobronchique et méningite tuberculeuses. — M. Boucher. Etude sur quelques cas de suppurations multiples consécutives à la grippe. — M. Boyer. Etude sur quelques cas d'adénopathie trachéo-bronchique dans la syphilis. — M. Hahn. Essai de bibliographie médicale. — M. Varet. Recherches sur le rôle des sels doubles dans les transformations des sels de mercure dans l'organisme. — M. Chevais. Des réflexes dans le rhumatisme chronique. — M. Martin. Traitement opératoire des fistules vésico-vaginales. — M. Waitz. Les kystes dermoïdes du sternum. — M. Grout. Contribution à l'étude clinique de la myosite tuberculeuse. — M. Frère. Contribution à l'étude des troubles nerveux déterminés par cals exubérants au membre supérieur. — M. Heulin. Cancer primitif du duodénum. — M. de Sévedavy. De la congestion isolée du foie dans les cardiopathies. — M. Chastanet. Quelques recherches sur l'appendicite. — M. Fournier. Traitement du psoriasis par l'acide cacodylique. — M. Boyer. Contribution à l'étude des grossesses multiples (et, en particulier, des grossesses multiples univitellines) dans une cavité amniotique unique. — M. Chalais. Traitement du mal perforant plantaire par l'élongation des nerfs. — M. Hormann. L'eau froide et les injections du sérum en chirurgie. — M. Pitanc. Etude sur les tumeurs mixtes du voile du palais. — M. Hytier. De la tuberculose du rebord orbitaire inférieur. — M. Campos. Recherches expérimentales et cliniques sur les nerfs sécréteurs des larmes. — M. Antonelli. Stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire. — M. Cabello. Kyste épidermique du doigt.

Vendredi, 23. — M. Gaboury. Etude de la ladrerie chez l'homme. — M. Warde. L'œdème hystérique. — M. Tauchon. Lombricose à forme typhoïde. M. Joubert. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la morve humaine — M. Carlet. Contribution à l'étude de la pleurésie séreuse enkystée. — M. Bourg. Essai sur la diagnostic de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène. — M. Robert. Des rayons de Rœntgen en médecine et en chirurgie. — Mlle Pompillon. La contraction musculaire et la transformation de l'énergie. — M. Goupille. Des synovites séreuses simples du pied. — M. de Lorgeril. Des opérations économiques et atypiques dans les tumeurs blanches du poignet et du cou-de-pied chez l'adulte. — M. V. de Pomerait. Traitement des fractures simples de jambe par la méthode ambulatoire.

Samedi 24. — M. Cocquelet. Sur un cas de complication d'un kyste du ligament large. — M. Briais. Corps étrangers du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac chez l'enfant (diagnostic et traitement). — M. Golaz. De l'ostéotomie sous-trochantérienne dans les luxations congénitales de la hanche. — M. Friaque. Ruptures sous-cutanées du tendon d'Achille. — M. Lepelletier. Prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections rétro-nasales. Pharyngothérapie. — M. Bensaude. Le phénomène de l'agglutination des microbes et ses applications à la pathologie (le séro-diagnostic). — M. Peaudecerf. Des soins à apporter au cordon ombilical chez le nouveau-né. Nouvelle méthode de stricture du cordon. — M Jullien. Documents statistiques concernant l'étude des grossesses gémellaires. — M. Dagail. Ozène. Traitement par l'électrolyse interstitielle. Etat de la question. — M. Petit. De la tuberculose des ganglions du cou. — M. Gravier. Des fistules broncho-cutanées non traumatiques. — M. Cacaud. De l'association de la rougeole et de la scarlatine chez l'enfant. — M. Veillon. Catarrhe suffocant d'origine grippale. — M. Contal. Du traitement des infections de l'enfant par l'exposition à l'air.

Enseignement médical libre.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du Faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2 aux jours ci-après désignés : Mardi, M. Verchère (*Gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Electrothérapie. — M. L.-R. Regnier fait tous les mardis, à 4 h. 1/2, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité, des conférences sur les applications courantes de l'électrothérapie et de l'électrodiagnostic.

Société de Thérapeutique. — *Reconnaissance légale.* — La Société de Thérapeutique, dont le siège est à Paris, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

© BIU Santé

FORMULES

I. — Un emploi de l'aimant en chirurgie.

Une jeune blanchisseuse s'était enfoncé dans le poignet droit, en lavant son linge, une aiguille brisée. L'aiguille avait disparu dans les chairs; le médecin, consulté quelques jours après, refusait de faire une opération, dans la crainte d'être obligé à des incisions multiples au milieu des ligaments de l'articulation. Depuis deux mois la jeune fille était privée de l'usage de sa main droite et le moindre mouvement des doigts lui causait d'atroces douleurs. Deux autres médecins appelés, MM. les Drs Gorinewski et F. Crestin, résolurent alors d'extraire cette aiguille par l'aimant; mais après l'avoir amenée dans une région charnue où une incision pût être faite sans danger. Pour provoquer ce cheminement, ils choisirent un électro-aimant très faible. Mais une difficulté se présentait, l'aiguille étant entrée par la pointe, elle devait cheminer dans les chairs, la partie brisée en avant. La première séance dura deux heures avec de courts intervalles de repos, mais sans résultat appréciable. Vers la troisième séance, la jeune fille déclara ressentir un picotement dans la paume de la main vers l'endroit où était appliqué l'aimant et l'où on voulait faire sortir l'aiguille. A la neuvième séance, enfin, l'aiguille se présenta sous la peau et sortit seule, son bout cassé en avant, sans douleur et sans perte de sang. Elle alla se fixer au pôle de l'électro-aimant. La jeune blanchisseuse dès lors était guérie. Ce résultat de cheminement voulu d'une aiguille à travers les chairs est très remarquable. Vingt heures environ de séance avaient suffi à extraire des profondeurs de la main cette aiguille qui s'y trouvait depuis plus de deux mois. (*Cosmos*, 26 juin 1897).

II. — Topique contre le zona ophtalmique.

On a recommandé l'emploi de l'*Euphorine* (phényluréthane, dérivé de l'aniline) comme topique dans le zona ophtalmique. Cette médication consiste à saupoudrer matin, midi et soir, les parties malades avec de l'euphorine parfaitement pulvérisée. Les malades ont été satisfaits.

III.—Guérison des brûlures par le permanganate de potasse.

Nous avons relaté récemment l'usage qui pourrait être fait de l'acide picrique pour la guérison des brûlures. Mais cet acide a des inconvénients chimiques. M. Albert Nodon, dans la *Revue internationale de l'électricité*, indique comment on peut le remplacer avec avantage par une dissolution concentrée de permanganate de potasse. L'auteur a eu occasion d'employer souvent ce remède, dans des cas de brûlures produites, par exemple, par des circuits électriques fortement chauffés, et il a pu constater chaque fois les heureux résultats produits par son application. Il est nécessaire d'appliquer la solution de permanganate le plus rapidement possible, après l'instant de la brûlure; cette application doit être faite pendant plusieurs minutes. La partie malade prend alors une coloration noire, produite par le peroxyde de manganèse, la sensation vive de cuisson cesse presque aussitôt et, un jour ou deux après le traitement, les tissus détruits se sont reconstitués et toute trace de l'accident a disparu.

IV. — Pommade contre les syphilides impétigineuses du cuir chevelu. — (M. L. Phillips.)

Oxyde rouge de mercure. .	
Oxyde de zinc.	ââ 1 gr. 50 centigr.
Résorcine.	0 — 60 —
Vaseline	30 grammes.

Mêlez. — Usage externe.

V. — Injection antiblennorrhagique. — (M J.-G. Mohlau.)

Antipyrine.	
Perchlorure de fer liquide. . . .	ââ 10 grammes.

Mêlez, triturez, puis ajoutez :

Eau distillée . . . . . Q. S. pour obtenir 150 à 250 cc. de solution.

F. S. A. — Usage externe.

VI. — Poudre composée pour injections vaginales. (M. W. B. House.)

Alun pulvérisé.	
Acide borique en poudre.	ââ 30 grammes.
Borax pulvérisé.. . . .	
Sulfate d'hydrastine. . . .	0 gr. 60 centigr.
Acide phénique	
Essence de cannelle. . .	ââ XX gouttes.

Mêlez. — Usage externe. Pour chaque injection, on fait dissoudre une cuillerée à café de cette poudre dans un demi-litre d'eau. (*Sem. méd.*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 27 juin au samedi 3 juillet 1897, les naissances ont été au nombre de 1.177, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 420, illégitimes, 177. Total, 597. — *Sexe féminin* : légitimes, 412, illégitimes, 168. Total, 580.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 juin au samedi 3 juillet 1897, les décès ont été au nombre de 598, savoir : 437 hommes et 361 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 2, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 12, F. 7, T. 19. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 2, T. 5. — Diphtérie, Croup : M. 4, F. 4, T. 8. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 89, F. 46, T. 135. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 9, T. 16. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 10, T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 10, T. 11. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 28, T. 48. — Méningite simple : M. 27, F. 21, T. 48. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 4, F. 6, T. 10. — Paralysie, M. 4, F. 3, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 25, F. 35, T. 60. — Maladies organiques du cœur : M. 1, F. 0, T. 1. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 4, T. 11. — Bronchite chronique : M. 12, F. 12, T. 24. — Broncho-pneumonie : M. 6, F. 10, T. 16. — Pneumonie : M. 20, F. 8, T. 28. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 11, F. 8, T. 19 — Gastro-entérite, biberon : M. 5, F. 3, T. 8. — Gastro-entérite, sein : M. 22, F. 28, T. 50. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 14, F. 8, T. 22. — Débilité congénitale : M. 15, F. 11, T. 26. — Sénilité : M. 15, F. 11, T. 26. — Suicides : M. 19, F. 7, T. 26. — Autres morts violentes : M. 10, F. 3, T. 13. — Autres causes de mort : M. 69, F. 58, T. 127. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 2, T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 74, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 27, illégitimes, 15. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 8. Total : 32.

Faculté de Médecine de Paris. — *Concours de Chef des travaux anatomiques.* — Le Conseil supérieur de l'instruction publique s'est réuni au ministère, sous la présidence de M. Gaston Boissier. Au cours de cette séance, le Conseil a adopté, en ce qui concerne l'enseignement supérieur, un projet de décret relatif aux programmes du concours pour la fonction de chef des travaux anatomiques dans les Facultés de médecine.

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon. — Sont maintenus pour l'année scolaire 1897-1898 dans les fonctions d'agrégé : MM. Bordier, pharmacien supérieur de première classe (section de physique); Causse, pharmacien supérieur de première classe (section de chimie).

Ecole supérieure de Pharmacie de Paris. — M. Marchand, professeur de cryptogamie, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1897. M. Marchand est nommé professeur honoraire.

Association Française pour l'Avancement des Sciences. — *L'Association Française pour l'Avancement des Sciences* tient cette année son 26e Congrès à Saint-Etienne, du 5 au 12 août 1897, sous la présidence de M. le Pr Marey, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine. Outre de nombreuses visites industrielles dans la ville et dans la région avoisinante, la session comportera plusieurs excursions, dont l'une au Mont Pilat; une autre excursion aura lieu après la clôture du Congrès, le 13, 14 et 15 août, et, parcourant un pays pittoresque, permettra de voir notamment le Mont Mézenc et les villes du Puy et d'Yssingeaux. De nombreuses communications sont déjà annoncées et plusieurs savants étrangers prendront part aux travaux de la session. Diverses sections ont mis à l'ordre du jour des questions importantes sur lesquelles des rapports seront préparés. Pour l'indication de ces questions et pour tous les renseignements relatifs au Congrès, s'adresser au Secrétariat, 28, rue Serpente, Paris. Une réduction de 50 0/0 a été accordée par les Compagnies de Chemins de fer pour les membres de l'Association devant assister au Congrès; la demande des billets doit être faite avant le 15 juillet, *dernier délai.*

Médecine et Beaux-Arts. — L'auteur du beau tableau, intitulé *La Consultation* (1888), qui a eu une fortune superbe, M. Dantan, vient de mourir.

Quatrième Congrès pour l'étude de la Tuberculose. — Ce Congrès aura lieu à Paris, dans la dernière semaine de juillet 1898,

© BIU Santé

sous la présidence de M. le Pr NOCARD, d'Alfort. Les quatre questions suivantes seront mises en discussion. 1° Des sanatoria comme moyens de prophylaxie et le Traitement de la Tuberculose. (Rapporteurs : MM. Le Gendre, Netter et Thoinot). — 2° Des Serums et des toxines dans le traitement de la tuberculose. (Rapporteurs : MM. Landouzy et Maragliano). — 3° Des rayons X dans le diagnostic et de la tuberculose. (Rapporteurs : MM. Bouchard, Claude et Teissier). — 3° *bis*. Des rayons X dans le traitement de la Tuberculose. (Rapporteur : M. le Pr Lortet, de Lyon). — 4° La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie. (Rapporteurs : MM. Nocard et Blanc). — Prière d'envoyer les adhésions, avec un mandat postal de 20 francs à M. G. Masson, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — M. A. DE MORTILLET, professeur à l'Ecole d'Anthropologie, fera, le dimanche 18 juillet 1897, une excursion scientifique à Pontoise : Visite du Musée et des monuments mégalithiques des environs. — Rendez-vous, gare Saint-Lazare, à 8 heures du matin.

SOUSCRIPTION POUR OFFRIR UN BUSTE A M. LE Pr STRAUS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un Comité d'élèves et d'amis s'est formé, pour offrir à la Faculté de Médecine de Paris, à l'aide d'une souscription publique, le buste de M. le Pr Straus. M. Boucher a bien voulu se charger de l'exécution de ce buste. Les souscriptions seront reçues chez le trésorier, M. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Hôpital Saint-Louis et Maison de Santé.* — Le Conseil a voté dans sa séance du 6 juillet l'aménagement d'une *salle d'opérations* pour le Dr Nélaton à l'*Hôpital Saint-Louis*, le relèvement du chiffre de l'indemnité payée par les malades à la *Maison municipale de santé*, l'agrandissement de la salle d'opérations du Dr Picqué, à la Maison municipale de santé, enfin la réinstallation du service des morts à la Maison municipale de santé.

LA FIÈVRE JAUNE AUX ANTILLES. — De nombreux cas de fièvre étaient constatés à Fort-de-France vers le 15 juin, et le journal *Les Colonies* disait qu'il n'y avait presque pas de maison où il n'y eût au moins un cas de fièvre typhoïde. La fièvre jaune s'est mise de la partie, et, à la Guadeloupe, les provenances de la Martinique ont été mises en quarantaine le 22 juin.

LA PESTE EN ASIE. — La *Gazette* de Madrid, le 8 juillet, a publié un arrêté ordonnant l'envoi au lazaret des provenances de Djeddah et de la mer Rouge à cause de la peste.

PHARMACIE CANTONALE. — M. Ajam a fait au Conseil général de la Sarthe une proposition qui soulèvera probablement des polémiques dans ce département. Voici, d'après M. Ajam, ce dont il s'agit. Le 8 février 1892, M. Saugeron, pharmacien cantonal à Mamers, fut révoqué par le préfet. Il distribua alors dans tout le canton des circulaires dans lesquelles il déclarait qu'il n'en continuerait pas moins à délivrer, et cela gratuitement, les médicaments aux malades nécessiteux. M. Saugeron, réactionnaire militant, voulait ainsi, dit M. Ajam, se tailler une réclame électorale, et, selon lui, de 1892 à 1895, M. Saugeron établit à Mamers une pharmacie cantonale occulte. Concurremment avec le pharmacien cantonal qui l'avait remplacé, il fournit les remèdes aux malades indigents. Mais, au 1er janvier 1895, fut appliquée la nouvelle loi qui détruit le monopole. M. Saugeron, à partir de cette date, put délivrer, comme tous les pharmaciens, des médicaments aux indigents admis à l'assistance publique. C'est à ce moment que M. Saugeron pensa à se faire payer les remèdes qu'il s'était engagé à fournir gratuitement. Il appuya, paraît-il, ses mémoires de vieilles ordonnances de médecins sur, lesquelles il aurait gratté les dates. Le parquet fut saisi ; mais M. Saugeron bénéficia d'une ordonnance de non-lieu. L'affaire, qui semblait oubliée depuis de longs mois déjà, vient de renaître. M. Ajam l'a portée devant le Conseil général et devant l'opinion publique, en invitant le préfet à procéder à une enquête et à poursuivre, si cette enquête donne des résultats probants, le remboursement des sommes indûment touchées par M. Saugeron.

MISSION MÉDICALE EN ALGÉRIE CONFIÉE A UNE FEMME MÉDECIN. — M. Cambon, gouverneur général de l'Algérie, vient de confier une nouvelle mission d'inspection médicale dans le Sud algérien, à Mme Chellier, docteur en médecine de la Faculté de Paris, qui a déjà accompli deux voyages dans cette région. Mme Chellier se rend à Alger, d'où elle partira pour Biskra, la région montagneuse de l'Aurès et l'extrême-sud de la province de Constantine. Cette mission a surtout pour but de faire pénétrer chez les populations indigènes de l'Algérie les pratiques nouvelles de l'accouchement et tâcher de rendre moins fréquents les décès de nouveau-nés. Mme Chellier profitera de son voyage pour inspecter les différentes tribus où l'an dernier elle a installé de jeunes sages-femmes de la Maternité, qui ont groupé autour d'elles un certain nombre de femmes indigènes, auxquelles elles donnent quelques éléments pratiques de médecine et de gynécologie. Plusieurs commerçants et industriels parisiens lui ont remis une cargaison de bibelots et de jouets, la chargeant de les distribuer aux petits indigènes au cours de son voyage dans le Sud algérien.

UN CAS DE RAGE CHEZ LE CHAT. — La pâtisserie Seurin, 3, rue de la Chaussée-d'Antin à Paris, ces jours derniers, à quatre heures et demie, heure du goûter, était remplie de clientes, lorsqu'un chat bondit tout à coup sur le comptoir, piétinant les gâteaux, brisant les bocaux et les assiettes. Les dames s'enfuirent épouvantées, et leurs cris attirèrent l'attention de deux gardiens de la paix, le sous-brigadier Duplan et l'agent Griez, qui accoururent et abattirent l'animal à coups de sabre. L'autopsie du chat, pratiquée par un vétérinaire, a démontré qu'il était atteint de rage. Fort heureusement, il n'a mordu personne.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr GENTILHOMME, de Reims, mort à l'âge de 31 ans.

DEMANDE DE POSTE MÉDICAL DANS UNE MAISON DE SANTÉ. — Un ancien médecin en chef d'asiles d'aliénés et d'hôpitaux importants accepterait la direction médicale d'une Maison de Santé, d'un Etablissement privé (maladies mentales, maladies nerveuses, hydrothérapie, etc., etc.) à Paris, ses environs ou départements voisins, de préférence.

DEMANDES DE REMPLACEMENT. — Interne provisoire des Hôpitaux de Paris ferait un remplacement médical dans Paris ou dans la banlieue-ouest de Paris.

Anémie, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale : *Biosine, Le Perdriel.*

Ovules Passemard-Vigier à la glycérine et à tous médicaments. *Crayons intra-utérins*, *Bougies uréthrales*, *Suppositoires*, *Balles rectales.*

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA MATERNITÉ (119, boulevard de Port-Royal). — — M. le Dr P. BUDIN, accoucheur en chef de la Maternité, leçons cliniques le samedi, à 3 h. 1/2.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Auguste VOISIN, le jeudi, à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MEDICAL*
14, RUE DES CARMES.

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER. — Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 30. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 24 JUILLET 1897.

Le Progrès Médical

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

La biomécanique de la circulation;

Par M. le Pr M. BENEDIKT (de Vienne) (1).

J'ai publié, au courant des dernières années, une série de mémoires sur la biomécanique du cœur et de la circulation, et j'en ai donné un résumé aux confrères français.

La question fondamentale de la dite biomécanique est celle-ci : Quelle est la vraie force motrice? La réponse que j'y ai faite au Congrès des Naturalistes allemands, en 1887, et au Congrès des Médecins allemands, en 1897 (2), était dans ce sens, à savoir : que la force motrice a son origine dans la faim et dans le dégoût des cellules des tissus; c'est dire que la source de la force motrice est donnée par les forces d'attraction et de répulsion des tissus. Ces tensions biomécaniques des cellules sont absorbées par le système nerveux et y sont transformées en forces nerveuses; elles deviennent alors accumulées dans les centres nerveux présidant à la circulation et sont conduites de là aux muscles du cœur et aux muscles des vaisseaux sanguins. Comme le système des centres nerveux a la qualité des accumulateurs, il reste toujours un surplus de forces, pour soutenir la circulation sans interruption pendant toute la vie.

On pourrait s'imaginer que les forces dans les cellules des tissus exercent une attraction immédiate sur la colonne sanguine. Cette supposition pourtant n'est pas exacte, parce que la circulation cesse de fonctionner au moment auquel le cœur est paralysé. Mais néanmoins il existe une attraction immédiate entre le sang et les cellules. Cette attraction est de nature biochimique et elle devient mécanique seulement par la qualité qu'elle a d'attirer les corpuscules du sang.

On a trop négligé l'importance de l'action des muscles des vaisseaux. Ces muscles, avec leur innervation, représentent des « cœurs locaux », dont l'action est décisive pour l'augmentation et la diminution de la quantité du sang qui entre dans un organe donné. La vraie source de ces forces névro-musculaires des « cœurs locaux » est sans doute à chercher dans les forces cellulaires des tissus et il n'y a pas de doute que l'action de ces forces névro-musculaires des « cœurs locaux » ne soit indépendante à un haut degré des forces névro-musculaires du cœur *central*.

Etant donné le fait que l'action des « cœurs locaux » est indépendante de l'action du cœur central, on pourrait se demander pourquoi la fréquence du pouls correspond au nombre des contractions du cœur, c'est-à-dire pourquoi nous n'observons pas quelquefois un surplus des pulsations des vaisseaux? L'action des « cœurs locaux » consiste en ceci qu'ils font élargir ou rétrécir les vaisseaux pour un certain temps, par exemple, pour produire une hyperémie des organes digestifs au moment de la digestion, et, d'un autre côté, pour protéger un organe donné contre l'inondation par le sang au moment du repos. Il est donc évident que l'état d'élargissement ou de rétrécissement des vaisseaux par l'action des « cœurs locaux » est permanent pendant un certain temps, par exemple pendant tout le temps de la digestion; par conséquent, la fréquence augmentée du pouls ne peut être que minima et doit rester imperceptible.

L'action des cœurs locaux devient évidente, lorsque nous palpons le pouls de différentes artères dans diverses conditions. Nous voyons déjà, dans les conditions normales, que la largeur des vaisseaux homonymes aussi bien que leur pression est inégale et que toutes les deux peuvent subir des changements sous l'influence de fonctionnements spéciaux des organes auxquels les vaisseaux fournissent le sang, ou sous l'influence de processus pathologiques. J'ai pu depuis longtemps constater ces faits, en communauté avec mon confrère, M. Basch, dont la compétence dans cet ordre d'idées est si grande.

Il en résulte, avant tout, ce fait fondamental, à savoir que la mensuration de la tension sanguine dans un seul vaisseau donné n'indique pas la même tension dans les autres vaisseaux. Pour ces raisons, j'ai insisté dans un mémoire « Ueber multiple Pulsfühlung » (*Wiener med. Presse*, 1875, n° 18) sur la nécessité de palper le pouls dans toutes les artères accessibles. Je suis arrivé à cette méthode par quelques cas dans lesquels j'ai observé un rétrécissement si complet de l'une ou de l'autre des grandes artères que le pouls faisait défaut dans une partie du corps. J'ai pu, outre cela, constater depuis longtemps cette règle que, même chez les individus bien portants, la largeur des deux artères radiales et celle des deux carotides est inégale et que, du côté où l'artère radiale est plus étroite, la carotide est plus large et *vice versâ* et qu'un changement de cette relation mutuelle indique la présence d'un processus grave dans le cerveau ou un danger imminent pour cet organe, notamment une apoplexie.

Par conséquent, nous avons à discuter la question relative à la compensation des élargissements ou des rétrécissements de l'une ou de l'autre artère dans la circulation générale. Cette compensation se fait de différentes manières; parfois elle se fait selon un simple principe d'hydrostatique, à savoir dans ce sens que le rétrécissement d'une artère par exemple a comme conséquence l'élargissement d'une artère voisine. Dans d'autres cas, la compensation se fait dans des artères éloignées du corps, et, pour cela, je n'ai qu'à rappeler le fait que nous combattons la congestion cérébrale en appliquant des sinapismes aux mollets, c'est-à-dire en produisant un élargissement de ces vaisseaux dans le but de faire rétrécir les vaisseaux du cerveau, etc.

Quelquefois un organe est sauvé d'une inondation dangereuse par le rétrécissement du grand vaisseau afférent. A ce point de vue, il est intéressant de noter l'état de la carotide dans les cas de congestion excessive du cerveau. On trouve que la tête et la face sont pâles et froides, c'est-à-dire que la carotide externe se rétrécit jusqu'au maximum dans les cas d'inondation excessive du cerveau, et, en même temps, on

(1) Traduction par M. le Dr Léon LEBOVICI (de Carlsbad).
(2) Voyez les Rapports de ces deux Congrès.

© BIU Santé

peut constater que les carotides primitives se sont rétrécies pour compenser l'afflux du sang au cerveau. Lorsque j'ai observé de tels cas pour la première fois, j'ai cru qu'il n'y avait pas de danger pour les malades. Je me suis pourtant cruellement trompé, la conséquence de cet état était une apoplexie très grave, et je comprends aujourd'hui qu'il s'agit dans ces cas-là d'une tentative inefficace de compensation de la part de la nature. J'avais aussi appris à cette occasion qu'en général il ne faut pas combattre, sans y avoir suffisamment réfléchi, la chaleur de la tête et de la face dans les cas de congestion cérébrale. Cet afflux extérieur peut être une compensation efficace contre l'inondation du cerveau, et, en appliquant de la glace, nous pouvons empêcher l'action de sauvetage de la nature.

Ces considérations étant bien établies, nous comprendrons mieux le mécanisme de la compensation dans les cas de maladies valvulaires du cœur, et nous comprendrons mieux aussi ce fait particulier, à savoir que, dans les cas d'insuffisance des valvules semilunaires de l'aorte, la pression du cœur est au début amoindrie au lieu d'être augmentée, comme on l'avait toujours supposé.

La première compensation se fait par l'action des « cœurs locaux » qui élargissent les vaisseaux pour faciliter l'afflux du sang. Mais bientôt la guerre entre les différents « cœurs locaux » produit un désordre de circulation et de nutrition de différents organes, et ce désordre amène une irritation qui est conduite au cœur par le système nerveux, et le cœur, de son côté, commence maintenant à fonctionner plus énergiquement et devient hypertrophié à cause du surplus d'action.

Un autre fait fondamental est que l'organisme supporte souvent les maladies valvulaires sans une réaction évidente, de façon que nous découvrons souvent par hasard des maladies du cœur qui ont persisté une longue série d'années, par exemple après une polyarthrite de l'enfance, sans que l'individu en ait été gêné. Nous pouvons bien comprendre ce fait aujourd'hui, après avoir constaté, par des recherches au moyen des rayons X, que le cœur travaille sous des circonstances ordinaires avec une partie restreinte de sa force.

Par conséquent, il ne faut pas une augmentation considérable de force pour compenser l'état morbide. Le danger commence dès que les muscles subissent une dégénérescence.

Il nous faut discuter maintenant une autre question. La tension du sang dépend de deux faits: d'un côté, la pression des muscles du cœur, et, de l'autre, les résistances à la périphérie de la circulation, et il nous arrive de trouver ici une installation biomécanique merveilleuse. Il s'agit alors d'un mécanisme suivant lequel la grandeur de la pression périphérique excite proportionnellement les muscles du cœur et son système nerveux autonome. Ainsi la force nécessaire pour le travail est réglée par le travail lui-même. La même relation existe entre les auricules et les ventricules. La pression qu'exerce le ventricule pendant la systole règle l'intensité de la contraction auriculaire et *vice versâ*.

Maintenant je veux exposer la théorie du coup du cœur (*ictus cordis*). L'inspection du cœur vivant, à l'aide des rayons X, a conduit à supprimer définitivement la théorie de Skoda, comme on peut s'en convaincre par cette constatation que la pointe du cœur se rétracte pendant la systole en haut et à droite. Quoique les médecins praticiens aient maintenu cette théorie, elle avait été déjà abandonnée par les théoriciens. On avait reconnu qu'il y a dans la systole un intervalle dans lequel toutes les valvules sont fermées (*Verschlusszeit*), comme la valvule auriculo-ventriculaire est fermée au commencement de cet intervalle, et les valvules semilunaires ne sont pas encore ouvertes dans ce moment. Pendant cet intervalle, le coup du cœur se fait valoir et, à cause de cela, la répulsion au moment de l'ouverture des valvules semilunaires ne peut pas être la cause de ce coup. Voilà pourquoi on a cherché une autre théorie et admis celle qui a été le plus préconisée par Charles Ludwig, de Leipsig. D'après cette théorie, le coup du cœur (*ictus cordis*) dépendrait de l'augmentation du cœur produite par sa contraction et ce fait aurait comme résultat la proéminence du cœur de la paroi thoracique. Mais, si cette théorie était exacte, le coup du cœur devrait durer autant que la systole, ce qui pourtant n'est pas exact. Par conséquent, Martius a restreint la théorie de Ludwig pour l'intervalle dans lequel les valvules sont fermées, et dans lequel, par conséquent, le cœur change sa forme, sans changer de volume.

Mais il y a une autre théorie, que je crois être exempte d'aucun reproche. Nous la devons à un médecin de Styrie, M. le Dr Charles Schmid, qui l'a publiée dans la *Wiener med. Wochenschrift*, nos 15 à 17, 1892, dans une communication intitulée : « Ueber Herzstoss und Pulscurven » (sur le coup du cœur et les courbes du pouls). Le confrère en question a adopté le principe du « bélier hydraulique » : s'il court de l'eau dans un tube avec une certaine rapidité qui dépend d'une chute d'eau donnée et si cette eau ne peut sortir que par une seule ouverture, pourvu que cette ouverture soit fermée par ce fait particulier à savoir que le courant d'eau exerce une pression sur un vantail qui de son côté ferme l'ouverture, il se fait sous toutes ces conditions une secousse violente au moment de l'occlusion. S'il y a un second tube perpendiculaire au premier tube et si ces deux tubes se trouvent en communication mutuelle, l'eau est jetée dans le tube perpendiculaire à cause de ladite secousse, avec une intensité beaucoup plus grande qu'il ne correspondrait à la pression initiale du courant dans le tube horizontal. Or, le principe du bélier hydraulique se trouve dans le premier intervalle de la systole du cœur. Au moment de la pression du sang par la contraction du muscle du ventricule, la valvule auriculo-ventriculaire se ferme et le sang ne peut entrer dans l'auricule. A cause de ce fait, il faut qu'une secouse violente se fasse sentir dans le sang, et cette secousse doit nécessairement se propager sur les parois musculaires. Une telle secousse est donc un événement indispensable et nous l'observons au moment où la paroi thoracique est ébranlée : par conséquent, nous n'avons pas à chercher une autre cause. Il n'est pas tout à fait compréhensible pourquoi, dans des cas normaux, la secousse se sent exclusivement à la pointe du cœur. M. Schmid donne l'explication de ce phénomène en insistant sur ce fait à savoir que les parois latérales sont frappées par des secousses de direction opposée, et par conséquent elle ne se fait apprécier que dans la pointe du cœur. Je crois, néanmoins, que nous avons assez de raisons pour dire que la saillie du cœur se fait d'après la théorie de Martius et que nous devons séparer dans la biomécanique du cœur l'ébranlement d'un côté et la saillie du cœur d'un autre côté.

Je dois ajouter encore que mes observations, moyennant les rayons X, m'ont conduit à reconnaître que la plus grande saillie, dans les cas pathologiques, ne correspond pas toujours à la pointe du cœur, et cela s'observe principalement dans les cas où l'ébranlement est très répandu. Nous savons, par les recherches modernes

© BIU Santé

relatives au mouvement du cœur, qu'entre l'intervalle de la contraction et de la dilatation du ventricule, il existe un intervalle de repos et que l'intervalle de la dilatation suit après. Cette extension ne représente pas le résultat d'une élasticité spéciale du muscle du cœur, au contraire elle se fait grâce à la pression auriculaire ; cette pression se trouve en proportion de la pression que le ventricule a exercée sur l'auricule, et par suite de la qualité de la substance musculaire du cœur susmentionnée, réagit avec la même force que celle qui a été exercée sur elle-même auparavant.

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'éclairage électrique d'un service de chirurgie ;

par le Dr MALLY, assistant d'électricité à l'hôpital Bichat.

Selon la définition de M. le Pr Terrier, un service de chirurgie doit être dirigé de façon à pouvoir exécuter une opération importante, telle qu'une laparotomie, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit ; le succès de ces opérations peut, en effet, dépendre de l'opportunité avec laquelle elles sont faites. Pour réaliser une assistance chirurgicale complète, il faut, en outre des détails d'organisation ordinaires, un éclairage qui permette d'opérer la nuit avec la même sécurité qu'en plein jour. Cet éclairage doit être installé à demeure et ne doit exiger aucun soin d'entretien spécial qui ne soit de la compétence du personnel de l'hôpital. L'éclairage électrique répond parfaitement à ces desiderata, et c'est même le seul mode d'éclairage qui puisse remplir ce but. Aucun appareil à gaz n'a donné jusqu'ici des résultats pratiques, à tel point qu'on n'opère la nuit qu'à la dernière extrémité, parce qu'on se trouve dans des conditions défectueuses en ce qui concerne l'éclairage.

Avant de décrire dans ses détails l'installation qui a été réalisée dans ce but à l'hôpital Bichat, il n'est pas inutile d'indiquer les conditions dans lesquelles nous avons pu faire exécuter ces travaux ; car ceux-ci ont été conçus d'une façon nouvelle et entièrement en dehors des traditions courantes en pareille matière.

A la fin de l'année 1896, le secteur de Clichy ayant poussé sa canalisation jusqu'à la porte de Saint-Ouen, c'est-à-dire à 200 mètres de l'hôpital, M. Terrier fit des démarches auprès de l'Administration de l'Assistance publique pour obtenir l'éclairage électrique de son service. M. le Dr Brousse vice-président, du Conseil municipal de Paris, conseiller municipal du quartier, et membre de la 5e commission, s'employa avec beaucoup de dévouement pour la réussite de ce projet dont il sentait particulièrement l'opportunité et la nécessité. Malgré tout, la difficulté d'obtenir les crédits nécessaires menaçait de reculer très loin la réalisation de ce projet, lorsque M. Lalance, directeur de la Compagnie d'éclairage du secteur de Clichy, vint offrir à l'Assistance publique d'installer, à ses frais et sans engagement de la part de l'administration, l'éclairage du service de M. Terrier et de la salle d'opération. Cette proposition acceptée, M. Lalance mit à notre disposition un de ses ingénieurs, M. Buffet, avec carte blanche pour faire ce que nous jugerions utile en la circonstance.

Nous avions à éclairer la salle commune aux malades comprenant 28 lits, la salle d'opérations et les chambres d'isolement du pavillon pour les laparotomies.

La salle commune est située au 1er étage, elle a 30 mètres de long, 8 mètres de large et les parois latérales se rejoignent en forme d'ogive à une hauteur de 12 mètres sans saillie ni ressaut ; cette salle était éclairée la nuit par 4 lampes à gaz, brûlant chacune dans un globe de verre dépoli de 0 m. 40 de diamètre, le tout suspendu par une colonette de cuivre plantée au sommet de l'ogive et pendant verticalement dans la salle à 3 mètres du sol. Les 4 appareils à gaz sont semblablement disposés en file, suivant la longueur de la salle.

Nous avons profité de cette disposition primitive assez heureuse et placé dans chaque globe, à la place du bec de gaz, 2 lampes électriques, l'une de cinq bougies, l'autre de seize bougies. Pour alimenter ces lampes, trois fils nus traversent la salle dans sa longueur à la manière d'une ligne télégraphique ; deux de ces fils sont dans un plan horizontal, passent de chaque côté du tube de cuivre qui soutient le globe dépoli dont nous avons parlé, et sont supportés par une petite potence isolée ; leur écartement réciproque est de 20 centimètres. Le troisième fil passe à 40 centimètres plus haut, tout contre le tube de cuivre qui soutient le globe et y prend un point d'appui comme précédemment. Ces fils sont assez résistants pour être fortement tendus par leurs points d'attache aux deux extrémités de la salle, ils sont assez fins pour ne pas attirer le regard et gâter la perspective du lieu. Les deux fils horizontaux alimentent les lampes de cinq bougies, et le troisième fil avec l'un des deux précédents alimente les lampes de seize bougies.

Voici le but de ce dispositif : l'hiver, la salle doit être suffisamment éclairée à 5 heures pour que les malades couchées puissent prendre leur repas dans leur lit, on allume alors les quatre lampes de seize bougies ; puis lorsque toutes les malades sont couchées on éteint ces lampes et on allume celles de cinq bougies qui font l'office de veilleuses, et qui restent allumées toute la nuit. Deux commutateurs placés dans le cabinet de la surveillante, et contenus dans une petite armoire fermant à clef, suffisent à assurer cette manœuvre.

Ce dispositif permet enfin d'éclairer fortement et isolément n'importe quel lit de la salle par le moyen de l'artifice suivant : une tige rigide formée d'un tube d'acier nickelé munie de crampons peut s'adapter par une simple apposition à la monture d'un lit de fer, cette tige ainsi fixée est verticale et s'élève à 2 m. 20 du sol. Elle porte une seconde tige creuse horizontale qui porte à son extrémité une lampe électrique entourée d'un petit réflecteur métallique de forme conique. L'ensemble représente une potence ; le bras horizontal peut s'allonger au moyen d'une coulisse, il peut se déplacer en hauteur en glissant le long de la tige verticale, enfin la lampe est supportée par une genouillère, de telle sorte que l'on peut orienter et fixer la source lumineuse (16 bougies) au voisinage de telle partie du corps du malade que l'on veut examiner, ou sur laquelle on peut avoir à intervenir.

Cette lampe est alimentée par un fil souple qu'on relie à la ligne aérienne au moyen d'une canne portative qui peut s'accrocher en un point quelconque de cette ligne.

En résumé, cette disposition permet d'obtenir l'éclairage général de la salle en veilleuse ou ordinaire ; et l'éclairage intensif d'un lit, le reste de la salle restant dans la demi-obscurité. Nous ferons remarquer que la ligne aérienne représente un mode d'isolement très avantageux et que son installation d'une simplicité extrême évite toute canalisation dans les murs, et par

© BIU Santé

conséquent des dégradations et des chances d'accident, inévitables avec les autres modes d'installation.

La salle d'opération rectangulaire, de 6 mètres de long sur 3 m. 50 de large, est éclairée par une baie vitrée formant toiture. La table d'opération et les différents ustensiles sont orientés suivant cet éclairage ; il était donc utile de chercher à reproduire avec l'éclairage artificiel le même effet qu'avec la lumière du jour. Dans ce but, deux rampes lumineuses ont été disposées au bord inférieur du vitrage de chaque côté de la table d'opération, elles comprennent en tout dix lampes de seize bougies. La lumière se trouve réfléchie par une simple bande de zinc, peint en blanc, qui forme la monture même de ces rampes. L'effet est satisfaisant et l'opérateur peut s'approcher et se pencher sur la table sans projeter d'ombre nulle part. Enfin, pour assurer un éclairage particulièrement intensif en un point quelconque de la salle, une ligne aérienne traverse la pièce, et on peut y suspendre à volonté tel appareil d'éclairage que l'on peut imaginer. Pour le moment, une lampe de trente-deux bougies pouvant s'orienter dans toutes les directions et se fixer à toutes les distances nous paraît suffisante. Cette lampe est soutenue par une canne métallique nickelée, un réflecteur de forme conique protège les yeux contre le rayonnement direct de la lumière. La canne s'accroche aux deux fils de la ligne et pend verticalement. La lampe qui est à son extrémité peut être remontée ou descendue à volonté et orientée dans toutes les directions par une genouillère.

Le pavillon d'isolement comprend quatre pièces et un escalier ; il y a deux pièces au rez-de-chaussée et deux pièces au premier étage. Les chambres sont à deux lits parallèles. L'éclairage au gaz consistait en un bec papillon placé en face des lits : disposition défectueuse, car les malades ont le visage tourné vers la source lumineuse, ce qui les incommode pour dormir ; on est obligé à laisser brûler très peu de gaz, ce qui gêne le service des gardes-malades.

Nous avons placé dans chaque salle une lampe électrique à la tête du lit, à égale distance des deux malades et à deux mètres du sol. Cette lampe est contenue dans une petite niche hémisphérique creusée dans le mur et fermée en avant par un globe de verre également hémisphérique et qui ferme hermétiquement la cavité. Dans ce pavillon, la canalisation électrique est extérieure. Cet appareillage rappelle le mode d'éclairage des wagons, la seule différence consiste en ce que la lampe est à la paroi au lieu d'être au plafond. Enfin, une prise de courant, située au-dessous de la lampe et venant affleurer la surface du mur, permet d'allumer à volonté et suivant les besoins une lampe de seize bougies qui peut être fixée à un appareil analogue à celui décrit précédemment pour la salle commune ou simplement tenue à la main ; elle est alors reliée à la prise de courant par un fil souple ordinaire.

Pour terminer, ajoutons qu'une lampe de dix bougies éclaire le cabinet de la surveillante de façon à permettre de visiter facilement les armoires à médicaments ; une autre éclaire la salle de bains attenant à la salle commune. Au rez-de-chaussée, une des salles de la consultation de chirurgie comporte également une lampe fixe et une lampe mobile, de façon à pouvoir examiner facilement un malade blessé ou contusionné amené d'urgence la nuit.

Cette disposition de l'appareillage électrique diffère notablement des habitudes courantes, ainsi que nous le faisions pressentir plus haut. En effet, la canalisation ne repose pour ainsi dire pas sur les murs. Ces derniers peuvent donc être lessivés sans que cela compromette la sécurité de l'isolement. Les lignes aériennes constituent, en fait de prise de courant, une simplification très grande et très appréciable pour un hôpital ; ajoutons enfin que les frais d'installation sont réduits dans les mêmes proportions.

Nous ne saurions trop louer ici la généreuse initiative du Directeur de la Compagnie électrique, son intervention a permis à M. Terrier de doter son service d'une innovation pratique et utile.

Nous n'avons qu'à nous féliciter d'avoir eu un collaborateur tel que M. Buffet ; si cette heureuse disposition d'éclairage électrique réunit les suffrages, tout le mérite lui appartient.

Il convient de dire, en terminant, que le fonctionnement de cette installation est absolument irréprochable.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les opérations nouvelles et rares sur les voies biliaires :

La Cystico-Entérostomie (1) ;

par Marcel BAUDOUIN,
Préparateur du Cours d'Opérations à la Faculté de Médecine de Paris,
Rédacteur en chef des *Archives provinciales de Chirurgie.*

Définition. — On donne le nom de *Cystico-entérostomie* à l'opération qui consiste à aboucher le canal cystique, plus ou moins dilaté, avec un point quelconque de l'intestin. C'est une opération tout à fait comparable à la Cholédocho-entérostomie.

On peut unir le cystique à l'*intestin grêle* ou au *côlon*. Jusqu'ici, on n'a pratiqué que ce dernier mode d'abouchement et cette opération a reçu le nom de *Cystico-colostomie.*

Historique. — A l'heure actuelle, cette anastomose n'a été pratiquée qu'une seule fois par Mayo Robson (de Leeds), le 6 ou le 8 août 1892 ; elle a porté sur le *côlon* et a été suivie d'un remarquable succès, chez un homme de 37 à 38 ans. Ce qui montre qu'elle est parfaitement logique, quand elle est indiquée, c'est-à-dire dans les cas d'absence, congénitale ou opératoire, ou de disparition de la vésicule biliaire, après la cholécystostomie, par exemple.

Voici l'observation unique que l'on possède de cette intervention.

OBSERVATION I.

Mayo ROBSON (Cas I) (8 août 1892).

(Reproduction *in extenso*) (2).

Calculs de la vésicule biliaire et du cystique (Ictère). — *Cholécystostomie.* — *Fistule biliaire persistante.* — CYSTICO-COLOSTOMIE. — *Ictère* (à nouveau). — *Cholédochotomie pour calcul du cholédoque.* — *Fistule stercorale et mort.* (Perforation du côlon par rupture des adhérences de la Cystico-colostomie (3) antérieure).

(1) Voir *Progrès médical*, 25 juillet, 1er août 1896, 5, 12 juin et 3 juillet 1897.

(2) On trouve des renseignements sur cette exceptionnelle intervention : 1° dans la communication qu'a faite Mayo Robson au *Congrès international de Médecine de Rome* en 1894 (Obs. n° 48) ; 2° dans la thèse de M. Jourdan, où l'observation est qualifiée d'inédite (1895), p. 196. — Les deux relations ne concordent pas toujours, comme nous le faisons remarquer, chemin faisant.

Nous nous sommes servi de la rédaction de M. Jourdan, bien plus complète, probablement adressée directement à notre collègue par M. Robson lui-même.

(3) Et non *Cholécystentérostomie*, comme le dit M. Jourdan.

© BIU Santé

GLYCÉROPHOSPHATES EFFERVESCENTS
LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATES de CHAUX
de Soude ou de Fer effervescents.

Régénérateurs et stimulants du système nerveux, dont ils constituent l'élément vital. — L'action bienfaisante de la chaux et du fer sur la substance osseuse et le sang complète la médication par les glycérophosphates.

BIOSINE LE PERDRIEL
GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE
de Chaux et de Fer effervescent.

La Biosine représente le plus complet des reconstituants et des toniques de l'organisme. Son action puissante s'opère à la fois sur les systèmes nerveux, osseux et sanguin, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.

Se recommandent par leur emploi et leur goût agréables. N'étant pas à base de sucre, ils conviennent à tous les tempéraments, n'amènent pas la constipation et peuvent être mis en usage par les diabétiques.

Pris aux repas, ils activent la digestion par l'acide carbonique qu'ils dégagent et qui facilite leur assimilation.

LE PERDRIEL & Cie, PARIS

PRIME A NOS ABONNÉS

Les travaux de M. le Pr CHARCOT, publiés par le *Progrès médical*, forment actuellement treize volumes, se décomposant ainsi :

ŒUVRES COMPLÈTES :

T. I, II, III. — Leçons sur les maladies du système nerveux. . .	48 fr.
T. IV. — Leçons sur les localisations cérébrales.	12 »
T. V. — Leçons sur les maladies du poumon et du système vasculaire.	15 »
T. VI. — Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins.	12 »
T. VII. — Leçons sur les maladies des vieillards, goutte et rhumatisme.	12 »
T. VIII. — Maladies infectieuses, affections de la peau, kystes hydatiques, thérapeutique.	10 »
T. IX. — Hémorragie cérébrale, hypnotisme, somnambulisme, etc.	15 »
Leçons du Mardi à la Salpêtrière, deux forts volumes in-4° couronne.	40 »
Chronique des maladies du système nerveux, deux volumes in-8° carré.	24 »

Soit au total 188 fr.

Pour permettre, à ceux de nos abonnés qui ne la possèdent pas, l'acquisition de cette précieuse collection, nous la délivrerons dans nos bureaux

Au prix net de 80 francs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

OREZZA

PROPRIÉTÉ DU DÉPARTEMENT DE LA CORSE
EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE
La plus riche en FER et ACIDE CARBONIQUE
Cette EAU n'a pas de rivale pour la guérison des
GASTRALGIES — FIÈVRES — CHLOROSE — ANÉMIE
ET TOUTES LES MALADIES PROVENANT DE
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs, que tous les ouvrages dont il nous sera adressé deux exemplaires, seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). Un seul exemplaire donne droit seulement à l'annonce. Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 14, rue des Carmes.

AFFECTIONS CARDIAQUES

CONVALLARIA MAIALIS
LANGLEBERT

SIROP : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
PILULES : 6 par jour.
GRANULES de CONVALLAMARINE : 4 par jour.

NEURASTHÉNIE

GLYCÉROPHOSPHATES de BRUEL

ÉLIXIR : 2 à 4 cuillerées à soupe pour les adultes, 2 à 4 cuillerées à café pour les enfants.
SIROP : Mêmes doses que l'Elixir.
GRANULÉ : 1 à 4 cuillerées à café pour les adultes, 1/2 à 2 — — enfants.
SOLUTION INJECTABLE (de Glycérophosphate de Soude) : 1 à 2 seringues par jour pour les adultes, une demi-seringue pour les enfants.

ANTIPYRINE
du Dr KNORR, fabriquée à CREIL (Oise).
Spécifique certain des MIGRAINES et NEVRALGIES
Pour garantie, exiger dans toutes les pharmacies, les Véritables Cachets d'Antipyrine du Dr Knorr, préparés par LECERF, pharmacien.
Vente gros : GARNIER Fils et LECERF, 56, R. des Francs-Bourgeois, Paris.
Cachets de 1 gramme, 0f30c; 0 gr. 50, 0f20c.
Exiger sur chaque Cachet la Marque et la Signature ci-contre : L. Knorr.

ROYAT
St-MART. — Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR. Anémie, Chlorose, Voies respiratoires. (FERRO-ARSENICALE)
CÉSAR. — Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

CHATEL-GUYON
SOURCE GUBLER
CONSTIPATION, DYSPEPSIE, OBÉSITÉ, ENGORGEMENTS du FOIE, AFFECTIONS des REINS et de la VESSIE, GASTRO-ENTÉRITE, FIÈVRES et ANÉMIES des Pays chauds.



PHOTOGRAPHIE à travers les corps.
La Mon RADIGUET, 15, Bd Filles-du-Calvaire (Cirque d'Hiver), PARIS, Pas de Succursale,
exécute les radiographies nécessaires à la conduite et à la vérification des opérations chirurgicales.
Matériel spécial pour MM. les Docteurs.
RÖNTGEN

© BIU Santé

Extrait de **3** Rapports **JUDICIAIRES** par 3 de nos plus éminents chimistes-experts, professeurs des Écoles de Médecine et de Pharmacie de Paris :

« *Au point de vue* **thérapeutique**, *l'efficacité de l'Extrait* « *de Malt Français Déjardin nous paraît* **incontes-** « **table** *et confirmée par de* **très nombreux cas** « *dans lesquels cette préparation a été* « *ordonnée* **avec le plus grand succès.** « *Il est de* **notoriété publique** « *qu'il est prescrit* « **journellement** *par* « *les* **Médecins.** »

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

Bière de Santé Diastasée Phosphatée

Glycérophosphates organisés à l'état naissant.

L'énergie des Ferments, la puissante action de la **QUASSINE** et autres toniques qu'il contient, en font le **plus remarquable AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE** *qui existe.*

Spécifique indiqué à tous les âges de la vie, de l'ANÉMIE, des TROUBLES DIGESTIFS et des AFFECTIONS de l'ESTOMAC.

SEUL ADMIS DANS LES **HOPITAUX** DE PARIS.

E. DÉJARDIN, Phien-Chimien de 1re cl. *Ex-Int. des Hôpitaux*, 109, Boulv Haussmann, PARIS.

NUTRITINE DÉJARDIN

FARINE DE SANTÉ DIASTASÉE

DIRECTEMENT ASSIMILABLE

aux Malts d'Orge, d'Avoine et de Froment

Elle constitue le complément indiqué du Traitement par l'***Extrait de Malt Français*** dans les Affections si multiples des ***Organes*** de la ***Digestion***.

E. DÉJARDIN, 109, Boulv Haussmann, Paris.

PILULES DE SURINAM

(Quassine, Maltine et Lupuline pure)

DIGESTIVES, TONIQUES, NÉVROSTHÉNIQUES ET LAXATIVES

Spécifique des **DYSPEPSIES** et de la **CONSTIPATION** (même la plus opiniâtre).

E. DÉJARDIN, Phien-Chimien, 109, Boulv Haussmann, Paris.

LITS, FAUTEUILS, VOITURES ET APPAREILS MÉCANIQUES

pour Malades et Blessés

DUPONT

FABRICANT BREVETÉ (S. G. D. G.)

Fournisseur des Hôpitaux

à PARIS, 10, Rue Hautefeuille

(PRÈS L'ÉCOLE DE MÉDECINE)

Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.



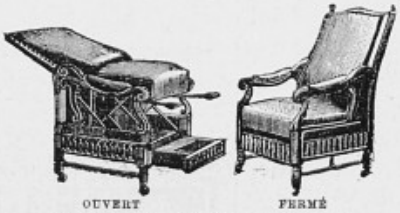
Table à spéculum et à opérations, à transformations diverses, système du professeur BOUILLY, de Paris.



Table Aseptique. Plan incliné facultatif, système du Dr H. DELAGENIÈRE, d. Mans.



Table métallique, Patins à coulisses, Coussins mobiles, hauteur réglable.



OUVERT FERMÉ

FAUTEUIL à SPECULUM

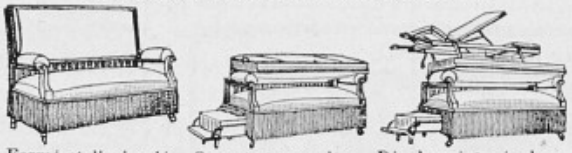


TABLE à SPÉCULUM et opérations. Système du Prof. Pozzi. Cuvette émaillée pour lavages.

CANAPÉ à SPÉCULUM et à OPÉRATIONS



Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.



Fermé et dissimulé. Ouvert pr ausculter. Développé pr spéculum.

Sur demande, envoi franco du Grand Catalogue Illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TÉLÉPHONE

ASTHME et CATARRHE. Guéris par les CIGARETTES ou la POUDRE **ESPIC**

Oppressions, Toux, Rhumes, Névralgies. Tres Phies, 2 fla Bre. Tente gris : 20, r. St-Lazare, Paris.

Exiger la Signature ci-contre sur chaque Cigarette.

VALS

Eaux Minles Natles admises dans les Hôpitaux

Saint-Jean. Maux d'estomac, appétit, digestions.

Précieuse. Foie, calculs, bile, diabète, goutte.

Dominique. Asthme, chlorose, débilités.

Désirée. Calculs, coliques. ***Magdeleine.*** Reins, gravelle

Rigolette. Anémie. ***Impératrice.*** Maux d'estomac.

Très agréables à boire. Une Bouteille par jour.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE des EAUX VALS (Ardèche).

Rapport favorable de l'Académie de Médecine

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique

Purifie l'air chargé de miasmes.

Préserve des maladies épidémiques et contagieuses.

Précieux pour les soins intimes du corps.

Exiger Timbre de l'État. — TOUTES PHARMACIES

OBÉSITÉ – GOITRE MARQUE DE FABRIQUE MYXŒDEME

THYROÏDINE FLOURENS

PASTILLES { ADULTES, 2 à 5 pr jour. / ENFANTS, 1 à 2 pr jour. } suivant tolérance. | **PILULES** { ADULTES, 8 à 20 pr jour. / ENFANTS, 1 à 8 pr jour. } suivant tolérance.

Expérimentées dans les hopitaux, ces préparations rigoureusement dosées ont donné les résultats les plus satisfaisants. Chaque pastille contient exactement 20 centigrammes de corps thyroïde frais et sain provenant du mouton et les pilules 5 centigrammes.

Leur mode d'administration est facile, leurs effets sont très rapides et l'amélioration qu'elles déterminent est de longue durée.

PHARMACIE FLOURENS, à BORDEAUX ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

PARIS. Société Française de Produits Pharmaceutiques, *9 et 11, Rue de la Perle.*

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUVARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Infér^re, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1877.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharm. GERBAY, à Roanne (Loire).

© BIU Santé

A... M..., homme de 37 ans (1), qui en mars 1892 subit pour ictère très prononcé une *cholécystostomie*. Ablation de plusieurs calculs de la vésicule biliaire et du canal cystique. On ne sent aucun calcul dans le cholédoque. Nombreuses adhérences.

Persistance d'une fistule biliaire, qui dura quelque temps; puis elle se ferma. Après quelques semaines, survint un accès de colique hépatique, suivi de la réouverture spontanée de la fistule.

Opération. — 1° Le 8 août 1892 (2), union du *Canal cystique*, dilaté, au *Côlon transverse*, à l'aide d'une petite bobine d'os décalcifié (Cystico-colostomie).

Suites. — Bonne santé pendant quelques mois; la jaunisse a disparu (3). Mais, en décembre 1892, l'ictère reparaît.

2° Le 28 janvier 1893, M. Robson rouvre l'abdomen. Il attire au dehors la cicatrice de l'anastomose antérieurement faite. Le canal cystique s'est *rétracté* (ce qui était à prévoir, comme dans tous les cas de *dilatation*); et il n'y a plus de communication avec le côlon (?). Il n'y a qu'*une bride entre les deux organes* (?). Avant d'arriver au cholédoque, il faut rompre beaucoup d'adhérences. *Cholédochotomie.* Extraction d'un volumineux calcul du cholédoque. On referme l'incision du canal avec une aiguille à pointe rectangulaire, construite pour la staphylorrhaphie. Tube à drainage jusque dans la loge du rein droit.

Suites. — Le malade a survécu 15 jours, malgré la formation d'une *fistule stercorale*; au bout de 8 jours, les matières fécales sortaient par le tube à drainage.

Autopsie. — On trouva une petite *perforation du colon* à l'endroit de l'ancienne Cystico-colostomie (4). Le colon étant vide au moment de l'opération, Robson n'avait pas remarqué cette perforation, qu'il eût été facile de suturer. A son avis, la mort est certainement due à cet accident.

Manuel opératoire. — Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire. On peut employer évidemment tous les procédés utilisés par les anastomoses de ce genre, c'est-à-dire portant sur des canaux de petit calibre (cholédoque, uretère, etc.), à savoir les sutures ou les boutons anastomotiques, à l'exemple du chirurgien anglais.

Dans son cas, Mayo Robson a utilisé, en effet, une petite bobine *d'os décalcifié*; et l'opération ne paraît pas avoir présenté de difficulté.

Si l'on avait à faire la même opération, il faudrait bien se garder de suivre tout à fait son exemple. On devait préférer l'abouchement à l'*intestin grêle*, non loin de l'origine de l'anse jéjunale, et non pas anastomoser le cystique avec le *côlon*, à moins d'impossibilité d'agir autrement.

On remarquera d'autre part qu'une seconde intervention, pratiquée six mois plus tard environ, a montré ce qui se passe d'ordinaire après ces anastomoses. Le phénomène constaté a été l'*atrophie de l'organe dilaté*: ce qui est la règle, et, dès 1892, nous a engagé à recommander la gastro-entérostomie dans les cas de dilatation de l'estomac persistante, sans lésion organique du pylore.

Une complication se serait présentée ici, au dire de l'observateur. Pour une raison que nous n'avons pu découvrir, l'anastomose, au bout d'un certain temps, aurait presque disparu. — Mais est-ce bien exact? Ne persistait-il pas un fin conduit dans la bride réunissant encore les organes réunis? On le croirait, à lire la fin de cette observation, un peu lâchée comme rédaction. Robson ne dit-il pas lui-même qu'il nota à l'autopsie une petite perforation du côlon, à la place de la cystico-lostomie? — Ce qui porte à admettre que l'anastomose avait parfaitement réussi.

Indications. — Il est évident que cette opération ne doit être utilisée qu'en l'absence de vésicule biliaire ou que lorsque celle-ci a disparu complètement ou à peu près par atrophie, qu'elle ait été ou non incisée au préalable. De plus, elle ne doit l'être que si le cystique persistant est suffisamment dilaté. On la tentera toujours, dans ces conditions très spéciales, de préférence à la cholédo-entérostomie, d'une exécution plus difficile.

Elle ne saurait, au point de vue des indications, être rapprochée de l'Hépatico-entérostomie ou de la Cholangio-entérostomie, opérations, qui, elles, s'adresseraient à une oblitération de l'Hépatique, siégeant au-dessus de l'embouchure du cystique.

Et il ne faut pas oublier qu'il est aussi simple, quand l'obstacle au cours de la bile dans le cholédoque est un calcul, qui peut s'enlever par l'incision de ce conduit, de s'attaquer directement au corps du délit. Malgré le succès incontestable obtenu par Mayo Robson, il est probable, en effet, que la Cholédochotomie n'est pas plus grave que la Cystico-entérostomie, c'est donc à cette intervention sur le cholédoque qu'on s'adressera désormais dans les circonstances de ce genre, les plus fréquemment observées.

(1) 38 ans, a dit M. Robson à Rome (*Series of operations of the Gallbladder and Bile ducts*, 1894).

(2) Le 6 août, a dit M. Robson à Rome.

(3) Phrase prise dans la Communication faite au Congrès de Rome.

(4) Et non Cholécystentérostomie, comme le répète Jourdan: ce qui peut induire en erreur.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance et l'Enseignement populaire à Courbevoie.

A la fin du mois de mai dernier, M. le Préfet de la Seine a présidé l'inauguration, à Courbevoie, de la Bibliothèque populaire, du Commissariat de police et de la *Chambre de secours*. Le doyen du Conseil municipal a remis au maire, l'honorable M. Boursier, une médaille commémorative. Des discours, très intéressants à divers titres, ont été prononcés par M. Stanislas Ferand, conseiller général du canton, M. Féron, au nom du Conseil général de la Seine, M. Breuillé, au nom du Conseil municipal de Paris, etc.

M. de Selves a insisté principalement sur la Bibliothèque populaire, qui possède actuellement 6.000 volumes et dont les prêts à domicile ont dépassé le chiffre de 13,000 en 1896; d'où la nécessité de construire une annexe à la mairie pour l'installation de la Bibliothèque, avec une salle de lecture sur place, d'autant plus que M. Boursier compte organiser des conférences populaires, qui agrandiront encore le champ d'action de la Bibliothèque. Puis, M. de Selves a remis, au nom de M. le Ministre de l'Instruction publique, les palmes d'officier d'Académie à M. Boursier. — M. le Secrétaire de la Préfecture de Police a mis en relief la bonne organisation du nouveau commissariat de police.

M. Féron se félicite des progrès réalisés dans la banlieue parisienne. Ensuite, il rend justice en ces termes à l'ancien maire, notre ami M. Bailly, et à M. Boursier.

« La ville de Courbevoie a eu aussi la bonne fortune de posséder, pendant sa période de progression, un maire dévoué, actif, estimé de tous, constamment réélu par ses concitoyens, et qui fut d'une ardeur remarquable pour la prospérité de la ville, dont il avait la charge des intérêts. Je parle, et vous m'avez tous compris, de notre honorable concitoyen Bailly, de celui dont nous sommes trois aujourd'hui à nous partager la

© BIU Santé

succession au Conseil général de la Seine. (*Très vifs applaudissements.*)

« Il est de mon devoir, en cette circonstance, de lui adresser publiquement l'expression sincère de notre amitié, car sa tâche si bien remplie nous sert aujourd'hui d'exemple. Il mérite que nous l'associions à l'œuvre de progrès que nous inaugurons et dont il fut l'un des précurseurs. Je le salue au nom du Conseil général de la Seine, qui garde du citoyen Bailly un excellent souvenir.

« L'honorable maire, M. Boursier, continuateur de ce brillant passé, et ses dévoués conseillers municipaux, n'ont pas voulu s'arrêter dans le développement de cette œuvre, et aujourd'hui ils nous offrent en contemplation un ensemble de constructions dont la destination est bien la caractéristique de l'esprit de progrès social qui anime la population et ses dignes administrateurs. »

Nous avons eu l'occasion de visiter récemment ces installations nouvelles. Tous les locaux du Commissariat sont bien aménagés, même le violon, composé de deux pièces, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. Elles sont pourvues d'un large banc, de couvertures et d'un siège d'aisance avec effet d'eau. La manette est placée à l'extérieur et manœuvrée par les agents, précaution utile. Nous pourrions critiquer l'absence de chauffage ; mais cet inconvénient n'est que relatif, car les individus arrêtés sont envoyés avant les 24 heures à la Préfecture de Police.

La partie intéressante de ces nouvelles installations est la création d'une *chambre de secours*, destinée à recevoir les blessés et les personnes tombées malades sur la voie publique. Cette chambre de secours est pourvue d'un lit, d'une table, de vitrines pour les appareils et médicaments d'urgence, en un mot de tout ce qui est nécessaire pour les soins immédiats. Elle a été aménagée d'une façon aussi convenable que possible. C'est là maintenant qu'on apporte les malades et les blessés de la voie publique au lieu de les conduire chez le pharmacien. On appelle sur le champ un médecin pour donner les premiers soins, puis le malade est reconduit à domicile ou envoyé à l'hôpital par une voiture d'ambulance. Lors de l'inauguration, on y avait déjà soigné 50 blessés. Cette chambre de secours donne sur une cour assez vaste, close de manière à empêcher la vue du dehors. Dans cette cour est disposée une tente qui sert de dépôt momentané aux cadavres des personnes mortes sur la voie publique ou des noyés sortis de la Seine. Les cadavres sont déposés sur un brancard couvert, puis, au bout de quelques heures, expédiés à la Morgue de Paris. A la même époque, la tente avait reçu 7 corps.

La chambre de secours et de dépôt des morts constituent une heureuse innovation, qui fait le plus grand honneur à M. Boursier. Il serait bien à désirer que son exemple fût imité par toutes les communes importantes du département de la Seine. BOURNEVILLE.

L'intoxication amoureuse.

Eros, qui sait dompter les âmes les plus fortes...
Dieu des forfaits obscurs et des *subtils poisons*...
... *J'ai soif* d'amoureuses douleurs !
Jean LAHOR.

Un livre vient de paraître qui étonnera la plupart des médecins de la jeune génération ; et je n'ai pas de raison pour n'en point dire tout le bien que j'en pense. L'*Introduction à la Médecine de l'Esprit* (1) du brillant chroniqueur qu'est notre ami M. de Fleury, lue à tête reposée par ceux de nos confrères qui ont encore le loisir de penser, ouvrira des horizons nouveaux à plus d'un praticien. Depuis longtemps, on va sans cesse répétant que le médecin n'a pas à soigner que le corps, et l'on a raison ; qu'il doit être aussi — et peut-être surtout — le thérapeute, voire même l'hygiéniste des âmes. Mais, jusqu'ici, il eût été assez difficile de trouver, dans notre littérature courante, un article sur le traitement médical, prophylactique et curatif, de la *Paresse*, de la *Tristesse*, de la *Colère*, etc. Remercions donc le psychologo-neurologiste très moderne qui n'a pas craint d'aborder, avec le langage de la Science, ces points divers d'hygiène psychologique. Ce faisant, il a certainement rendu service à nombre de ses collègues.

Un chapitre, intitulé *La Médecine des Passions*, a surtout, dans cet ouvrage au style très châtié et aux idées très liées, retenu ma curieuse attention. Et il mérite, par son originalité réelle, d'être signalé comme un des joyaux les plus précieux de cette belle parure. L'on me pardonnera de m'arrêter aujourd'hui uniquement sur les idées nouvelles qui y sont développées avec une prestigieuse sûreté de main. On sent là un écrivain très maître de sa plume et plein de son sujet.

Pour M. de Fleury, comme pour bien d'autres, dont je suis, l'amour est un phénomène physiologique, qui, lorsqu'il revêt la forme vraiment sentimentale, devient parfaitement pathologique. Ne répète-t-on pas chaque jour : « C'est un amoureux fou ! » Cet amour, sur lequel rien de sensé ne peut influer, où la raison perd ses droits et la volonté sa puissance, est indiscutablement une maladie humaine.

L'*Amour morbide*, a-t-on dit avec juste raison, est « une affection du feuillet externe du blastoderme », d'où provient le système cérébro-spinal, le système cutané et les muqueuses d'orifices ! Rien de plus juste. Mais quelle est l'essence même, la nature de cette terrible maladie psychologico-cutanée ? Quelle en est la pathogénie ?

C'est ici qu'apparaît l'ingénieuse théorie, soutenue par l'auteur avec un brio fort troublant. La phrase suivante la résume dans toute sa simplicité : « Comparez à l'amoureux fou le morphinomane et l'alcoolique ; vous serez frappé de l'identité absolue des processus pathologiques. » — L'*Amour-Maladie* n'est, en effet, que le décalque de la *Morphinomanie*. Le point de départ est différent ; mais les résultats sont exactement les mêmes.

Je dois faire ici un aveu, qui va chagriner peut-être mon ami de Fleury. Je n'avais lu, jusqu'à ces temps derniers, ni son livre, ni les articles qu'il consacra jadis à la dite question (2) ; et, pourtant, il y a quelque temps déjà, la même idée m'était venue, à l'examen d'un morphinomane très avéré et très connu. Je n'avais pas de mérite : j'assistais précisément, à la même époque, à l'évolution des troubles qu'un amour intense amenait chez mon ami le plus intime et dont il est heureusement guéri ! Cela noté simplement, non pas pour dire que

(1) Paris, Alcan, éd., 1897.
(2) *Les causeries de Bianchon*. Paris, Édit. scient., 1896.

© BIU Santé

les *beaux* (1) esprits se rencontrent — ce qui est indiscutable, n'est-il pas vrai ! —, mais pour montrer combien la ressemblance est frappante entre ces affections d'ordre neurologique. Comme y a insisté M. de Fleury, l'amour (2) est une *intoxication* au même titre que la morphinomanie, l'éthéromanie, l'alcoolisme, etc. Dans ce cas, il n'y a plus absorption d'un poison matériel, venant du tube digestif, du tissu cellulaire sous-cutané ou de la muqueuse respiratoire, agissant d'une façon soutenue sur certains éléments cellulaires de l'encéphale, mais bien l'action permanente d'une *idée fixe* sur ces mêmes éléments, où s'élabore sans doute tout ce qui s'appelle volonté et raison. La cause des altérations est différente; mais les effets se ressemblent à s'y méprendre. Dans un cas, c'est une substance chimique qui arrête le jeu normal d'un organe ; dans l'autre, il n'y a que poison moral.

Je ne puis, on le comprend, entreprendre ici une démonstration avec faits à l'appui, ni même appuyer sur les analogies signalées, en retraçant le tableau clinique complet et l'évolution des deux maladies. Un seul symptôme suffira pour montrer la ressemblance frappante. Quelle est, en effet, la véritable caractéristique de la Morphinomanie ? C'est un besoin *impérieux*, irrésistible, de la terrible substance, et, si on la supprime brusquement, le besoin devient, pendant quelque temps au moins, plus vif encore. Dans la manie amoureuse, les choses se passent exactement ainsi. Séparez brusquement amants et amantes ; vous savez ce qu'il en résulte trop souvent.

Quel paradoxe, dira-t-on, que pareille assimilation de l'amour à des intoxications chimiques ! Mais il y a bien d'autres maladies purement mentales qu'on peut comparer à des maladies nerveuses connues ! Le suicide, par exemple. N'est-il pas parfois épidémique et contagieux, au sens ancien du mot ?

En tous cas, la thérapeutique est venue prouver à son tour que cette assimilation a une base solide, puisque le même traitement, appliqué dans les deux cas, finit par procurer la guérison. A l'une comme à l'autre de ces intoxciations, il faut appliquer les mêmes remèdes : Isolement ou éloignement, internement ou voyage ! On connaît la formule : *Natura morborum*... N'insistons donc pas et ajoutons, toujours avec notre auteur, que certainement l'amour est l'intoxication la plus bénigne et la moins irréparable...

Inutile de faire remarquer que, pour la plupart, elle paraît devoir être la plus agréable. Mais il semble que ce ne soit pas l'avis des fumeurs d'opium et des morphinomanes. Ce qui est fort regrettable pour le genre humain !

Marcel BAUDOUIN.

(1) Le proverbe n'est pas très juste, car les *mauvais* se rencontrent peut-être encore plus souvent !

(2) Il ne faut pas confondre l'*Amour-Maladie* avec l'*Amour-Passion*. L'amour *physiologique* et l'amour *pathologique* peuvent être l'un et l'autre *passionnel* ou *platonique*. Il s'agit, dans ces cas, du côté physiologique ou du côté psychologique de la question.

MÉDECINS CONSEILLERS D'ARRONDISSEMENT. — M. le Dr FOURRIER (de Briey) vient d'être élu conseiller d'arrondissement en remplacement de M. Bernard, notaire, décédé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 juillet 1897. — PRÉSIDENCE DE M. GLEY.

M. CHANTEMESSE a étudié, avec M. Ramond, la *fièvre typhoïde expérimentale*. Depuis la découverte du bacille d'Eberth, les tentatives pour donner la fièvre typhoïde aux animaux ont été extrêmement nombreuses. L'intérêt de ces recherches n'était pas seulement dans la reconnaissance du caractère spécifique du microbe, mais encore dans l'étude de l'étiologie, de la physiologie pathologique et de la thérapeutique de la maladie. Les uns, avec Fränkel et Simmonds, affirmaient qu'ils pouvaient infecter les souris; les autres, avec Sirotinin, Beumer et Peiper, soutenaient qu'on ne produisait que des phénomènes d'intoxication. L'un de nous et M. Widal ont montré, il y a dix ans, que les divergences des résultats des expérimentateurs étaient dues aux virulences variables des microbes qu'ils utilisaient et que l'infection des animaux par le bacille d'Eberth pouvait être certainement réalisée puisque quatorze jours après l'inoculation du microbe dans la veine du lapin, on trouvait encore dans la moelle des os le bacille d'Eberth vivant.

Depuis cette époque on communiquait aux animaux une infection typhique, laquelle, malheureusement, n'avait ni les allures, ni l'évolution de la fièvre typhoïde humaine. En effet, l'ingestion du microbe par la bouche ne paraissant donner aucun résultat, on pratiquait l'inoculation dans le sang, dans le péritoine, dans le tissu cellulaire, et l'on obtenait une maladie brutale, rapide, qui se jugeait en douze à dix-huit heures, par la mort rapide ou par une guérison complète. Quelquefois, il est vrai, après cette guérison apparente, des phénomènes cachectiques apparaissaient au bout de quelques semaines et faisaient périr les animaux. Ce n'étaient pas là, en somme, les caractères de la fièvre typhoïde humaine et tous les efforts n'avaient pas abouti à fournir un matériel expérimental qui permit d'entreprendre l'étude d'une méthode de traitement applicable à la dothiénentérie de l'homme.

Pour les recherches que nous poursuivons sur la sérothérapie de la fièvre typhoïde, il était nécessaire de créer une maladie expérimentale calquée sur la maladie spontanée de l'homme. Nous sommes arrivés à obtenir ce résultat chez le singe il y a dix-huit mois et plus tard chez les lapins. Nous avons fait sur ce point une grand nombre d'expériences. Nous nous proposions de les publier en même temps que les recherches de sérothérapie lorsque la communication de M. Remlinger, dans la dernière séance de la Société de Biologie, nous a décidés à faire connaître quelques-uns de nos résultats.

Le singe macaque soumis, autant que faire se peut, à l'antisepsie intestinale par le régime lacté exclusif continué pendant quinze jours, prend bien la fièvre typhoïde. Il suffit, en effet, lorsque les garde-robes sont devenues blanches, de lui faire absorber pendant trois ou quatre jours une petite quantité de bacille d'Eberth prise sur une culture fraîche et très virulente. L'ingestion se fait facilement lorsqu'un raclage d'un tube de gélose est mélangé à de la confiture. Deux ou trois jours plus tard, l'animal est pris de fièvre, son appétit est diminué; il a parfois de la diarrhée et on trouve naturellement des bacilles d'Eberth dans ses garde-robes. Cependant la fièvre s'accentue et l'état général devient mauvais. Souvent, dans les derniers jours de la vie, la température baisse au-dessous de la normale et l'animal succombe du huitième au douzième jour.

L'autopsie est caractéristique et confirme la notion de l'existence de la fièvre typhoïde. On constate la présence de lésions, de congestion, d'hémorragie, d'exulcération de la tunique muqueuse de l'intestin grêle au niveau de sa dernière portion et surtout du cæcum. Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés. La rate est d'un rouge foncé, dense et augmentée de volume; le foie est volumineux et congestionné. Les poumons présentent des zones de con-

© BIU Santé

gestion et d'atélectasie. La culture des organes donne des bacilles d'Eberth. L'examen histologique de la rate fournit surtout des renseignements typiques. Sur les coupes que nous présentons à la Société de Biologie et dont la coloration depuis dix-huit mois s'est suffisamment conservée, on voit très nettement les foyers de bacille d'Eberth, où les microbes sont entassés en amas les uns à côté des autres, tandis que le reste du parenchyme n'en renferme pas ou presque pas. Ces foyers microbiens sont tellement semblables à ceux que présentent les rates typhiques humaines qu'à un examen limité à la vue de ces foyers, une confusion entre les lésions de rates typhiques de l'homme et du singe serait possible.

Quelques-uns de ces foyers présentent encore leurs cellules non dégénérées munies d'un noyau bien coloré, d'autres montrent dans leur intérieur des cellules atteintes de nécrose.

La tunique du cæcum est épaissie. La couche glandulaire est en partie abrasée et les cellules de la profondeur sont tuméfiées, se colorent mal; dans le tissu sous-muqueux on trouve des vaisseaux congestionnés et des bacilles en petit nombre infiltrés ça et là. Le foie est congestionné, atteint par places de véritables hémorragies capillaires. On y découvre des zones où les travées hépatiques ne se colorent plus. Nulle part nous n'avons trouvé dans le foie du singe l'infiltration leucocytique que l'on constate dans le foie du lapin atteint de fièvre typhoïde.

Le lapin peut, en effet, contracter la fièvre typhoïde par ingestion buccale; nous nous en sommes convaincus depuis un an par un grand nombre d'expériences. La condition de la réalisation de l'infection est dans la virulence du microbe pour le corps du lapin ou bien, si le microbe utilisé n'a qu'une virulence moyenne, dans l'abaissement de la résistance organique de l'animal. Celle-ci s'obtient à l'aide de divers procédés. Un des plus simples consiste à injecter dans la cavité péritonéale du lapin, aussitôt après l'ingestion virulente, 25 à 35 gouttes de laudanum de Sydenham. On obtient ainsi, pendant un certain temps, un sommeil des phagocytes qui favorise beaucoup l'infection. La méthode qui nous a donné les résultats les plus constants et les plus favorables est la suivante : pendant trois semaines l'animal reçoit sous la peau, tous les trois ou quatre jours, quelques centimètres cubes de sérum humain ou d'urine humaine (1). Chaque injection est suivie d'une faible et courte élévation thermique qui n'altère pas la santé de l'animal et ne modifie pas sensiblement son poids. Cependant il se fait une modification générale dans l'organisme du lapin qui, sous le coup de cette *humanisation*, devient plus sensible à l'ingestion du bacille d'Eberth suivie de l'inoculation laudanisée dans le péritoine.

Quant au procédé de l'ingestion de la culture virulente, on peut mélanger celle-ci à la nourriture, l'introduire dans la bouche en titillant le fond de la gorge de manière à obtenir des mouvements de déglutition ou encore la porter directement dans l'estomac avec la sonde. Ce dernier procédé est commode, pour provoquer l'infection typhoïde générale, mais son emploi est souvent la cause prochaine des complications de pleurésie purulente à bacilles d'Eberth unilatérale ou bilatérale.

Voici un résumé des symptômes qui apparaissent chez les animaux soumis aux expériences. Quelques heures après l'ingestion d'une dose de 3 à 5 centimètres cubes d'une culture jeune de bacille d'Eberth dans du bouillon, la température s'élève à 40° ou 41°,5; le lapin ne mange pas de la journée. La diarrhée, lorsqu'elle existe, est peu abondante; l'animal se blottit au fond de sa cage, la tête rentrée dans les épaules, les oreilles tombantes. Le lendemain tous ces phénomènes ont disparu mais la température reste de quelques dixièmes au-dessus de la normale. Les jours suivants le poids baisse de 150 à 200 grammes, la fièvre est légère, l'appétit est un peu diminué. Vers le douzième jour environ, il se fait une brusque élévation thermique qui atteint ou dépasse 40°, puis, pendant une quinzaine de jours, la fièvre persiste, s'élevant au-dessus de la température normale de un demi à un degré et demi; enfin l'animal reprend sa température normale, 38°8. Pendant le cours de la maladie, l'appétit est diminué, la diarrhée se montre irrégulièrement pendant quatre ou cinq jours; les mouvements respiratoires sont ralentis (sauf les cas de pleurésie) et les urines ne contiennent pas d'albumine. L'abattement de l'animal est évident; il ne s'enfuit pas à l'approche, il reste replié sur ses membres, le dos voûté, la tête rentrée dans les épaules, les oreilles pendantes, les yeux mi-clos. Si l'assoupissement est plus considérable, les yeux sont fermés, la tête oscille verticalement à chaque mouvement respiratoire. A ces symptômes s'ajoute parfois une conjonctivite purulente de peu de durée.

Peu à peu, vers le quinzième jour, si l'évolution doit être favorable, les signes s'amendent et en peu de temps le lapin revient à son état normal. Dans le tableau des symptômes que nous venons de décrire, on peut reconnaître avec certitude l'image de la fièvre typhoïde expérimentale; et cela pour deux raisons, tirées des résultats de l'examen anatomique et bactériologique lorsqu'on sacrifie l'animal dans le cours de sa maladie, et des renseignements fournis par le séro-diagnostic de Widal. L'épreuve faite chez nos lapins avant l'ingestion virulente a toujours été négative; elle est devenue positive très rarement dès le 7e jour et le plus souvent du 9e au 12e jour. Dans aucun cas l'agglutination du bacille d'Eberth par le sérum des animaux n'a manqué d'apparaître pourvu que la maladie dure assez longtemps. Une épreuve faite, dans un cas, soixante-trois jours après l'ingestion, était encore positive.

Les données recueillies par l'examen anatomique et bactériologique ne sont pas moins précises. Si on sacrifie le lapin dix jours après l'ingestion, on trouve une rate hypertrophiée ayant deux ou trois fois son volume normal; le foie congestionné, l'intestin grêle rempli de matières diarrhéiques ocreuses, les plaques de Peyer saillantes atteintes fréquemment d'ulcérations à leur surface, les ganglions mésentériques augmentés de volume. L'ensemencement des pulpes splénique et hépatique donne du bacille d'Eberth pur; le sang du cœur est stérile.

Tel est le tableau, chez le lapin, de la fièvre typhoïde expérimentale de moyenne gravité. Elle montre réalisé chez l'animal un schéma des cas moyens de la dothiénentérie humaine. D'autres exemples de la même maladie expérimentale s'éloignent beaucoup du tableau précédent, les uns par la gravité et la rapidité de la marche de la maladie, laquelle parcourt ses étapes entre quelques heures et trois ou quatre jours, les autres par la terminaison mortelle qui se montre spontanément du vingt-cinquième au trentième jour; d'autres enfin présentent des exemples de cas abortifs, les uns bien caractérisés et les autres frustes où l'infection s'accompagne d'un minimum de symptômes et d'une très faible élévation thermique. N'était l'épreuve positive du séro-diagnostic de Widal constatée vers le dixième jour, on laisserait passer inaperçue cette *fièvre typhoïde ambulatoire* du lapin. Il n'est pas jusqu'aux écarts de régime qui n'aient un rôle dans l'évolution de la maladie. La diète est relativement favorable; chez des animaux en voie de guérison, la reprise d'une alimentation copieuse a provoqué une diarrhée profuse et la mort est survenue dans un abaissement de température. L'examen des organes des animaux atteints a permis toujours de retrouver par la culture le bacille d'Eberth dans la rate et le foie, etc., à l'état de pureté lorsque la maladie était récente ou associée au proteus, au coli-bacille, lorsqu'elle avait duré longtemps. La comparaison avec les constatations faites dans la dothiénentérie humaine souligne encore ici les rapports étroits qui unissent les deux processus pathogéniques.

Au point de vue histologique il faut signaler chez le lapin l'intégrité relative du rein en rapport avec l'absence ordinaire d'albuminurie. Dans la rate nous n'avons jamais rencontré ces foyers de bacilles d'Eberth qui fournissent

(1) Nous adressons nos vifs remerciements à M. le Pr Pinard, qui nous a permis de recueillir, dans son service, du sérum de sang placentaire.

© BIU Santé

chez l'homme et chez le singe des images si caractéristiques. Le foie des lapins présente de la congestion, de l'infiltration leucocytique dans certains capillaires et dans les espaces portes. Nous n'avons trouvé ni foyers bacillaires ni foyers nécrotiques. Le développement de la lésion intestinale se reconnait nettement au point de vue histologique. On constate la pénétration de bacilles dans la sous-muqueuse, dans la tunique sous-séreuse et même à la surface du revêtement péritonéal. Cette constatation permet de comprendre la production éventuelle de péritonites séreuse, séro-hémorragique et séro-purulente. On sait que chez l'homme l'apparition de bacilles d'Eberth sur la surface péritonéale provoque la formation de granulomes typhoïdes (Hoffmann).

En résumé, les faits que nous signalons établissent que l'on peut donner au singe et au lapin, par ingestion buccale, une maladie très voisine de la fièvre typhoïde humaine. L'intérêt théorique de cette constatation n'est pas dans la certitude acquise depuis dix ans, que l'animal subit une véritable infection, mais elle est dans la durée et l'évolution de cette maladie ingérée, qui est véritablement une nouvelle maladie expérimentale, nous permettant depuis plusieurs mois de constater et de mesurer à coup sûr le pouvoir préventif et le pouvoir curatif du sérum anti-toxique de la fièvre typhoïde, dont l'un de nous a indiqué le mode de préparation.

M. Claude Martin (de Bordeaux) adresse une note sur les *influences physico-chimiques* qui peuvent agir dans les imprégnations de plaques photographiques sensibles dans les expériences du Dr Luys.

M. Phisalix a étudié le *venin de la grande salamandre du Japon*, venin facile à se procurer en grattant la peau de l'animal à l'aide d'une spatule. Au point de vue physiologique, il détermine un œdème local sur le cobaye, la grenouille, le chien. Les symptômes généraux sont d'ordre paralytique, le cœur mourant le dernier. Ce venin s'atténue assez rapidement par la chaleur, à 60° par exemple, et acquiert alors des propriétés vaccinantes très énergiques.

MM. Roger et Josué. — *Des modifications de la moelle osseuse dans l'affection charbonneuse.* — Chez un lapin ayant succombé en deux jours à une infection charbonneuse aiguë, la moelle osseuse est rouge. Sur des coupes, les cellules médullaires sont abondamment proliférées et il y a une congestion très marquée. De nombreuses bactéridies se trouvent dans les lacs sanguins ou forment un feutrage autour des cellules. Ce sont les mononucléés qui ont surtout proliféré, puis viennent les lymphocytes, les globules rouges nucléés sont assez nombreux, ainsi que les cellules géantes ; les polynucléés sont au contraire très rares. Mais il existe en même temps des dégénérescences cellulaires très marquées des mononucléés et des cellules géantes : fragmentation du réseau chromatique du noyau, disparition de ce réseau, disparition du noyau, disparition des granulations. Enfin, la graisse des cellules graisseuses se résorbe en partie et est remplacée par le protoplasma qui augmente de volume et présente un noyau allongé en même temps que la membrane d'enveloppe s'épaissit. Des lésions analogues, mais moins marquées, se sont produites chez un lapin ayant vécu 11 jours. La prolifération cellulaire était moins marquée et la proportion des éléments normaux plus grande ; les cellules graisseuses étaient seulement épaissies. La maladie charbonneuse provoque donc une abondante prolifération des cellules de la moelle des os, comparable à celle que que nous avons signalée dans l'infection staphylococcique et l'intoxication diphtérique (Soc. de Biol., 12 déc. 1896, 9 janv. 1897 ; *Presse médicale*, 13 mars 1897) ; nous avons obtenu le même résultat dans les infections expérimentales à streptocoques. Mais ce qui différencie les modifications de la moelle charbonneuse de celles que nous avons observées dans d'autres infections, c'est, d'une part, la dégénérescence rapide d'un grand nombre d'éléments ; d'autre part, les modifications des cellules graisseuses. Ces phénomènes de nécrose doivent être rattachés à l'évolution rapidement mortelle du processus infectieux.

M. Balthazard. — Note sur la *pathogénie de l'érythème radiographique.* — L'auteur a observé sur lui-même les lésions décrites sous le nom d'érythème hydro-radiographique. Il les a vus survenir encore lorsqu'il rapprochait les doigts des fils conducteurs et non de l'ampoule productrice des rayons X ; enfin également lorsqu'inversant le courant dans l'ampoule il supprimait la production des rayons X sans empêcher celle des effluves électriques. Il conclut que : Les accidents attribués aux rayons X sont en réalité dus aux effluves électriques. On les évite soit en plaçant l'ampoule à 25 centimètres au moins de la peau du sujet, soit en interposant une mince feuille d'aluminium reliée au sol. On pourra enfin supprimer l'émission des effluves en diminuant fréquence des décharges dans l'ampoule. Pour la radiographie il sera donc avantageux d'employer un trembleur à mercure de faible fréquence, ou d'actionner l'ampoule, comme l'a montré M. Destot, avec une machine statique. On pourra alors approcher l'ampoule sans inconvénient jusqu'à 5 centimètres de la peau, si toutefois l'ampoule n'est pas trop vieille.

M. Laveran décrit une *myxosporidie non encore décrite*, qu'il a trouvée dans le rein de la tortue. Le produit du râclage du rein montre des spores très réfringentes, faciles à colorer par le bleu de méthylène ou la thionine, et pourvues de filaments. Sur les coupes du rein on retrouve les spores, tantôt libres, tantôt contenues dans le plasma des cellules.

M. Déjerine rapporte une observation de *pneumonie avec très haute température* dans laquelle, sans troubles spéciaux du côté du système nerveux, les lésions des réseaux chromatiques des cellules nerveuses étaient très manifestes et pouvaient arriver, pour les cellules de la moelle, à une destruction complète du réseau de chromatine. Il en conclut que les variations du réseau chromatique étudié par la méthode de Nissl, pour intéressantes qu'elles soient, ne constituent pas des lésions fondamentales.

M. Giard dépose une note de M. A. Michel sur *la réparation du bourgeon caudal* aux dépens de l'ectoderme chez les Annélides.

MM. Carnot et Gley ont étudié l'influence de la *température sur le lab ferment* et ont constaté que le lab desséché peut supporter d'assez fortes températures sans perdre son pouvoir fermentescible.

M. Marinesco présente un *malade atteint de syringomyélie* et présentant le type de la main grasse, paralytique, qu'il a appelée *main succulente*.

MM. J. Mollard et Cl. Regaud (de Lyon). — *Note sur l'histogénèse des scléroses du myocarde produites par l'intoxication diphtérique expérimentale.* — Les expériences de Charrin (toxine pyocyanique) et les nôtres (toxine diphtérique) démontrent que la sclérose du myocarde peut succéder à des intoxications microbiennes. En ce qui concerne la provenance des éléments (cellules fixes et substance fondamentale) du tissu conjonctif néoformé, nous pensons que la prolifération des cellules fixes préexistantes et la transformation de certaines cellules migratrices en cellules fixes sont vraisemblables mais très difficiles à constater. Les cellules musculaires cardiaques ne se multiplient pas et jouent un rôle passif. Au début de la formation des plaques et des traînées de sclérose, il se fait dans le territoire malade une poussée vaso-formative intense ; plus tard, quand le tissu fibreux est constitué, les vaisseaux se raréfient. Les capillaires sanguins néoformés jouent certainement un rôle important dans l'édification du tissu conjonctif. Relativement aux causes de la sclérose, il importe de remarquer que pendant un certain temps la myocardite est exclusivement parenchymateuse ; on ne peut donc pas admettre que la sclérose soit le résultat de l'inflammation primitive du tissu conjonctif. La théorie de la sclérose dystrophique n'est pas davantage acceptable dans ce cas particulier à cause de l'absence de la distribution systématique du tissu fibreux à la périphérie des territoires artériels, et de la poussée vaso-formative signalée plus haut. Il est au contraire conforme aux faits

© BIU Santé

d'admettre la nature *cicatricielle* de cette sclérose myocardique.

MM. J. Mollard et Ch. Regaud. — *Athérome de l'aorte chez des animaux soumis à l'intoxication diphtérique.* — Les auteurs publient, à titre de documents, les observations d'un lapin et d'un cobaye intoxiqués avec la toxine diphtérique, ayant survécu, le premier, cinq mois, le deuxième, vingt mois, à l'autopsie desquels l'aorte fut trouvée très athéromateuse. Bien que l'origine toxi-infectieuse de cet athérome soit possible, les auteurs font des réserves au sujet de l'interprétation des causes de la lésion artérielle.

Élections. — M. Widal est élu membre de la Société de Biologie par 31 voix. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 juillet 1897. — Présidence de M. Caventou.

L'ostéoporose progressive.

M. Debove montre que l'ostéomalacie dite sénile est moins du ramollissement osseux que de l'ostéoporose. Cette affection s'observe presque exclusivement chez la femme. Elle survient à l'âge adulte un peu avant la ménopause. La maladie débute souvent par des douleurs thoraciques, puis apparaissent des déformations du sternum, des côtes, de la clavicule, du rachis. Les os non-seulement se déforment mais deviennent plus fragiles et se fracturent spontanément. L'ostéoporose évolue souvent par poussées avec accès de déformations rapides suivies de temps d'arrêt. L'étude microscopique ne montre qu'une porosité plus grande du tissu osseux sans modification histologique. L'analyse chimique ne montre pas de modifications de la constitution de l'os. Il s'agit donc d'une porosité de l'os, plus grande qu'à l'état normal, entraînant des déformations par suite des actions musculaires et du poids. La mort, observée dans deux cas, résulte des troubles circulatoires et respiratoires provoqués par les déformations thoraciques.

Sérothérapie du tétanos.

M. Nocard montre que les résultats curatifs du sérum antitétanique sont inconstants même avec le sérum récemment préparé en Allemagne par Hœchst. Les succès obtenus dans certains cas, l'action palliative, ne justifient pas moins ce mode de traitement. La valeur prophylactique du sérum reste d'ailleurs absolument démontrée.

Étude sur l'urine normale de l'enfant.

MM. le Dr Carron de la Carrière et L. Monfet ont cherché à établir la composition de l'urine normale de l'enfant. Leurs recherches ont porté sur 54 analyses, en recueillant les urines de 24 heures et rapportant les résultats au kilo corporel : ils ont eu spécialement en vue l'établissement des rapports urologiques des éléments entre eux, la détermination de l'urine normale de l'enfance devant servir de point de repère lorsqu'on étudiera l'urine de l'enfant malade. Il résulte de ce travail qu'il y a chez l'enfant, par rapport à l'adulte, une augmentation notable dans le volume de l'émission et dans le taux de tous les éléments normaux. La cellule infantile est incomparablement plus active que celle de l'adulte ; les matériaux sont aussi mieux travaillés. Les rapports urologiques sont plus élevés que chez l'adulte, exception faite du rapport de l'acide urique à l'urée. Ils en concluent que, chez l'enfant, les phénomènes vitaux sont plus actifs que chez l'adulte. L'élimination de l'azote est non-seulement plus considérable, mais encore son utilisation est plus parfaite. La cellule infantile est plus fortement minéralisée que celle de l'adulte. Les chiffres classiques de la composition de l'urine normale de l'adulte ne sont pas applicables à l'enfant.

Circulation placentaire.

M. Delorme montre que les thrombose si fréquentes dans le placenta même chez des femmes bien portantes renferment des microbes diplocoques et streptocoques vivants et virulents. Or les travaux de MM. Desaubry et Bordier ont montré que, chez le chien, après une digestion de matières grasses, on trouvait des microbes très abondants dans le système lymphatique et même dans le système veineux. Il est donc probable que, chez la femme enceinte, se produit un fait du même genre, à la suite d'un repas copieux. Il est nécessaire que ces microbes ne passent pas chez l'enfant et les thromboses blanches semblent un moyen employé par l'organisme pour résister à l'infection et en protéger le fœtus.

Elections.

L'Académie se réunit ensuite en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger. Voici l'ordre de classement : 1re ligne : M. le Pr Maurice Benedikt (de Vienne) ; 2e ligne : M. Petrini (de Galatz) ; 3e ligne : M. Barella (de Bruxelles) ; 4e ligne : M. de Mierzejewsky (de Saint-Pétersbourg) ; 5e ligne : M. Patrick Manson (de Londres). A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 15 juillet 1897. — Présidence de M. Sanson.

M. A. de Mortillet. — Dans certaines *tombes préhistoriques* (premier âge du fer), on a trouvé fréquemment aux environs de Bologne des plaques épaisses de bronze, qui rappellent le profil de nos sonnettes, mais ont été visiblement fondues sur le modèle des haches de l'époque. On les a d'abord données comme des objets d'ornement. Quelquefois, en effet, au lieu d'être en bronze, elles étaient simplement en terre cuite. Elles étaient toutefois bien lourdes, bien encombrantes pour être attachées aux vêtements ou suspendues au cou. M. A. de Mortillet pense que c'étaient de véritables clochettes. Toujours, en effet, elles sont accompagnées d'un maillet ou d'un épais bâtonnet court de même matière. Et, sous les coups de ce marteau, elles rendent un son vibrant, parfois fort agréable. Celles mêmes qui sont en terre cuite répondent au même but. On rencontre aussi des plaques en pierre. Toutes étaient sonores, alors qu'elles étaient entières et sans altération. De nos jours, en Corse, on fabrique et on attache même au cou des animaux des clochettes en terre cuite avec battant de même matière, qui rendent un son très clair et même assez retentissant. Dans le Nord, on fabrique des clochettes en faïence émaillée, dont on se sert couramment à table pour l'appel des domestiques.

Certaines de ces plaques anciennes en bronze sont ajourées. Elles devaient être garnies de perles en ambre. Leur son est plus argentin. D'autres sont ornées sur les côtés de serpents en creux. Il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'elles aient été employées pour éloigner les serpents, qui fuient devant les sonorités de la pierre ou du métal. On se servait aussi de planchettes de bois. A cela encore rien de surprenant. Un instrument d'appel très répandu en Afrique consiste en une planchette à l'extrémité de laquelle sont fixées par des courroies deux billes qui viennent la frapper lorsqu'on l'agite. L'instrument dont se servent les marchands de gaufres est du même genre. En Russie, des églises ont pour cloches uniquement une planche suspendue à un poteau à son entrée et qu'on frappe avec des maillets.

M. Zaborowski. — Quelques membres de la Société d'Anthropologie sont allés visiter les *habitants des Caves d'Ezy*. Depuis la note publiée en janvier sur eux par M. Zaborowski, et qui a fait le tour de la presse, il s'est fait à leur sujet beaucoup de bruit. Leur situation paraît s'en être améliorée. On a songé aussi à faire disparaître leur colonie, qui fait peu d'honneur aux communes dont ils dépendent. Ils étaient sur leurs gardes lors de la visite collective qui leur a été faite. Néanmoins, M. Jourdrignier en a pris des photographies instantanées fort édifiantes. On peut y voir bien des figures, les unes inquiétantes, les autres repoussantes, des enfants à l'allure de sauvages, une hideuse mégère portant un bébé, son enfant, à qui *elle n'a jamais pu donner une goutte de lait*, et qu'elle alimente avec un peu de café (?) et de farine. — De ses deux

© BIU Santé

voyages en Russie et en Sibérie, effectués en 1895 et en 1896, M. de Baye a rapporté de riches *collections archéologiques et ethnographiques* qui ont été exposées en juin au musée Guimet. M. Zaborowski rend compte de la visite qu'y ont faite plusieurs membres de la Société d'Anthropologie et annonce que M. de Baye lui a confié, pour étude, vingt crânes provenant d'une ancienne nécropole de Tobolsk et de Kourganes de Tomsk, et de Sysserte dans l'Oural. — A propos de l'exploration faite récemment par M. Laville dans des *foyers préhistoriques près de Choisy-le-Roi*, M. Zaborowski a rappelé les anciennes recherches de M. Roujon (1865-1870), qui a découvert trois villages préhistoriques dont une terramare, sur la rive droite de la Seine, entre Choisy-le-Roi et Villeneuve-Saint-Georges. Ces villages remontent en partie à l'époque de la pierre polie ; mais ils sont difficiles à classer, car on trouve des objets récents et de l'époque romaine auprès des foyers. Cependant M. Zaborowski a vidé complètement un foyer, sans toucher à la couche de terre le recouvrant. Sur deux cents tessons de poterie, recueillis ainsi sur un fort petit espace, un seul fragment d'un travail plus fin était sûrement postérieur à l'époque néolithique.

M. Casio. — Mémoire sur la *Corse préhistoriques*. Exposé de diverses découvertes isolées.

M. Manouvrier expose le résultat de l'*étude d'un crâne ancien* provenant d'Eure-et-Loir. Cette pièce paraît être quaternaire. Elle offrirait à ce titre un grand intérêt.

M. Chudzinski, en mourant, a laissé une trentaine de mémoires sur des *anomalies musculaires* observées par lui. M. Manouvrier, qui les a recueillis, donne lecture de l'un d'eux sur le muscle fessier. Z,

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les pleurésies purulentes de l'Enfance ; par le Dr G.-Paul Boncour. — G. Steinheil, édit., 1896.

I. — M. Paul Boncour, au début de son étude, montre les différences notables qui existent cliniquement entre la pleurésie de l'enfant et celle de l'adulte. Le diagnostic de la pleurésie séreuse infantile est parfois fort difficile et cette complication passe souvent inaperçue au cours d'une pneumonie ; il s'ensuit que la plupart des auteurs donnent une proportion plus forte qu'en réalité des pleurésies purulentes et des pleurésies séro-fibrineuses.

Les pneumonies, les broncho-pneumonies et les maladies infectieuses si communes chez les enfants sont cause de la fréquence des suppurations pleurales à cet âge. Dans les maladies infectieuses, c'est le pneumocoque qui, le plus fréquemment, détermine la suppuration de la plèvre consécutive presque toujours à une complication pulmonaire. Cependant, la pleurésie primitive à pneumocoques existe indiscutablement. Le diagnostic clinique de l'empyème chez l'enfant est parfois assez difficile ; par exemple, lorsque l'empyème coexiste avec une affection pulmonaire, la ponction exploratrice peut alors seule permettre d'affirmer l'existence de la collection purulente. Dans tous les cas, la température est de haute importance diagnostique.

M. Paul Boncour conseille de faire toujours la ponction avant de tenter la pleurotomie sauf cependant lorsqu'on a affaire aux empyèmes tuberculeux et putrides.

L'opération de la pleurotomie simple avec drainage soigneux et des lavages raisonnés suffit le plus souvent ; rarement la résection costale s'impose. MM. Jules Simon et Comby ne la pratiquent jamais et la trouvent superflue.

Le drainage devra se faire avec un drain aussi volumineux que l'intervalle intercostal le permettra. M. P. Boncour, s'appuyant sur l'opinion de M. Walther, est partisan du drain court. Au bout de un ou deux mois, on peut retirer le drain sans inconvénients ; si la suppuration n'est pas tarie, il ne faut pas alors remplacer le drain par de la gaze qui empêcherait l'évacuation naturelle du pus. Les lavages doivent être réglés en nombre et en importance par la température du malade. On doit éviter de les faire trop violents, le choc du liquide contre le poumon peut, en effet, provoquer des syncopes et des convulsions. L'eau boriquée suffit à cet usage et M. J. Simon y ajoute du coaltar s'il y a de la putridité ou si la suppuration s'éternise.

La pleurotomie donne d'excellents résultats chez les enfants au point que M. Comby a pu dire qu'il préférait les épanchements séro-fibrineux.

Cette bénignité ordinaire des empyèmes chez l'enfant tient à la nature la plus ordinaire du microbe (pneumocoque) et à la vitalité du malade. Cependant au-dessous de trois ans, cette bénignité est moindre. La pleurésie purulente devient naturellement d'une gravité exceptionnelle chez les enfants tuberculeux avérés ou latents.

Le travail important de M. G. Paul Boncour n'est point une vulgaire compilation, mais le fruit de l'expérience personnelle de l'auteur qui a pu, durant plusieurs années d'internat tant dans le service des Enfants de Bicêtre qu'à l'hôpital des Enfants-Malades, s'initier aux difficultés de la pathologie infantile. J. N.

CORRESPONDANCE

Médecins français et étrangers.

Nous recevons la lettre suivante de notre maître, M. Lucas-Championnière. Nous nous empressons de la publier.

20 juillet 1897.

Mon cher confrère,

Je n'aime pas beaucoup faire de réclamation. Pourtant il m'est impossible de laisser passer l'article où vous m'attribuez un propos que je n'ai jamais tenu. J'ai de trop bonnes et trop anciennes relations scientifiques avec bien des chirurgiens américains, relations très antérieures aux voyages faits en Amérique par nos collègues et nos amis.

J'ai dit à M. Terrier, au Conseil municipal, que les jeunes praticiens, qu'il décorait du titre de *jeunes chirurgiens*, toujours prêts à faire les opérations d'urgence dans les ambulances, postes de secours, secours immédiats, etc., dans les villes américaines, n'avaient souvent ni l'instruction, ni l'expérience de nos internes des hôpitaux de Paris. J'ai même ajouté qu'il en était de même dans bien des institutions anglaises pour les jeunes gens chargés des interventions urgentes. C'est là une réalité tellement évidente que personne ne pourrait sérieusement la contester. Il y a un peu loin de là à la comparaison des *chirurgiens américains* ou *anglais* avec nos internes. Je vous serai obligé de publier ma lettre, pour empêcher la naissance d'une légende que je ne puis accepter.

Veuillez agréer la meilleure expression de mes sentiments confraternels et dévoués. Just Lucas-Championnière.

Je me permettrai de faire remarquer que M. Lucas-Championnière et moi nous ne parlons pas de la même chose : aussi nous ne pourrons jamais nous entendre ! — Je ne sache pas que mon éminent maître, — dont je suis le premier à admirer et la valeur et le courage, — ait jamais fait le voyage des Etats-Unis. C'est pourquoi j'ai, tout d'abord, été étonné de l'entendre apprécier des hommes qu'il n'a pas vus à l'œuvre. — D'un autre côté, je maintiens, entre autres, que les jeunes chirurgiens qui, en 1893, à l'Exposition de Chicago, étaient chargés d'opérer à l'Hôpital de Prompts Secours, étaient des hommes fort experimentés (1). Mais il ne faut pas confondre le *Chirurgien d'Hôpital de Prompts Secours* avec *l'assistant ou le docteur en médecine* qui se rend à l'accident en voiture (médecin ambulancier) : ce qu'a semblé faire M. Lucas-Championnière au Conseil municipal. Je répète encore —, et mon maître, M. le Pr Terrier, est parfaitement de cet avis, — que les jeunes gens qui, à New-York, jouent le rôle d'*internes* dans les services de chirurgie, valent absolument

(1) J'emploie ce qualificatif pour ne pas faire de comparaison qui pourrait réveiller certaines susceptibilités.

© BIU Santé

— je parle ici au point de vue *exclusivement chirurgical* — nos meilleurs internes en chirurgie des hôpitaux, corporation à laquelle je demeure très fier d'avoir appartenu, quoi qu'on en puisse dire. On peut me traiter de « Pisciculteur » ; cela m'est parfaitement indifférent. — Mais on ne pourra jamais faire que je n'aie jamais été interne en chirurgie des hôpitaux de Paris et de province, c'est-à-dire que je ne soie pas apte à apprécier des chirurgiens. M. B.

THÉRAPEUTIQUE

Les Vins dans la Thérapeutique.

M. Paul Vibert a mis récemment en lumière les récents travaux de M. Gaillardon, expert-œnologue, et ceux de M. Portes, expert-chimiste, sur l'emploi des *Vins naturels* de consommation journalière dans la thérapeutique.

En procédant à une première sélection par la dégustation de produits sains et bien constitués, en faisant doser, analyser ensuite les vins ainsi choisis, M. Gaillardon a pu jeter les bases d'un essai de « *Classification des vins* » : *Vins diurétiques, vins eupeptiques, vins toniques*, etc.

Les *vins diurétiques* ont été recherchés parmi les produits secs, peu alcooliques, légèrement acides, ne contenant plus de sucre indécomposé. Quelques-uns, récoltés dans les sols à silex ou à schistes, ont un goût de pierre à fusil très caractéristique.

Les *vins eupeptiques* sont surtout fournis par la grande série des vins blancs qui ont moins de tannin, moins d'extrait que les vins rouges. Mais on a pu en trouver parmi les vins rosés et aussi parmi les vins rouges « *qui ont été égrappés* ».

Les *vins toniques ferrugineux* sont tantôt secs et très alcooliques ; tantôt souples, tendres, moelleux et peu alcooliques.

Une autre classe comprend les vins frais, légers, délicats, mais sans acidité.

Cet aperçu prouve que la plupart de nos vins de France et d'Algérie peuvent, s'ils ont subi une bonne fermentation, s'ils ont été ensuite bien soignés, prendre place dans l'une de ces classes.

Il s'agit donc ici d'une œuvre intéressant tous nos vignobles et tous les crûs ; à ce titre, elle mérite l'attention de tous les propriétaires récoltant des vins de consommation directe.

Ajoutons que les travaux de M. Gaillardon lui ont permis d'indiquer, d'une façon très générale, les vins qui conviennent pour l'*Anémie*, ceux qu'on peut consommer dans les cas de *Diabète*, dans les *Dyspepsies*, la *Gastrite*, la *Gastralgie*, la *Dilatation*, ceux qui sont indispensables, pour la goutte, la gravelle, etc.

Cette classification des vins naturels d'après leur richesse alcoolique, leur teneur en principes minéraux, en matières extractives, etc., est d'une importance capitale pour le médecin et pour l'hygiéniste.

Le travail préliminaire de M. B. Gaillardon donne aux médecins de précieuses indications, dans le traitement des maladies de l'appareil digestif, des voies urinaires, si fréquentes à notre époque.

C'est pourquoi nous avons tenu à signaler à nos confrères la très intéressante classification de M. B. Gaillardon.

Il appartiendra ensuite à des voix plus autorisées de dire s'il est possible de faire désormais une part plus large, dans la médication rationnelle, au vin naturel, à la boisson quotidienne dont les éléments variés favorisent *la nutrition, la combustion et l'élaboration* ; c'est-à-dire qu'ils intéressent toute l'économie.

A. AGARD,
Pharmacien Chimiste.

MÉDECINE ET BEAUX-ARTS. — C'est à l'hôpital de Saint-Cloud, et dans le cabinet du médecin, vieil ami de sa famille, que Dantan, au dire de G. Larroumet, a peint sa célèbre *Consultation* à trois personnages : la malade, une petite ouvrière, dévorée de phtisie, le docteur qui l'ausculte avec une attention triste, et la sœur de Saint-Vincent, impassible et douce, qui va la soigner !

VARIA

Assistance chirurgicale instantanée.

Les Prompts Secours au Conseil municipal de Paris.

M. Paul Strauss a fait, à l'une des dernières séances du Conseil municipal de Paris, un exposé sommaire des travaux de la commission des ambulances et a signalé les principales réformes poursuivies : Amélioration de la station existante et construction de nouveaux postes d'ambulances ; développement des moyens d'avertissement, mis à la portée du public ; création de *services de prompts secours* dans les établissements hospitaliers. Des avertisseurs d'accidents, semblables à ceux qui sont en usage aux États-Unis, seront installés sur la voie publique ; un essai complet sera fait à l'Hôpital Saint-Louis. Les voitures seront accompagnées par un interne d'ambulances. Un double poste pour les blessés et les malades sera installé à l'Hôtel-Dieu. Un poste sur la rive droite est en voie de construction, dans le XVIIIe arrondissement, pour malades et blessés ; plus tard, un emplacement sera recherché dans le voisinage de l'hôpital Tenon. Comme conclusions, M. Paul Strauss a déposé le projet de délibération suivant, au nom de la 5e Commission du Conseil.

Sont approuvés : 1° L'édification d'une station d'ambulances urbaines et d'une station d'ambulances municipales, contiguë à la première, dans le terrain de l'annexe de l'Hôtel-Dieu, conformément au plan proposé et dans les limites d'un crédit de 53.996 fr. ; 2° l'édification d'une station d'ambulances urbaines dans l'un des pavillons du marché Saint-Honoré, conformément au plan proposé et dans les limites d'un crédit de 27.300 fr. ; 3° les frais d'aménagement de ces trois stations, soit 15.000 fr. ; 4° la construction de neuf voitures pour le service de ces postes et l'établissement de roues caoutchoutées sur les voitures d'ambulances, soit au total 41.000 fr. ; 5° l'établissement d'un réseau téléphonique spécial, par bornes-avertisseurs, dans le périmètre desservi par la station de l'hôpital Saint-Louis, et l'établissement de communications téléphoniques directes entre les stations d'ambulances existantes ou à créer et le poste central d'avertissement et de contrôle, dans les limites d'un crédit total de 86.000 fr. M. le préfet de la Seine est invité à entreprendre cette année, au poste d'ambulances urbaines de l'hôpital Saint-Louis, l'essai du service tel qu'il est proposé par la 5e commission, d'après les travaux de la commission des ambulances urbaines et municipales.

Association française pour l'avancement des Sciences.

Congrès de Saint-Etienne (5-12 *août* 1897).

Programme général.

Le Congrès de Saint-Etienne s'ouvrira le 5 août, sous la présidence de M. Marey, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, professeur au Collège de France.

Le programme, sauf modifications de détail, a été arrêté de la façon suivante — Jeudi 5 août. Séance d'inauguration. Réunion des Sections pour l'élection des bureaux. Réception par la municipalité. — Vendredi 6 août. Séances de Sections et visites industrielles. Le soir, conférence publique, M. Gariel, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, secrétaire du Conseil de l'Association : *Les rayons Rœntgen, radiographie et fluoroscopie*. — Samedi 7 août. Séances de Sections et visites industrielles. — Dimanche 8 août. Excursion générale au mont Pilat. — Lundi 9 août. Séances de Sections et séance générale. Visites industrielles et scientifiques. — Mardi 10 août. Excursion générale à Saint-Chamond et Couzon. — Mercredi 11 août. Séances de Sections et visites industrielles. — Jeudi 12 août. Le matin, séances de Sections. L'après-midi, séance de clôture. Election du président et du secrétaire pour 1899. Choix de la ville pour 1899. — Vendredi 13, samedi 14 et dimanche 15 août. Excursion finale dans le Velay.

Travaux des Sections.

Les Sections seront présidées, au Congrès de Saint-Etienne, par : 5e Section (*Physique*). M. André, professeur de la Faculté des Sciences. — 6e Section (*Chimie*). M. Barbier, professeur à la Faculté des Sciences de Lyon. — 7e Section (*Météorologie et Physique du globe*). M. Hurion, professeur à la Faculté des Sciences de Clermont-Ferrand. — 8e Section (*Géologie, Minéralogie*). M. Grand'Eury, correspondant de l'Institut, à Saint-Etienne. — 9e Section (*Botanique*). M. Maxime Cornu, professeur au Muséum d'Histoire naturelle de Paris. — 10e Section (*Zoologie, Anatomie, Physiologie*). M. le Dr Raphaël Dubois, professeur à

© BIU Santé

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER

HYGIÉNIQUES & MÉDICAMENTEUX

Savon doux ou pur, **S.** hygiénique, **S.** surgras au Beurre de Cacao, **S.** à la glycérine (*pour le visage, la poitrine, le cou*, etc). — **Savon** Panama, **S.** Panama et goudron. **S.** Naphtol, **S.** Naphtol soufre, **S.** Goudron et Naphtol (*pour les soins de la chevelure, de la barbe, pellicules, séborrhée, alopécie, maladies cutanées*). — **Savon** Sublimé, **S.** Phéniqué, **S.** Boriqué, **S.** Créoline, **S.** Eucalyptus, **S.** Eucalyptol, **S.** Résorcine, **S.** Salicylé, **S.** Salol, **S.** au Solvéol, **S.** Sulfate de cuivre, **S.** Thymol (*accouchements, anthrax, rougeole, scarlatine, variole*, etc.). — **Savon** à l'Ichthyol, **S.** Panama et Ichthyol, **S.** Sulfureux, **S.** à l'huile de Cade, **S.** Goudron, **S.** Boraté, **S.** Pétrole, **S.** Goudron boriqué. — **Savon** iodé à 5 0/0 d'iode. — **Savon** mercuriel à 33 0/0 de mercure.

SAVON DENTIFRICE VIGIER

Le Meilleur Antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives, des muqueuses et pour éviter les accidents buccaux chez les syphilitiques.

Prix de la Boîte porcelaine 3 francs.

PARIS — Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle — PARIS

KÉPHIR SALMON

LAIT DIASTASÉ

Acide lactique, Acide carbonique, Diastase et Peptones

ALIMENTATION DES DYSPEPTIQUES ET DES TUBERCULEUX

KÉPHIR N° I. Laxatif. — N° II. Alimentaire. — N° III. Constipant

PULVO-KÉPHIR

Pour préparer soi-même le Képhir lait diastasé

Le *PULVO-KÉPHIR* a été fait pour permettre aux personnes éloignées de Paris de préparer elles-mêmes le Képhir.

PRIX DE LA BOITE DE 10 DOSES 3 FRANCS

Société d'alimentation lactée, 28, rue de Trévise. — Fournisseur des Hôpitaux.

VICHY

SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS, GRANDE-GRILLE, HOPITAL

PASTILLES VICHY-ETAT

SELS VICHY-ETAT

COMPRIMÉS DE VICHY

PARIS, 8, BOULEVARD MONTMARTRE, PARIS

LAURENOL

ANTISEPTIQUE

Désinfectant — Inodore

SANS MERCURE

Échantillon et notice franco sur demande

Écrire : LAURENOL, 8, rue Héroïd, PARIS

LAURENOL

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

POUR LE TRAITEMENT ET L'ÉDUCATION

DES ENFANTS NERVEUX ET ARRIÉRÉS

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BOURNEVILLE

Médecin de la section des enfants arriérés et nerveux de Bicêtre

à Vitry, près Paris, 22, rue Saint-Aubin

L'Institut médico-pédagogique est destiné

1° Aux enfants présentant de l'*instabilité mentale* et sujets à des *impulsions maladives* qui les empêchent, quoique possédant un certain développement de l'intelligence, de se soumettre à la règle des lycées ou des pensions, et qui ont par conséquent besoin à la fois d'une *méthode d'éducation spéciale*, et d'une *discipline particulière* ;

2° Aux *enfants arriérés, faibles d'esprit* à tous les degrés ;

3° Enfin aux *enfants atteints d'affections nerveuses* compliquées ou non d'accidents convulsifs.

Les enfants de ces diverses catégories forment des groupes tout à fait distincts.

L'établissement, où se trouvent réunis tous les moyens d'instruction et d'éducation employés dans le service de Bicêtre, est placé au milieu d'un parc superbe, sur le versant d'une colline, et dans les meilleures conditions d'hygiène. Les enfants y sont l'objet de soins spéciaux appropriés à leur situation intellectuelle et physique.

Moyens de communication : Tramways du Châtelet à Vitry et à Choisy-le-Roi. — Voitures de place

S'adresser pour renseignements à M. le Dr BOURNEVILLE, 14, *rue des Carmes, à Paris, le mercredi et le vendredi, de 1 heure à 2 heures, ou par lettre*

Dans les CONGESTIONS
et les Troubles fonctionnels du FOIE,
la DYSPEPSIE ATONIQUE,
les FIÈVRES INTERMITTENTES,
les Cachexies *d'origine paludéenne*
et consécutives au long séjour dans les pays chauds

On prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ELIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : VERNE, Professeur à l'École de Médecine
GRENOBLE (France)

Et dans les principales Pharmacies de France & de l'Étranger

Pour les annonces, s'adresser à M. H. DURAND, 14, rue des Carmes.

© BIU Santé

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. CARRÉ et C. NAUD,
3, rue Racine.

HÉBERT (A.). — La technique des rayons X. Manuel opératoire de la radiographie et de la fluoroscopie. In-8 relié de IV-136 pages, avec 23 figures. Prix. . . . . 5 fr.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES,
4, rue Antoine-Dubois.

CHIAIS (F.). — L'action intime et les indications thérapeutiques des eaux d'Evian. Chimie biologique et hématospectroscopie. Brochure in-8 de 20 pages.

HAUSER (Ph.). — Études épidémiologiques. — Le choléra en Europe depuis son origine jusqu'à nos jours, en rapport avec les doctrines courantes relatives à son étiologie et à sa prophylaxie (1897). Volume in-8 de XV-542 pages, avec plusieurs cartes et de nombreux tableaux graphiques. Prix. . . . . 15 fr.

Librairie A. MALOINE,
21, place de l'École-de-Médecine

DIMITROPOL. — Essai sur la nature intime et le traitement de l'épilepsie. In-8 de 41 pages.

FIGUEIREDO (O.). — Contribution à l'étude de l'hémothorax traumatique. Volume in-8 de 83 pages.

FURST (L.). — De l'emploi des laits conservés analysés chez les enfants. Brochure in-8 de 15 pages.

URBANTSCHITSCH. — Des exercices acoustiques dans la surdimutité et dans la surdité acquise. Traduit par Egger (L.), avec une préface du Dr Lermoyez. In-18 cartonné de XXVIII-185 pages.

Librairie E. PLON, NOURRIT et Cie,
8, rue Garancière, Paris.

JOURNAL DU MARÉCHAL DE CASTELLANE, tome cinquième (1852-1862). — Ce *Journal*, qui embrasse toute la période qui va de 1804 à 1862, c'est-à-dire depuis l'aurore du premier Empire jusqu'à l'apogée du second, a pris rang parmi les documents les plus intéressants et les plus complets se rapportant à l'histoire militaire et politique de la première moitié de ce siècle. Le tome cinquième et dernier qui vient de paraître à la librairie Plon, ne le cède en intérêt à aucun des précédents. Il abonde en renseignements nouveaux et précieux sur l'empereur Napoléon III, l'impératrice Eugénie, le prince Napoléon, le jeune prince impérial et enfin sur les personnalités le plus en vue de cette époque : Saint-Arnaud, Canrobert, Vaillant, Pélissier, Magnan, Fould, Rouher, Émile Olivier, etc. Signalons aussi des pages d'un rare intérêt sur la visite du prince Frédéric-Guillaume de Prusse ; sur l'attentat d'Orsini ; les voyages de l'empereur ; la guerre d'Italie ; la politique, l'organisation militaire, les mœurs et la vie mondaine depuis 1853 jusqu'à 1862, époque où le maréchal a succombé. Un excellent portrait du maréchal ouvre le volume, qui se termine par une table alphabétique de tous les noms cités dans le *Journal*. Un volume in-8, avec portrait. Prix. . . . . 7 fr. 50

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

AUBOUY (V.). — Traité de thérapeutique et de matière médicale contenant les principes de la zoologie naturelle, de la prophylaxie et de la pharmacologie, d'après les leçons professées à l'Hôtel-Dieu de Paris. — Volume in-8° de XXXV-1.114 pages. — Prix. . . . . 16 fr.

Librairie VIGOT frères,
10, rue Monsieur-le-Prince.

BÖHM et OPPEL. — Manuel de technique microscopique. Traduit de l'allemand par E. de Rouville. Volume in-18 de VIII-280 pages. Prix. . . . . 3 fr. 50

AMILLET (P.). — Traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorragies puerpérales par les injections d'eau salée. In-8 de 102 pages, avec 8 figures. — Paris, 1897. *Annales de la Polyclinique de Paris.*

APÉRY (P.). — L'inauguration de l'Hôpital français de Constantinople. Brochure in-8 de 17 pages. — Constantinople, 1896. — Imprimerie Christidis.

BINSWANGER (Otto). — Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie Vorlesungen für Studierende und Aerzte. Volume in-8 de IV-447 pages. Prix : 11 fr. 25. — Iéna, 1896. Verlag, G. Fisher.

BISHOP. — Acute suppurative inflammation of the middle ear : acute suppurative mastoiditis : abscess of the Neck. Brochure in-8 de 5 pages, avec 4 figures. — Reprint for the *laryngoscop* à Saint-Louis.

BISHOP. — A clinical study of twenty-one thousand cases of diseases of the ear, non and throat. Brochure in-8 de 7 pages. Brochure in-8 de 5 pages, avec un tableau hors texte. Chicago, 1896. — American medical Association Press.

BISHOP. — Adenoid vegetations in the vault... of the Pharynx... Brochure in-8 de 3 pages, avec 6 figures. — Chicago, 1896. — Chez l'auteur.

BRAUMULLER (W.). — Catalogue de Médecine contenant l'annonce des journaux de médecine les plus impertants de l'Europe. — Wien,, 1896.

BRERO (Van). — Sur l'amok. Brochure in-8 de 8 pages. (Extrait des *Annales médico-psycologiques.*)

BRUEL (G.). — De la benzo-iodhydrine considérée comme agent thérapeutique. — Brochure in-8° de 24 pages — Saint-Etienne, 1897. — Typographie R. Neyret.

BUREAU CENTRAL DE BIENFAISANCE (XXVe rapport annuel). Brochure in-8 de 43 pages. — Genève, 1892.

DALLAS (A.) et MONGERI (L.). — Sur un cas de tumeur cérébrale (communication lue à la Société impériale de médecine de Constantinople). — Brochure in-8° de 13 pages. — Constantinople, 1897. — Imprimerie A. Christidis.

DANIS (C.). — De l'influence de la glande thyroïde sur le développement du squelette. Brochure in-8 de 62 pages. — Lyon, 1896. Librairie Storck.

GUIMBAIL. — Le traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire. Brochure in-8 de 32 pages. — Monaco, 1896. — Chez l'auteur.

HIGIER (H.) — Centrale Hæmatomyelite des Conus médullaires. Brochure in-8 de 22 pages. — Chez l'auteur, à Warchau.

HIGIER (H.). — Syringomyélie. Brochure in-8 de 28 pages. Chez l'auteur, à Warchau.

INDEX CATALOGUE OF THE LIBRARY OF THE SURGEON-GENERAL'S OFFICE, U. S. Army. Second series. Vol. I.-A.-Azzurel. Volume in-4 de 828 pages. — Washington, 1896. — Governmant printing office.

MEYNARD (A.). — Etude historique et critique sur les hôpitaux de Bordeaux. — Volume in-8° de 120 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Bordeaux, 1897, imprimerie P. Cassignol.

NICOLLE (C.). — Désinfection des locaux par les vapeurs d'aldéhyde formique. — Brochure in-8° de 7 pages. — Rouen, 1897, imprimerie G. Deshays et Ce.

RENARD et PENNETIER. — L'affaire de Malaunay (une erreur judiciaire). Instruction. Expertise et contre-expertise. — Brochure in-8° de 18 pages. — Rouen, 1896. — Imprimerie L. Brière.

RICCI (A.). — La teintura di iodio doppia negli alti operativi di processi regressivi. — Brochure in-8° de 9 pages. — Forli, 1897, Tipographia Demogratica.

SCHWERDT (C.). — Beitræge zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Krankheit Enteroptose. — Basedow, Myxœdem-sclerodermie. Brochure in-8 de 29 pages. — Iéna, 1897. — Verlag, G. Fischer.

SCHWERDT (C.). — Enteroptose und intraabdominaler Druck. Brochure in-8 de 39 pages. — Leipzig, 1895. Verlag, G. Thieme.

SUSINI (T.). — Estudio comparativo sobre sus respectivas condiciones sanitaria. Brochure in-4 de 17 pages, avec 3 tracés hors texte — Buenos Aires, 1894. Imprenta de Obras de J.-A. Berra.

Transactions of the British orthopaedic Society. Volume I (Sessions 1894-95). Brochure in-8 de 51 pages, avec 54 figures. — Birmingham, 1896. Hall and English, Printers.

TRANSACTIONS OF THE OPHTALMOLOGICAL SOCIETY of the United Kingdom. — Vol. XVI (Session 1895-6, with list of officers, members, etc. — Volume in-8° relié de XLVII-376 pages, avec 13 pl. et nombreuses figures. — London, 1896. — J. et A. Churchill.

VELASQUEZ (J.). — Buenos-Aires y Rio-de-Janeiro. Estadistica demografica comprado de ambas capitales (1893-1895). Brochure in-4 de 14 pages. — Buenos-Aires, 1896. Tip. y Enc. « El correo Espanol. »

VIAUD (G.). — La nature et la vie (Régénération de l'homme par le végétal). Régime végétarien. Littérature et philosophie végétariennes. — Volume in-12 de 255 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1897, Ch. Mendel.

WACHENHEIM (E.). — Etude expérimentale sur la septicité et la virulence du sang charbonneux. Brochure in-4 de 79 pages.

© BIU Santé

la Faculté des Sciences de Lyon. — 11e Section (*Anthropologie*). M. le Dr René Collignon, médecin-major à l'École supérieure de guerre. — 12e Section (*Sciences médicales*). M. le Dr Antonin Poncet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon. — 17e Section (*Hygiène et Médecine publiques*). M. le Dr Bard, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon. — Sous-Section d'Archéologie. M. Dissard, conservateur du Musée de Lyon.

Questions proposées à la discussion des Sections.

5e Section (*Physique*). L'électricité atmosphérique. — 7e Section (*Météorologie*). Étude des nuages. — 8e Section (*Géologie*) Mode de formation des bassins houillers du Plateau central. — 12e Section (*Sciences médicales*). De l'actinomycose humaine et animale. — 17e Section (*Hygiène et Médecine publiques*). Du rôle du licenciement des écoles dans la prophylaxie des maladies transmissibles.

Communications annoncées.

Le Secrétariat a déjà reçu l'annonce d'un certain nombre de communications pour le Congrès de Saint-Etienne; nous en donnons ci-après la liste, en indiquant le sujet d'une manière sommaire:

DEUXIÈME GROUPE : *Sciences physiques et chimiques.*

M. Le Cadet (G.). Étude de l'électricité dans les hautes régions de l'atmosphère. — M. Chicandard (Georges). La gamme déduite de la théorie des sons harmoniques et des sons résultants. — M. le Dr Gandy. Sur une anomalie thermique du climat du Sud-Ouest. — M. Marqfoy (Gustave), trésorier payeur général en retraite à Caudéran (Gironde). La loi des équivalents et théorie nouvelle de la chimie. — M. Mathias, professeur à la Faculté des Sciences de Toulouse. Étude sur le magnétisme terrestre dans la région de Toulouse. — M. de Saporta (Antoine), à Montpellier. Sur un problème relatif aux solutions salines — M. de Senderens (J. B.), docteur ès sciences, à Toulouse 1° Sur un nouvel état allotropique du phosphore : le phosphore neigeux. 2° Loi thermique de la réduction des oxydes métalliques par le carbone. — M. Tanret (Ch.), pharmacien de 1re classe, à Paris. La chimie de l'Aspergillus niger.

TROISIÈME GROUPE : *Sciences naturelles.*

M. Belloc (Emile), chargé de missions scientifiques, à Paris. Communications diverses. — M. le Dr Berard (L.), à Lyon. De la valeur thérapeutique de l'iodure de potassium dans l'actinomycose. — M. Bertrand, professeur de botanique à la Faculté des Sciences à Lille. 1° Charbons humiques et charbons de purins. 2° Caractéristiques du Kerosene shale dans le gisement de Newcastle et de Northern coal fied (Nouvelle-Galles du Sud. — M. le Dr Cartaz, à Paris. Chéloïdes du pavillon de l'oreille. — M. le Dr Carton, médecin-major à Lille La succession et les transformations de sépultures dans l'Afrique du Nord. — M. Caullery, maître de conférences à la Faculté des Sciences de Lyon. Sur la morphologie d'une larve composée d'une synascidie (déplosomoides Lacazei Giard). — MM. les Drs Chopinet et Lévêque, médecins-majors au 34e régiment d'infanterie. Le recrutement dans le département des Landes; étude sur la population landaise. — M. le comte de Charencey. Quelques étymologies basques. — M. Couvreur, chef des travaux pratiques à la Faculté des Sciences de Lyon. 1° Sur les gaz du sang chez les animaux à pneumogastriques coupés; 2° Rôle du diaphragme chez les batraciens; 3° Sur les ruglènes. — M. le Dr Delore, ancien chirurgien en chef de la Charité, à Lyon. 1° Circulation maternelle du placenta. 2° Torticolis postérieur. 3° Présentation d'un tarsoclaste. — M. le Dr Destot, à Lyon. Action physiologique des rayons X. Recherches anatomiques faites avec les rayons X. — M. le Dr Dor (Louis), à Lyon. De l'amblyopie par l'alcool et le tabac, dans la région lyonnaise. — M. le Dr Dubois (Raphaël), professeur à la Faculté des Sciences de l'Université de Lyon. 1° Recherches sur l'émission des radiations chimiques par les animaux et les végétaux ; 2° A propos de la théorie des neurones et des hypothèses relatives à leur rôle dans le sommeil ; 3° Feux follets physiologiques. M. Dumont (Arsène), à Caen. Démographie des Musulmans algériens. — M. Deniker, bibliothécaire du Muséum d'histoire naturelle, à Paris. Les races de l'Europe ; communication préliminaire. — M. Gain (É.), maître de conférences à la Faculté des Sciences de Nancy. Sur le développement des plantes issues de graines dont les cotylédons ont été mutilés. — M. Gauchery (P.), au Laboratoire de botanique de la Sorbonne, à Paris. De l'hybridité; résumé sous forme de propositions des données connues dans la science sur cette question. — M. Gentil, préparateur au Collège de France, à Paris. Étude pétrographique des roches de quelques gisements ophitiques en Algérie. M. le Dr Gerber (C.), professeur suppléant à l'École de Médecine de Marseille. Moyens de hâter et de retarder la naturation des fruits.

M. le Dr Girard, médecin de 1re classe de la marine, à Toulon. 1° Note sur les Mans (Haut-Tonkin); 2° Note sur les Chinois du Yun Nan. — M. Grand'Eury, correspondant de l'Institut, à Saint-Étienne. Conférence sur les forêts fossiles et sur le mode de formation du bassin houiller de la Loire. — M. le Dr Imbert de la Touche, à Lyon. Traitement des affections des voies respiratoires par un nouvel inhalateur électro-médicamenteux.— M. Julien, professeur à l'Université de Liège. Sur le développement de l'amphioxus et des ascidiens. — M. Jumelle, maître de conférences à la Faculté des Sciences de Marseille. L'Okouendé N'Gowa, liane à caoutchouc du Fernan-Vaz.— M. Kilian, professeur de géologie à l'Université de Grenoble. 1° Note sur quelques céphalopodes du crétacé inférieur. 2° Note sur la structure géologique de quelques points des Alpes françaises. — M le Dr Labit, médecin-major à Verdun. Étude anthropologique sur le département des Ardennes. — M. le Dr Lantier (E.), à Tannay (Nièvre). Brûlures aux 2e, 3e et 4e degrés (antisepsie du siège de Paris 1870-71).— M. le Dr Léger, chef des travaux pratiques à la Faculté des Sciences de Marseille. Note sur les sporozoaires.— M. Lewy d'Abartiague, ingénieur à Ossès (Basses-Pyrénées). Les Basques.— M. Meunier (Stanislas), professeur au Muséum d'histoire naturelle, à Paris. Roches d'origine éruptive intercalées dans le terrain houiller de la Loire. — M. Pallary (P.), professeur, à Oran. Première contribution à l'étude de la faune malacologique du Nord-Ouest de l'Afrique. — M. Pallary (P.), professeur, à Oran. Sur quelques grottes artificielles de l'Ouest de l'Algérie, attribuables aux Guanches.— M. le Dr Papillault (G.), secrétaire de la Société d'Anthropologie de Paris. Caractères morphologiques regardés à tort comme sériaires en anthropologie par suite d'une mauvaise méthode comparative entre l'homme et les autres mammifères. — M. Perroncito, professeur à l'Université de Turin, directeur du laboratoire de parasitologie. Résistance des œufs des insectes à divers poisons.— M. Raveret-Pattel. Sur l'introduction en France des cambarus américains. — MM. Renault (B.). et Roche. Note sur une nouvelle diploxylée du culm d'Enost.— M. le Dr Rivière, à Lyon. D'un nouvel agent de thérapeutique nasale. — M. le Dr Topinard (Paul), à Paris. La famille dans la série animale. — M. le Dr Vaffier (A.). Note sur le culm du Mâconnais. — M. Villot (A.), à Grenoble. Hémistome du martin-pêcheur.

QUATRIÈME GROUPE (*Sciences économiques*).

M. le Dr Boé (F.), à Paris. Du médecin au point de vue social et économique. — M. Bourdin, délégué de la Société de Géographie de Lyon. Essai sur le climat du Vivarais.— M Féret (A.), à Paris. De l'emploi des dalles de verre dans la construction des habitations et des établissements scolaires. — M. Gain (E.), maître de conférences à la Faculté des Sciences de Nancy. 1° Des ravages causés par les Bruches des graines de légumineuses. 2° Enquête sur les travaux, publiés depuis deux ans aux Etats-Unis, sur la question de l'alimentation rationnelle.

Autres communications annoncées.

M. É. Belloc, à Paris. 1° Étude sur l'ancien glacier septentrional du massif central des Pyrénées; 2° Formation et comblement des lacs littoraux du golfe de Gascogne; 3° Flore algologique du lac de Tibériade et des lacs de Syrie; 4° Faune ichtyologique des lacs des Pyrénées. — M. le Dr Bouffe, à Paris. 1° Traitement de la séborrhée grasse par le capéthyle ; 2° Pathogénie du psoriasis. — M. le Dr Courmont, à Lyon. Rapport sur la question mise à l'ordre du jour de la 17e section. — M. Delory, à Saint-Claude (Jura). Résultats de la fouille de trois tumulus de la fin du bronze et de la première période de l'âge du fer. — M. Poncholle, à Cluny. L'enseignement de l'hygiène dans les écoles.

Congrès de 1898.

L'assemblée générale, réunie à Tunis le 4 avril 1896, n'ayant pu être saisie de propositions pour le choix de la ville, siège du Congrès de 1898, avait délégué ce choix au Conseil d'administration. La ville de Nantes a fait une demande officielle, qui a été accueillie avec empressement, et le Conseil a décidé que Nantes serait le siège du Congrès de l'Association, en 1898.

Le Comité local est en voie d'organisation, sous la présidence de M. le maire de Nantes. — M. le Dr Leduc, 5, quai de la Fosse, à Nantes, a été nommé secrétaire général du Comité.

La question des étudiants étrangers au Conseil municipal de Paris.

Au Conseil municipal de Paris, M. Astier a posé au Préfet de la Seine une question sur la tendance de la Faculté de Médecine de Paris à éloigner les étudiants étrangers. Il a demandé au Conseil municipal de décider qu'une Commission soit nommée à l'ouverture de la prochaine session pour rechercher les

© BIU Santé

moyens pratiques d'attirer dans nos facultés les étudiants qui viennent y compléter leurs études pour s'établir dans leur pays d'origine. Après une réponse de M. de Selves, qui a reconnu l'intérêt qui s'attache à la fréquentation des cours de nos universités par les étudiants étrangers, qui emportent de leur séjour dans la capitale un souvenir reconnaissant et sympathique, le Conseil a renvoyé l'étude de cette question à la quatrième commission, qui s'adjoindra un membre de la première et un membre de la cinquième.

Le logement des internes à la Salpêtrière.

Les internes en médecine de la Salpêtrière, mécontents de la façon dont ils sont logés, au dernier étage d'un vieux bâtiment dont les boiseries vermoulues recèlent des légions d'insectes nauséabonds, ont, pour protester contre ce manque d'égards, imaginé d'envoyer au Directeur de l'Assistance publique d'abord une lettre dans laquelle ils exposent leurs griefs, puis un bocal, contenant quelques centaines de ces insectes, bocal sur lequel est collée cette étiquette :

« Récolte faite en notre dortoir, cette nuit :
« 6-7 juillet 1897. »

On dit bien, à la Salpêtrière, que, si la récolte fut abondante, c'est que le dortoir des internes ne fut pas le seul visité; mais, quoi qu'il en soit, l'Administration ne fait aucune difficulté de reconnaître que les logements réservés aux internes sont trop modestes. Ils sont au deuxième étage, c'est vrai; mais, dans un hôpital, cela vaut un cinquième étage, et les internes, couchant en réalité dans des mansardes, se plaignent d'y souffrir l'hiver d'un froid intense, l'été d'une chaleur torride. Reniant Béranger, ils préféreraient au grenier « où l'on est si bien à vingt ans », un rez-de-chaussée un peu plus confortable.

Ils obtiendront satisfaction, car les architectes de l'Assistance publique s'occupent d'aménager pour eux un petit pavillon, à l'entrée de l'hospice.

Le Buste de Velpeau.

Le dimanche 11 juillet 1897 la petite commune de Bresches a inauguré, sur la place de l'Eglise, un monument élevé à la gloire d'un de ses enfants, devenu à force de travail, d'énergie et de persévérance un des plus illustres chirurgiens dont la France et la science s'honorent, VELPEAU.

On peut dire de Velpeau ce que l'on a dit de plusieurs autres grands hommes français : « Il est le fils de ses œuvres. » En effet, fils d'un simple maréchal ferrant, sans fortune, sans instruction, mais doué d'une volonté de fer et servi par une intelligence d'élite, il a su par ses immenses travaux et ses admirables découvertes placer la France d'alors au premier rang dans le monde savant. Velpeau est né à Bresches le 18 mai 1795, « *le trante fleural de lan troisième de la République française,* » dit son acte de naissance. En mai 1816, il était élève de l'Ecole de Médecine de Tours. En 1817, officier de santé. Il arrive à Paris en 1820 et jusqu'en 1823, est attaché au service de l'hôpital Saint-Louis.

Le monument élevé en son honneur par ses concitoyens se trouve sur la place de l'Eglise. C'est une stèle ornée de palmes et surmontée du buste en bronze que l'on a pu voir au dernier Salon des Champs-Elysées. Il est l'œuvre du sculpteur Edouard d'Espelosin (de Tours), qui a su donner aux traits de l'illustre savant cette majesté sereine qui le caractérisait. Le piédestal porte l'inscription suivante :

A VELPEAU, LA COMMUNE DE BRESCHES.

M. Viguié, préfet d'Indre-et-Loire, accompagné des députés et sénateurs du département, des professeurs de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Tours, et d'un grand nombre d'autorités et de fonctionnaires, a accepté de présider la cérémonie. Tous les habitants de la commune de Bresches ont fait au représentant du gouvernement et aux personnes qui l'accompagnèrent une brillante réception.

Le Médaillon de Pasteur.

On sait qu'il fut décidé, par un vote du Conseil municipal du 7 décembre 1894, d'apposer sur le mur extérieur de l'Ecole normale supérieure, rue d'Ulm, contre le bâtiment où fut, durant longtemps, le laboratoire de Pasteur, un monument commémoratif. Ce monument devait se composer d'une plaque de marbre et d'un médaillon de l'illustre savant. L'exécution du médaillon fut confiée à M. Auguste Patey, élève de Roty, ancien premier prix de Rome. Mais seule la plaque put être, à l'époque, posée. Elle est en marbre noir et porte, gravée en lettres d'or, l'inscription suivante :

ICI FUT LE LABORATOIRE DE PASTEUR.

1857. — Fermentations.
1860. — Générations spontanées.
1865. — Maladies des vins et des bières.
1868. — Maladies des vers à soie.
1881. — Virus et vaccins.
1885. — Prophylaxie de la rage.

La semaine dernière a été posé le médaillon, qui complète le monument. M. Patey a surveillé lui-même l'opération, qui a été exécutée sans la moindre cérémonie. Ce médaillon est en bronze, sur fond doré. Il est encadré d'une couronne de chêne et de laurier en marbre rose. Les traits de l'illustre savant ont été reproduits d'après la fameuse médaille de Roty.

L'accident de l'Hospice Saint-Jacques à Nantes.

Un fait très malheureux et de nature à provoquer un gros scandale vient de se produire à l'hospice général de Saint-Jacques. Un épileptique est mort sous la camisole de force, dans des conditions telles que le funeste dénoûment a été aussitôt imputé à ce moyen de coercition appliqué sans discernement. On nous assure d'ailleurs que l'interprétation donnée par le public serait erronée et que l'expertise médico-légale dégagerait heureusement les personnes inculpées dans cette triste aventure. (*Gazette méd.*, Nantes, 17 juillet 1897.)

Conseil Supérieur de l'Instruction publique.

Dans une réunion qu'il a tenue, au ministère, sous la présidence du ministre M. Rambaud, le conseil supérieur de l'instruction publique a commencé la discussion des projets de décrets relatifs à l'*Organisation des Universités*. Le Conseil a adopté sans discussion les articles relatifs à la composition des conseils des Universités et à leurs attributions. Cependant le dernier article du titre du projet qui concède aux Universités le droit d'accorder des diplômes en dehors de l'Etat a soulevé une vive discussion à l'issue de laquelle le Conseil a adopté le texte proposé par la sous-commission et qui est ainsi conçu :

En dehors des grades établis par l'Etat, les Universités peuvent instituer des titres d'ordre exclusivement scientifique. Ces titres ne confèrent aucun des droits et privilèges attachés aux grades par les lois et règlements, et ne peuvent en aucun cas être déclarés équivalents aux grades. Les études et les examens qui en déterminent la collation sont l'objet d'un règlement délibéré par le conseil de l'Université et soumis à la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique. Les diplômes sont délivrés, au nom de l'Université, par le président du conseil, en des formes différentes des formes adoptées pour les diplômes délivrés par le gouvernement.

Il a adopté le projet concernant le *régime scolaire et disciplinaire*, et notamment la disposition portant qu'il sera tenu dans les Facultés et école de chaque Université, ainsi que dans les écoles d'enseignement supérieur, extérieures aux sièges des Universités, un registre d'immatriculation.

Le Conseil supérieur a donné en outre son avis sur le *régime financier* qui sera soumis au Conseil d'Etat. Le projet fixe à 20 fr. le droit annuel d'immatriculation. Il fixe aux *maxima* et aux *minima* suivants le droit trimestriel à acquitter par les étudiants admis dans les laboratoires de recherches : Pour les étudiants en médecine, de 50 à 100 francs; pour les Facultés des sciences, de 50 à 200 francs; pour les Ecoles supérieures de pharmacies, de 50 à 150 francs.

Le Conseil a émis un avis favorable à ces dispositions et à la disposition suivante : « Les aspirants au doctorat en médecine, aux certificats d'études des Facultés des sciences et aux titres de pharmacien, dont la scolarité est terminée ou interrompue, sont tenus, pour être admis aux travaux pratiques réglementaires, d'acquitter le même droit de travaux pratiques que les étudiants en cours de scolarité. »

Enseignement médical libre.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du Faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2 aux jours ci-après désignés : Mardi, M. Verchère (*Gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Electrothérapie. — M. L.-R. REYNIER fait tous les mardis, à 4 h. 1/2, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité, des conférences sur les applications courantes de l'électrothérapie et de l'électrodiagnostic.

© BIU Santé

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 4 juillet au samedi 10 juillet 1897, les naissances ont été au nombre de 1.100, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 386, illégitimes, 187. Total, 573. — *Sexe féminin* : légitimes, 384, illégitimes, 143. Total, 527.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 juillet au samedi 10 juillet 1897, les décès ont été au nombre de 811, savoir : 434 hommes et 377 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 1, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 7, F. 8, T. 15. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 1, F. 5, T. 6. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 2, T. 5. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 88, F. 59, T. 147. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 10, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 4, T. 18. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 1, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 25, T. 45. — Méningite simple : M. 10, F. 13, T. 23. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 20, F. 27, T. 47. — Paralysie, M. 0, F. 9, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 3, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 33, T. 61. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 7, T. 14. — Bronchite chronique : M. 6, F. 6, T. 12. — Broncho-pneumonie : M. 11, F. 8, T. 19. — Pneumonie : M. 6, F. 10, T. 16. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 10, F. 6, T. 16. — Gastro-entérite, biberon : M. 50, F. 32, T. 82. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 5, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 6, F. 5, T. 11. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 0, T. 5. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7, T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 7, F. 15, T. 22. — Sénilité : M. 9, F. 15, T. 24. — Suicides : M. 25, F. 8, T. 33. — Autres morts violentes : M. 12, F. 3, T. 15. — Autres causes de mort : M. 69, F. 44, T. 113. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 5, T. 9.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 100, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 44, illégitimes, 12. Total : 56. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 18. Total : 44.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE PARIS. — M. R. VIRCHOW (de Berlin) a été élu associé étranger de l'Académie des Sciences de Paris.

FACULTÉS DES SCIENCES. — Les Facultés des sciences des universités de Paris et de Dijon sont autorisées à délivrer des certificats d'études supérieures, savoir : à Paris, un dix-septième certificat portant sur la géographie physique ; à Dijon, un dixième certificat portant sur la physique industrielle.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Un décret décide que les programmes du *concours pour les fonctions de chef des travaux anatomiques*, dans les Facultés de Médecine et les Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie sont fixés, pour chaque Faculté, par arrêtés ministériels rendus après avis de la commission de médecine du comité consultatif de l'enseignement public. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, le nombre des places *d'agrégés de médecine* mises au concours en 1897-98 est porté de 38 à 39. La nouvelle place sera comprise dans la section de pathologie interne et médecine légale et réservée à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. le Dr Payrau est nommé chef de clinique obstétricale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE WURTZBOURG. — M. Dr Edvard KOLL est nommé privatdocent de médecine interne.

ECOLE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE. — *Troubles.* — Les troubles et l'inquiétude continuent à régner à Constantinople. On a arrêté récemment vingt-cinq élèves en médecine et les directeurs de l'école qui sont militaires.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — M. BIDE (Jean-Baptiste), docteur en médecine, est institué pour neuf ans suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. DELANGLADE (Jean-Joseph-Baptiste-Edouard), est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

ECOLE DE MÉDECINE NANTES. — Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale près l'Ecole de Médecine de Nantes s'est terminé par la nomination de M. le Dr RIVET.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, la chaire de physique végétale du Muséum d'histoire naturelle est déclarée vacante.

CONGRÈS DE MOSCOU. — La Faculté de Médecine de Lyon a délégué au Congrès de Moscou : MM. les Prs Ollier, Poncet, Pierret, Lacassagne et Soulier.

CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE L'INCENDIE. — M. Henry Boucher, ministre du commerce, a envoyé son adhésion au Congrès international de Paris contre l'incendie dont le siège du comité est 5, place de l'Opéra, et qui compte déjà parmi ses adhérents plus de cent cinquante membres du Sénat, de la Chambre des députés, du Conseil municipal et de l'Institut.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés *Commandeurs de la Légion d'honneur* : M. le médecin principal Reech ; M. l'inspecteur général du service de santé Cunéo. — Sont nommés *Officiers de la Légion d'honneur* : M. le Dr Hyades, médecin en chef ; M. le médecin-major de 1re classe Laude. — M. Lespiault, doyen honoraire de la Faculté des Sciences de Bordeaux. — Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'honneur* : M. le pharmacien de 1re classe Reboul ; MM. les Drs Didiergeorge (de Bruyères-en-Vosges), Lamire (de Mennecy), Béchard, Castelli, F.-E. Darde, Dumontier, Gœbel, Larue, J.-A. Legrand, S. Martin, Maupetit, Paquy, Piot, Rocheblave, R. Sabatier, Silice, Tarrieux, de Tastes, Trifaud, Vignol, Virolle, Zimmermann (médecin de l'armée active) ; Barbolain, R. Bertrand, Castagné, Dumesnil, A.-A.-V. Durand, Legrand, Mazet, Thamin (médecins de la marine).

Est nommé *Officier du Mérite agricole* : M. Bascou, vétérinaire, chef de secteur. — *Chevaliers du Mérite agricole* : MM. Dard, adjoint au maire du XVe arrondissement ; Philippe, chef du service administratif de l'inspection divisionnaire des halles, marchés et abattoirs ; et Pagès, vétérinaire sanitaire.

RÉCOMPENSES. — A l'occasion de l'incendie du Bazar de la Charité, M. le Ministre de l'Intérieur a donné encore les récompenses suivantes : *Médaille d'or* : M. le Dr Récamier (de Paris). — *Mention honorable* : M. le Dr Jeanton, à Paris.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT. — Promotion au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Hénaff.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Nominations dans le service de santé : MM. Oberlin, médecin principal de 1re classe à l'hôpital Saint-Martin, à Paris ; Lalrevoit, médecin principal de 2e classe, à Lunéville ; Péborde, médecin-major de 1re classe au 57e régiment d'infanterie ; Carette médecin-major de 1re classe, division d'Oran ; Amsler, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris.

Elèves en Pharmacie. — Un concours s'ouvrira le 3 novembre 1897, à 8 heures du matin, à l'école d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à cinq emplois *d'élèves en pharmacie du service de santé militaire*. Les candidats qui remplissent toutes les conditions exigées sont prévenus que les demandes d'admission au concours doivent parvenir, avec les pièces à l'appui, au Ministère de la guerre (direction du service de santé : bureau des hôpitaux), avant le 1er octobre prochain. L'instruction faisant connaître les conditions du concours et les pièces à produire pour l'inscription est déposée à la Préfecture (1re division), où elle sera communiquée aux intéressés.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. MILLIARD, sénateur, est nommé membre du conseil supérieur de l'Assistance publique, en remplacement de M. Tolain, décédé.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de Médecine.* — Voici le nombre des points obtenus par les candidats admis à subir les épreuves définitives : MM. Boulloche, 39 ; Parmentier, 39 ; Rénon, 39 ; Aviragnet, 38 ; Belin, 38 ; Caussade, 38 ; du Pasquier, 38 ; Claisse, 37 1/2. Epreuve orale : MM. Belin, 17 ; Aviragnet, 19 ; Caussade, 20 ; Rénon, 20 ; du Pasquier, 20 ; Claisse, 20 ; Boulloche, 19 ; Parmentier, 18 1/2. — Le deuxième concours pour trois places de médecin des hôpitaux et hospices de Paris s'est terminé par la nomination de MM. CAUSSADE, RÉNON et CLAISSE. Nos vifs compliments à nos amis.

Le concours de Médecine et la démission de M. Delpeuch. — Nous apprenons que M. Delpeuch n'a pas voulu continuer de s'associer aux opérations du jury qui fonctionne actuellement pour la nomination des médecins des hôpitaux et a donné sa démission de membre du jury.

Création d'Hôpitaux d'Enfants. — En remplacement de l'hôpital Trousseau qui doit être désaffecté, deux nouveaux hôpitaux d'enfants seront élevés rue Michel-Bizot et rue Etex.

Isolement des Tuberculeux. — Deux établissements hospitaliers de Paris (Laënnec et Lariboisière) seront pourvus prochainement de services d'isolement pour les tuberculeux.

L'Ecole-Hôpital Lailler, destinée aux teigneux, qui depuis deux ans était en construction près l'hôpital Saint-Louis, a été ouverte

© BIU Santé

ces jours derniers. On estime que cet établissement, qui contiendra 300 enfants atteints de la teigne, nécessitera une dépense annuelle de 200.000 fr.

Hôpitaux de Nantes. — Le concours pour une place de chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes s'est terminé par la nomination de M. le Dr Sourdille.

Hôpital français de Londres. — De son vivant, le duc d'Aumale faisait à l'hôpital français de Londres une subvention de 25.000 francs ; une clause du testament du duc ordonne que cette subvention soit continuée.

Les déments séniles de Paris. — Une somme de 47.000 fr. a été votée par le Conseil municipal de Paris pour la création, à Levet (Cher), d'une annexe de la colonie familiale de Dun-sur-Auron.

La Peste a Constantinople. — Le bruit de l'apparition de la peste à Constantinople est sans fondement.

La Peste bovine au Transvaal. — Le Conseil exécutif du Transvaal a adopté toutes les propositions de M. Danys, de l'Institut Pasteur, au sujet de la peste bovine ; un service complet de vétérinaires sera créé avant le départ imminent de M. Danys pour la France.

Société d'Hypnologie et de Psychologie. — *Banquet.* — La septième séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie a eu lieu lundi dernier, à quatre heures, au palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence du Dr Dumontpallier, membre de l'Académie de Médecine. Après la séance annuelle, un banquet a eu lieu à sept heures, comme les années précédentes, au restaurant Mignon.

Monument Pelletier-Caventou. — Un comité de souscription vient de se constituer dans le but d'élever un monument à la mémoire de Pelletier et Caventou, les deux savants illustres auxquels nous devons la découverte de la quinine. Le bureau du comité de souscription se compose de : Président d'honneur, M. Chatin, président de l'Académie des Sciences ; président : M. Planchon, membre de l'Académie de Médecine ; vice-présidents : MM. Moissan, membre de l'Institut, et Marty, membre de l'Académie de Médecine.

Les Aquarelles en Médecine légale. — Au cours des dépositions du nouveau procès du petit martyr, Me Félicien Paris a demandé que les aquarelles représentant le cadavre couvert de blessures du petit martyr fussent mises hors des débats. Il a obtenu gain de cause pour quatre d'entre elles, M. Ulmann, interne à l'hôpital Trousseau, ayant déclaré faire des réserves sur la couleur donnée aux plaies.

Empoisonnements par les Ecrevisses. — Samedi dernier, Mme B..., en allant faire ses provisions aux Halles, achetait quelques douzaines d'écrevisses vivantes. Elle les fit cuire le soir, pour son dîner, auquel prirent part, en dehors du mari et du fils de Mme B..., deux de ses parents, M. P... et Mme G.... Dans la nuit, ces cinq personnes étaient réveillées par des douleurs d'entrailles atroces suivies de vomissements. On courut prévenir un médecin qui, après avoir examiné les malades, conclut à un commencement d'empoisonnement. Grâce aux soins énergiques qu'elles reçurent, les cinq personnes ont pu être rappelées à la vie. Néanmoins leur état reste grave. Le commissaire de police du quartier, informé par le rapport du docteur, a ouvert une enquête. Les écrevisses achetées par Mme B... avaient été cuites dans une casserole en fer battu.

Empoisonnement par viande de Cheval. — Une famille d'ouvriers de la rue de Meaux vient, à la suite d'un repas consistant en viande de cheval, de subir un empoisonnement. Trois personnes sont dans un état grave.

Nécrologie. — M. le Dr Debrou, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, membre correspondant de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 84 ans, à la Ferté-Saint-Aubin (Loiret). — M. le Pr Steenstrup (de Copenhague), correspondant étranger de l'Académie des Sciences de Paris, savant naturaliste. — M. le Dr José de Letamendi, professeur de pathologie générale à la Faculté de Médecine de Madrid. — M. le Dr W. Marmé, professeur de pharmacologie à la Faculté de Médecine de Gœttingue. — M. le Dr P.-C. Plugge, professeur de pharmacie et de toxicologie à la Faculté de Médecine de Groningue. — M. le Dr José de Antelo, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Manille. — M. le Dr William Gardner, ancien professeur de chirurgie à l'Université d'Adélaïde. — M. le Dr Eugène Vigneron, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille, décédé à Lille, à l'âge de trente-cinq ans. — M. le Dr Choué, médecin-major de 1re classe. — M. le Dr Minard. — M. le Dr Moinel, médecin-major de 2e classe. — M. le Dr Georges Michel (de Firminy), qui, à 29 ans, vient d'être rapidement emporté par une diphtérie contractée au chevet d'un de ses malades. C'est une victime du devoir, ajoutée à tant d'autres, ancien externe des hôpitaux de Lyon, M. le Dr Michel, installé et marié depuis peu, ne comptait que des amis (*Lyon méd.*). — M. le Dr W.-Th. Preyer, ancien professeur de physiologie à la Faculté de Médecine d'Iéna. — M. le Dr M.-J. Oertel, professeur extraordinaire de laryngologie et de rhinologie à la Faculté de Médecine de Munich. — M. le Dr José-Estéban Lorenzo, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Salamanque. — M. le Dr Carlo Grillenzoni, ancien professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Ferrare.

Anémie, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale : *Biosine Le Perdriel.*

Ovules Passemard-Vigier à la glycérine et à tous médicaments. *Crayons intra-utérins*, *Bougies uréthrales*, *Suppositoires*, *Balles rectales.*

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — Émulsion Marchais.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Maternité (119, boulevard de Port-Royal). — — M. le Dr P. Budin, accoucheur en chef de la Maternité, leçons cliniques le samedi, à 3 h. 1/2.

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Auguste Voisin, le jeudi, à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — M. P. Marie. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MEDICAL*

14, rue des Carmes.

Bourneville. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. Mettetal, J. Noir, Regnault, Rellay, Vaquez et Boyer. — Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Librairie H. LAMIRAULT et Cie,
61, rue de Rennes.

La 564e livraison de la Grande Encyclopédie vient de paraître. On y lira avec le plus grand intérêt différentes biographies littéraires et historiques originales : l'étude consacrée au célèbre comique grec *Ménandre*, par Victor Glachant, l'article détaillé sur la vie de *Ménélik*, par M. Maurice Maindron, les vivantes notices de MM. Jules Huret sur *Catulle Mendès* et Ph. Berthelot sur *Louis Ménard*. Les philosophes consulteront avec fruit l'article *Mémoires* (R. Berthelot) et la biographie de *Mendelsohn* (Th. Ruyssen). Les médecins trouveront des détails complets sur les *Méningites* (Dr Potel) et la *Menstruation* (Dr Blondel). Enfin il faut signaler tout particulièrement la monographie développée de M. Louis Paulian sur la *Mendicité*, sujet dans lequel il s'est acquis une compétence indiscutée. — Prix de chaque livraison : 1 franc. Une feuille spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris — Imp. Goupy, G. Maurin, Succr, rue de Rennes, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 31. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 31 JUILLET 1897.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

De la Laparotomie en général.

(*Revue Générale*).

Par le Dr LARGEAU (de Niort).

I. — *Laparotomie exploratrice.*

La *laparotomie exploratrice* est la dernière ressource devant les lésions de l'abdomen, dont la nature exacte a échappé à tous les autres moyens de diagnostic. — Si d'un côté on l'emploie moins à mesure que les chirurgiens se familiarisent avec les maladies du ventre, d'autre part on n'hésite plus à s'en servir, les dangers qu'elle offre étant nuls ou à peu près, si l'on se met dans les conditions où doit être faite toute laparotomie.

Ces conditions sont de trois ordres et nous sommes obligé de les étudier brièvement ici : 1° le milieu où on opère ; 2° les soins que doivent prendre le chirurgien et ses aides ; 3° les soins à donner au malade lui-même.

Le *milieu*. C'est un Institut chirurgical privé, un hôpital, ou la maison même du malade.

Dans tous les hôpitaux privés ou publics, il y a aujourd'hui un pavillon consacré aux laparotomies (Pavillon dit pour opérations aseptiques). Il se compose en général de 3 pièces : une salle d'opération, un laboratoire, une ou plusieurs chambres de malades. La *salle d'opérations*, largement éclairée en haut et en avant, est à parois lisses, peintes, vernies ou revêtues de faïence. Le sol est de carrelage, de mosaïque ou de ciment, imperméable et en pente légère pour l'écoulement des liquides. Les angles sont arrondis ; les quatre côtés du sol carrelé sont bordés de gouttières collectant les liquides et les conduisant vers un tuyau de sortie à soupape. Le mobilier en est aussi simple que possible : une table à opération, un escabeau, des tables en fer et verre pour supporter les plateaux et les cuvettes.

On tend à mettre hors de la salle d'opérations, dans le laboratoire annexe : les appareils de chauffage, de purification de l'air, de l'eau, les stérilisateurs pour les compresses et les instruments, la provision d'eau bouillie et stérilisée chaude et froide, les lavabos et vidoirs. C'est dans cette pièce où l'on prépare les pansements et les solutions antiseptiques nécessaires pendant l'opération.

Si l'on est obligé d'opérer chez le malade, on aura soin de faire nettoyer la pièce 2 ou 3 jours à l'avance si cela est possible. On enlèvera les meubles, rideaux et tentures et on lavera les parois de tout ce qui reste avec une solution antiseptique. Si l'on devait opérer d'urgence, il vaudrait mieux ne toucher à rien plutôt que de répandre dans l'air toutes les poussières accumulées sur les rideaux et les meubles.

L'asepsie de l'*opérateur et de ses aides*, de l'opéré lui-même, est plus importante que celle du milieu où on opère. Une plaie s'infecte plus souvent par le contact que par les poussières de l'air. D'ailleurs, si l'on opère hors de la maison chirurgicale spéciale, il faudrait toujours employer l'antisepsie, c'est-à-dire laver la plaie et plonger les éponges ou compresses et les mains avant, pendant l'opération dans des solutions antiseptiques, employer même le spray si l'on pensait agir dans un milieu très infecté. L'opérateur devra n'avoir pas touché depuis 48 heures au moins une plaie septique ou une pièce anatomique, n'avoir point soigné de près une maladie infectieuse, ne porter aux mains aucune plaie, ni gerçure, capable d'inoculer le malade à opérer. S'il se trouvait dans les conditions ci-dessus et qu'il dût néanmoins intervenir, il lui faudrait subir une désinfection complète, prendre un bain au sublimé, changer de vêtements, se laver les mains à plusieurs reprises avec de l'eau savonneuse chaude, puis les plonger dans la solution de permanganate de potasse et après dans la solution de bisulfite de soude. Mêmes précautions pour les aides. Chirurgiens et aides revêtent des blouses passées à l'étuve et opèrent les bras nus jusqu'au coude. Restreindre le plus possible le nombre des aides. Un seul suffit, avec le chloroformisateur, pour la plupart des opérations. Avoir s'il est possible toujours le même, qui s'habituera à la façon d'agir du chirurgien et le comprendra à demi-mot.

Le *malade* est purgé la veille et soumis depuis 4 ou 5 jours à un régime alimentaire antiputride et faisant peu de déchets, — lait, aliments liquides, purées, — régime surtout utile si l'on doit agir sur l'intestin, car on rend moins septiques les liquides intestinaux qui peuvent toucher le péritoine. Il est baigné la veille, dans la soirée, ou le matin de l'opération, de bonne heure. Pour la femme, la cavité vaginale a été lavée avec une solution de sublimé au 1/2.000. Au moment de l'opération un aide vide la vessie. Le pubis est rasé. Le ventre lavé à la brosse et au savon, puis à l'éther iodoformé si l'on veut. La peau est ensuite recouverte jusqu'au moment de l'incision de compresses imprégnées d'une solution de sublimé à 1/1.000. Les jambes seront enveloppées de flanelle. La poitrine et toutes les régions qui ne sont pas touchées par l'opérateur recouvertes de laine. Malgré tout, l'intestin et la paroi se refroidissent rapidement, mouillés par les liquides ; aussi doit-on maintenir dans la salle une haute température, 25° à 30° au au moins en toute saison. (La question du chauffage est très importante ; mais elle ne rentre pas dans notre cadre).

Appareil instrumental. — Tous métalliques et nickelés autant que possible à cause de la facilité du nettoyage, ils sont soumis à l'ébullition pendant 20 minutes dans l'eau additionnée de 4 0/0 de carbonate de soude avant l'opération, mieux encore passés à l'autoclave. Les éponges, compresses, les soies à ligature, les catguts, les crins de Florence, les drains, plateaux à instruments, tout ce qui doit toucher la malade ou être touché par l'opérateur a été stérilisé avec soin, ou bouilli longuement si l'on opère d'urgence chez le malade ou à la campagne et qu'on n'ait pu emporter tout ce qu'il faut. L'opération commencée, le chirurgien ne devra jamais toucher un objet quelconque non bouilli ou stérilisé ; ses aides devront faire de même et il devra veiller à ce que les assistants à l'opération ni touchent à rien de ce qui doit servir, ni même n'approchent trop près de la malade.

La résolution doit être complète pendant une laparotomie, de manière que les aides n'aient pas à lutter contre l'intestin sortant du ventre dans les efforts de la malade. Quant à la question de savoir s'il vaut mieux employer l'éther ou le chloroforme, elle est encore discutée. L'Ecole de Lyon et quelques chirurgiens de Paris et de province vantent la supériorité de l'éther. Le plus grand nombre reste attaché au chloroforme. L'anesthésie locale à la cocaïne ou au chlorure d'éthyle peut être employée dans bien des cas. Plusieurs fois j'ai fait moi-même des ovariotomies simples à la cocaïne, sans souffrance de la malade. La paroi incisée (et celle-ci peut être insensibilisée complètement), il n'y a presque plus de douleur.

La laparotomie peut être *antérieure* ou *postérieure*. La postérieure, destinée surtout à aborder le rein, sera étudiée avec les maladies de cet organe.

L'antérieure peut être médiane ou latérale-médiane : elle est *sus* ou *sous-ombilicale*. Latérale, elle se fait sur tous les points de la paroi abdominale. Il n'y a pas

© BIU Santé

alors de règle précise. Quand on quitte la ligne médiane, on cherche à atteindre une tumeur, un abcès, un organe par le chemin le plus court; il suffit de diviser méthodiquement les diverses couches de la paroi abdominale. Mais habituellement la laparotomie exploratrice est médiane et sous-ombilicale. Le choix de cette région a été déterminé par les raisons suivantes : 1° Vascularité moindre de tissus et par conséquent hémorragie moindre; 2° moins de tissus et de moins importants à couper; 3° Facilité d'accès plus grande à tous les points de l'abdomen; 4° Repérage plus facile, au milieu de la masse des organes.

Mais ce choix est discutable. Un certain nombre de chirurgiens préfèrent la laparotomie latérale et nous sommes de ce nombre pour certains cas déterminés. En voici les raisons : 1° la vascularisation moindre de la ligne médiane est réelle; mais les tissus peu irrigués se réunissent moins bien que les autres; 2° on chemine à travers les tissus fibreux sans points de repère précis dans la paroi et quand on tombe sur des adhérences à la paroi, on ne sait pas si on a franchi celle-ci. Quand on agit sur les parties latérales, les couches musculaires servent de guides; 3° sur la ligne médiane, les tissus fibreux divisés n'ont quelquefois que 1/2 cent. d'épaisseur. Mauvaise condition pour la solidité ultérieure de la cicatrice. En passant entre les fibres musculaires des droits, on réunit ensuite des muscles et des aponévroses et la suture est très solide; 4° enfin, si l'on est forcé de prolonger l'incision en haut, on n'est pas obligé de contourner l'ombilic ou de l'exciser.

La laparotomie, à travers le muscle droit à droite ou à gauche, me paraît l'opération de choix dans la plupart des explorations pour petites tumeurs et pour péritonites.

Technique de la laparotomie médiane sous-ombilicale. — C'est la plus généralement usitée. On incise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'aux aponévroses constituant la ligne blanche. Les vaisseaux qui saignent sont pincés et les pinces laissées à demeure. L'aponévrose ouverte avec la pointe du bistouri est coupée en haut et en bas sur la sonde cannelée dans l'étendue de l'incision cutanée. On ne tombe pas toujours exactement sur la ligne médiane. On ouvre alors la gaine d'un des droits et l'on incise sur le bord interne du muscle l'aponévrose qui constitue sa gaine postérieure quelquefois très mince. On trouve alors un tissu cellulaire lâche plus ou moins gras doublant le péritoine. Ce dernier est saisi avec une pince ouverte avec le plus grand soin. La petite incision ainsi pratiquée fait voir l'intestin. Il n'y a plus qu'à l'agrandir aux ciseaux mousses ou sur la sonde cannelée. On fixe les lèvres de la boutonnière péritonéale par 4 pinces, 2 de chaque côté. Il ne reste plus qu'à explorer le ventre.

Technique de la laparotomie latérale sous-ombilicale. — L'incision cutanée est faite du côté malade, à 2 centimètres environ de la ligne médiane sur la partie la plus saillante du droit. La gaine du droit est incisée. Alors avec une sonde cannelée on peut écarter sans les couper les fibres musculaires. On rencontre souvent sous le muscle une ou deux branches internes de l'épigastrique qu'on pince sans difficultés. La gaine aponévrotique postérieure des droits n'existe pour ainsi dire qu'à la partie supérieure de la région sous-ombilicale. En bas elle est très peu épaisse, réduite à un feuillet transparent. Le péritoine est saisi et ouvert comme dans le procédé ordinaire.

Si on a besoin de jour par en haut, il suffit de poursuivre l'écartement des fibres musculaires par en haut; on n'a à couper qu'une ou deux des sangles fibreuses coupant le muscle droit. On passe à côté de l'ombilic sans le toucher. En bas, on peut descendre jusqu'au pubis en dehors du muscle pyramidal.

Le péritoine ouvert, on va directement à la recherche de l'organe malade, si la tumeur ne se présente pas immédiatement sous les yeux. On explore le bassin, utérus et annexes, vessie, ligaments larges, rectum, avec le doigt et avec la vue.

Cet examen est fait en renversant le malade dans la position inclinée dite de Trendelenburg. Cette attitude est employée aujourd'hui par tous les chirurgiens. Elle fait descendre vers le diaphragme la masse intestinale, vidant la cavité pelvienne pour ainsi dire. Les tumeurs de cette région tombent par leur propre poids et se pédiculisent seules; l'utérus est attiré vers la paroi, le vagin tendu et déplissé. L'inclinaison en sens inverse et l'inclinaison latérale seront adoptées pour les tumeurs de la région sus-ombilicale ou latérale de l'abdomen.

Il faut donc être outillé pour pouvoir réaliser ces attitudes. Nous ne pouvons entrer ici dans la description des tables imaginées par les chirurgiens de tous les pays. Elles sont toutes dérivés du modèle de Trendelenburg, qui a le premier employé ce procédé dans les tailles hypogastriques à partir de 1880-1881.

La lésion reconnue si elle est opérable devra être traitée immédiatement; si elle est incurable, on refermera le ventre.

Suture des parois. — Au début les laparotomistes fermaient la paroi avec une seule suture comprenant toutes les couches. On employait un gros fil d'argent ou de Florence, que l'on nouait solidement au-devant de la ligne d'affrontement. Tout au plus faisait-on dans l'intervalle quelques sutures cutanées au crin de Florence. Les hernies et les éventrations qui résultèrent de ce défaut de soin dans les sutures firent modifier cette pratique. On fit deux rangs de sutures : 1° Suture des péritoine et fascia sous-péritonéal, au catgut; 2° suture musculo-cutanée au crin de Florence. Le procédé n'était pas encore parfait. Il restait un espace vide entre le muscle et la couche séro-aponévrotique où de la suppuration se produisait quelquefois. En tout cas, la cicatrice n'était pas encore parfaitement solide. La suture à 3 ou 4 étages est la plus parfaite et donne le plus de garanties au point de vue de la réunion primitive rapide et de la solidité ultérieure. Ne pouvant entrer dans la description de tous les procédés, je vais décrire celui qui me semble le meilleur.

Premier temps. — On place à travers toute la paroi abdominale à 1 cent. 1/2 des bords de l'incision de gros crins de Florence espacés de 2 cent. 1/2 environ, plus ou moins nombreux suivant l'étendue de la plaie. Ce seront des fils de soutien pour les autres sutures. On ne les noue pas; mais on fixe leurs extrémités au moyen de pinces.

Deuxième temps. — Le péritoine et le fascia sous-péritonéal sont suturés en même temps par un surjet rapide au catgut. Pour faciliter la manœuvre l'aide tient tendues et rapprochées avec deux pinces les lèvres des tissus à affronter. Le catgut est arrêté en haut ou en bas selon la marche suivie.

Troisième temps. — Suture de l'aponévrose formant la gaine antérieure du droit avec un fil de soie, en surjet ou à points séparés selon la tension qu'on éprouve.

Quatrième temps. — On suture la peau par des points superficiels au crin de Florence.

Le troisième et quatrième temps peuvent être réunis,

© BIU Santé

l'aponévrose et la peau pouvant être prises dans la même suture au crin de Florence.

Cinquième temps. — Cela fait, les gros fils de soutien sont noués et serrés de manière à rapprocher les muscles pris entre les deux gaines restaurées.

Ce procédé est applicable surtout à la laparotomie latérale ; mais quand on agit sur la ligne médiane on ouvre souvent la gaine des droits. Il y a même avantage, je crois, à l'ouvrir et à suturer comme je l'ai indiqué. On doit avoir soin, avant de fermer le péritoine, de rabattre sur l'intestin l'épiploon relevé ou écarté. On prévient ainsi les adhérences intestinales pariétales, habituelles sans cette précaution après la laparotomie.

II. — *Laparotomie pour traumatismes abdominaux.*

A. — *Plaies par balles, par instruments piquants ou tranchants. Hémorragies.*

a). *Technique opératoire.* — Les précautions générales en ce qui concerne le milieu, le blessé, l'opérateur, ont été déjà décrites et je ne n'y reviendrai pas ; mais on doit se rappeler que les blessés du ventre sont ordinairement très déprimés, soit par le fait de l'hémorragie, soit par ébranlement nerveux, et l'on doit éviter tout ce qui peut aggraver cette situation : le refroidissement, la chloroformisation trop longue, l'hémorragie, même légère.

L'instrumentation est simple. Il suffit d'avoir deux bistouris, un droit et un boutonné, une sonde cannelée, des ciseaux, deux douzaines de pinces de divers modèles, des aiguilles droites et courbes avec un porte-aiguille, de la soie fine et forte, du catgut bien préparé, des tubes à drainage, des éponges ou compresses en grande quantité, des solutions antiseptiques, faibles et fortes, un thermo-cautère, une seringue pour injections d'éther ou de caféine, un injecteur pour la transfusion de sérum artificiel, en cas de collapsus par hémorragie ou choc.

Si l'on a un doute sur la pénétration, on s'en assure d'abord en explorant et en agrandissant la plaie, si cela est nécessaire, le bistouri guidé par la sonde cannelée. Sil n'y a pas pénétration, on suture, on draine et l'opération est faite.

S'il y a pénétration, et c'est le cas le plus fréquent, on ne s'occupe plus de la plaie faite par la balle et l'on va faire une laparotomie au-dessous ou au-dessus de l'ombilic, médiane ou latérale, selon le siège de la blessure. Si l'on avait fait pour s'assurer de la pénétration une plaie régulière assez étendue, il vaudrait mieux s'en servir, en l'agrandissant, que d'en faire une seconde.

Quoi qu'il en soit, l'incision doit avoir 15 centimètres environ. Le péritoine ouvert, si l'on se trouve en présence d'une hémorragie, il faut avant toute chose l'arrêter. On enlève les caillots, on écarte les organes, les anses intestinales, et quand on voit un point saignant on le comprime, puis on pince le vaisseau et on le lie après s'être assuré qu'il n'y a pas d'autre hémorragie. L'hémorragie peut venir de la paroi même de l'intestin, de l'épiploon, du mésentère, d'une blessure du foie, du rein, de la rate. Quand cette hémorragie se fait en nappe et qu'on ne peut voir de suite d'où elle vient, on peut faire avec des éponges montées une sorte de tamponnement comprimant l'intestin et le mésentère sur la colonne vertébrale. On enlève ensuite les éponges une à une, examinant et pinçant à mesure qu'on découvre une lésion vasculaire. On peut avoir affaire à une hémorragie telle que la compression des éponges ne l'arrête pas. On ferait, comme le recommande Senn, la compression digitale de l'aorte abdominale à la partie supérieure de l'abdomen, puis on sortirait rapidement du ventre l'intestin grêle, l'enveloppant de serviettes aseptiques, et l'on explorerait tous les points du mésentère et les viscères de l'abdomen. En agissant autrement, on perd du temps et le malade peut mourir entre les mains du chirurgien.

Les blessures du foie sont cautérisées au thermocautère, tamponnées avec une mèche de gaze qu'on laisse sortir par la plaie abdominale. Mais les plaies de cet organe sont souvent mortelles. Il en est de même de celles de la rate. La splénectomie a été quelquefois la seule ressource à opposer à une hémorragie grave. Une petite plaie du rein se suture ; une grande avec lésion du bassinet et des vaisseaux du hile indique la néphrectomie.

S'il n'y a pas d'hémorragie, on recherche les perforations en commençant par la région qui correspond à la plaie pariétale. On passe un long fil de soie sous l'anse par laquelle on commence et l'on dévide l'intestin en allant vers le duodenum, puis en sens inverse vers le cæcum. Quelques chirurgiens partent toujours du cæcum. A mesure qu'on déroule l'intestin, un aide éponge les matières fécales, le sang qui peuvent souiller les anses. On découvre une ou plusieurs perforations. On procède à leur fermeture, en maintenant au dehors l'anse blessée. Bien lavée avec une solution antiseptique, elle est ensuite remise dans le ventre.

S'il y a plusieurs perforations sur la même anse, si la plaie de l'intestin est très large, comprenant le tiers ou le quart du cylindre intestinal, il y a lieu de faire l'entérectomie.

Les perforations suturées, l'hémorragie arrêtée, le ventre est nettoyé avec soin du sang, des caillots, des matières fécales ou alimentaires qui peuvent le souiller. Un lavage à grande eau est indiqué dans ces cas. On draine au moyen d'un Mikulicz ou mieux d'un tube de verre et le ventre est refermé.

Senn recommande un purgatif salin 48 heures après l'opération, s'il y a un début de péritonite. Les sutures intestinales sont assez solides pour supporter l'effort des contractions intestinales.

b). *Indications et contre-indications.* — La pénétration suffit à justifier la laparotomie. C'est l'avis de la plupart des chirurgiens. Cependant, si l'instrument perforant est très petit, aiguille, poinçon, grain de plomb, il vaut mieux s'abstenir. L'expérience démontre que les petites plaies intestinales, dont le diamètre ne dépasse pas 5 à 6 millimètres, guérissent habituellement sans accidents. S'il survenait des signes de péritonite ou d'hémorragie, on devrait intervenir.

Au-dessus de 6 millimètres, on doit intervenir et le plus tôt possible, à moins que la plaie ne soit pas pénétrante.

Diagnostiquer la pénétration est donc le premier soin du chirurgien. Quelquefois cela est facile. S'il s'agit d'une plaie large, l'épiploon, l'intestin sortent par la plaie ; parfois même l'issue de gaz ou de matières intestinales indique une lésion viscérale. Si la plaie est petite, il faudra se servir de la sonde cannelée, débrider même au besoin la plaie pariétale pour s'assurer de la profondeur du trajet. Rarement la plaie est assez oblique, pour qu'on ne puisse arriver à trouver son orifice profond.

Le diagnostic des lésions viscérales est très difficile aussitôt l'accident. Aucun signe ne les révèle ; seule l'hémorragie abondante se manifeste par le collapsus, le refroidissement, la petitesse du pouls. Mais l'hémor-

© BIU Santé

ragie moyenne et continue ne donne pas de signes; le sang s'épanche dans le ventre en nappe et, lorsqu'on se méfie, il est quelquefois trop tard : le malade est si bas qu'il n'y a plus rien à faire.

En dehors de l'hémorragie abondante, de l'issue des gaz, de l'écoulement de matières, il n'y a donc pas de signes certains des lésions viscérales. On s'appuye sur le récit du blessé, l'examen du projectile si on l'a, du pistolet, du couteau. Mais, en cas de doute, on aura bien présente à l'esprit cette notion, que, dans les plaies par balles, 93 0/0 sont pénétrantes et 7 non pénétrantes (Mac Cormac). Delorme, Chavasse, Segond, Reclus et Noguès, etc., arrivent à ces conclusions : la perforation est la conséquence presque forcée d'une plaie pénétrante de l'abdomen.

L'insufflation de gaz par l'anus ou par l'estomac préconisée par Senn pour faire le diagnostic de la perforation intestinale est un procédé trompeur et dangereux, exigeant une véritable opération capable de diminuer la résistance du malade et d'augmenter l'hémorragie s'il y en a déjà.

La péritonite peut survenir quelques heures après l'accident et revêtir les caractères d'une péritonite septique suraiguë. L'intervention chirurgicale est alors presque toujours inutile; on ne peut désinfecter complètement le ventre et l'infection continue après la laparotomie. Moins rapide dans son apparition, elle peut guérir par l'intervention.

Nous conclurons donc en disant : la laparotomie exploratrice doit être faite dans *toute plaie pénétrante* de l'abdomen, de plus de 6 *millimètres*, aussitôt après l'accident. 90 fois sur 100 on trouvera des perforations intestinales graves. Dans les 10 autres cas, le pronostic sera celui d'une laparotomie simple, c'est-à-dire que l'état du blessé en sera à peine aggravé.

B. — *Contusions de l'abdomen.* — L'embarras du chirurgien est ici beaucoup plus grand. Le diagnostic des lésions viscérales est très difficile. Nous nous en tiendrons aux conclusions de M. Michaux (Société de Chirurgie, 6 et 20 mars 1895) :

1° On ne peut établir aucun rapport entre la gravité des lésions internes et le traumatisme.

2° Il n'existe aucun symptôme qui puisse faire affirmer l'existence ou l'absence de lésions dans les premières vingt-quatre heures. Dans ces conditions, la laparotomie exploratrice s'impose. Elle est sans gravité; elle n'exige pas le dévidement de l'intestin, car on sait que les lésions sont localisées entre le corps contondant et la colonne vertébrale. Mais, pour être utile, la laparotomie doit être précoce. (*A suivre*).

INTERDICTION DE L'EMPLOI DE LA SACCHARINE DANS LA BIÈRE EN BELGIQUE. — Nous avons signalé le principe des mesures prises en Belgique en vue de l'interdiction de l'emploi de la saccharine dans la fabrication de la bière. Voici le texte même de l'arrêté royal pris, à ce sujet, à la date du 30 décembre 1896. Article 1er. Il est défendu d'une manière absolue, d'ajouter aux bières destinées à la vente aucun édulcorant, tel que saccharine de Fahlberg, dulcine, glycérine, etc., autre que les sucres proprement dits (saccharose, glucose, sucre interverti, etc.), comme aussi de vendre, d'exposer en vente, de détenir ou de transporter pour la vente ou la livraison, des bières additionnées de semblables édulcorants. — Art. 2. Les dispositions de l'arrêté royal du 10 décembre 1890, relatif au commerce des produits saccharinés, sont abrogés en ce qui concerne la bière. — L'interdiction absolue de la saccharine ne concerne donc que la bière; l'emploi de cette substance continue à être autorisé dans les autres produits alimentaires, pourvu que le fabriquant ou le débitant se conforme au stipulations de l'arrêté royal du 10 décembre 1890. Ce règlement est entré en vigueur le 1er mai 1897.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Prompts Secours à Paris.

Au moment où vient de s'agiter devant le Conseil municipal, après une longue période de préparation, la question des Prompts Secours dans la ville de Paris, nous sommes heureux d'avoir à signaler à nos lecteurs la thèse (1) d'un ancien interne des Ambulances urbaines, M. Grünberg, sur ce point de chirurgie, si souvent abordé par nous dans ce journal. L'auteur, qui connait à fond son sujet, qui a mis — qu'on nous pardonne cette triviale expression — la main à la pâte pendant plusieurs années, qui a consciencieusement étudié et résumé ce qui a été tenté depuis longtemps à l'étranger, a rassemblé dans ce travail une foule de documents intéressants.

Le premier que nous avons plaisir à relever est une délibération du Conseil général de la commune de Paris, prise sur la proposition de Cadet de Veaux, philanthrope connu, le 29 mars 1791. Nous y avons relevé, non sans surprise, l'expression de *Secours instantanés*, autrement dit d'*Assistance chirurgicale instantanée*, expression dont jusqu'à aujourd'hui nous croyions, de fort bonne foi, être le père. *Nil novi sub sole...*; et qu'il est donc malaisé d'inventer vraiment même une simple expression! — Dire qu'en 1791 il existait à Saint-Martin-des-Champs, à Paris, un petit *Hôpital de Prompts Secours*, et qu'en 1897 on déclare ces institutions parfaitement inutiles : voilà qui est suffisamment caractéristique! Comme toujours, on trouva excellente les idées de Cadet de Veaux; mais on se garda bien de les appliquer. *Nil novi...*, air connu.

En 1883, malgré le rapport de M. Bourneville, on n'était pas plus avancé. En 1890, après l'installation de l'ambulance Nachtel, M. G. Berry plaida en vain la même cause. En 1897, malgré toutes les discussions soulevées dans la Presse, malgré les nombreuses réunions de la Commission des Ambulances urbaines, malgré l'énergique intervention du Conseiller municipal qui connait ces questions mieux que personne, M. Paul Strauss, rien n'a encore été fait... On n'aboutit pas (l'incendie du Bazar de la Charité devrait pourtant ouvrir les yeux!) et, d'après le travail, si complet et si documenté aux sources *officielles*, de M. Grünberg, on voit que tout n'est encore qu'à l'état de projet. Le poste de l'hôpital Saint-Louis n'est pas réinstallé; le nombre des voitures n'a pas été augmenté; aucun avertisseur n'est en place : le tout faute d'un budget, voté seulement ces jours derniers!

Eh bien! que demain se produise un cyclone, comme celui d'Asnières, un cataclysme quelconque, comme celui de la rue Jean-Goujon, ce seront toujours les mêmes voitures ayant, la veille, servi au transport des contagieux, qui recevront les blessés ou les brûlés! Nous voulons espérer, malgré tout, que cette situation, grâce aux efforts du Conseil municipal, va cesser sous peu. Il suffit que l'on veuille utiliser les bonnes volontés. Elles attendent, pour se mettre à l'œuvre, qu'on leur dise : « Allez. Nos vœux sont avec vous! » On n'a qu'à

(1) *De l'organisation des secours aux blessés dans les grandes villes.* — Paris, 1897.

© BIU Santé

LE VÉRITABLE THAPSIA
doit porter les Signatures
Ch. Le Perdriel Reboulleau
Les exiger pour éviter les accidents reprochés aux imitations.

TOILE VÉSICANTE
LE PERDRIEL
Action Prompte et Certaine
EXIGER LA COULEUR ROUGE
La plus ancienne. * La seule admise dans les Hôpitaux civils.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

VICHY
SOURCES DE L'ÉTAT
CÉLESTINS, GRANDE-GRILLE, HOPITAL
PASTILLES VICHY-ETAT
SELS VICHY-ETAT
COMPRIMÉS DE VICHY
PARIS, 22, BOULEVARD DES CAPUCINES, PARIS

Ampoules Boissy
A L'IODURE D'ÉTHYLE
Pour le Traitement de l'Asthme
Par la Méthode iodurée. — Guérison complète.
Pour Inhalations — Une dose par Ampoule
BREVETÉES S. G. D. G.
Ampoules Boissy
AU NITRITE D'AMYLE
SOULAGEMENT IMMÉDIAT
Et Guérison des ANGINES de Poitrine
Syncopes, Mal de Mer, Migraine, Hystéro-Epilepsie
Fr. la Boîte. — 2, Place Vendôme, PARIS.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DESINFECTANT
Antidiphthéritique
NI CAUSTIQUE, NI VÉNÉNEUX
Admis dans les Hôpitaux de Paris
Dépôts dans les Pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.
Bien spécifier : Coaltar saponiné Le Beuf

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS.
BAINS DE MER DE L'OCÉAN
BILLETS D'ALLER ET RETOUR A PRIX RÉDUITS VALABLES PENDANT 33 JOURS
Pendant la saison des bains de mer, du 1er mai au 31 octobre, il est délivré à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz), des billets d'Aller et Retour de toutes classes de 40 0/0 en 1re classe, de 35 0/0, en 2e classe, de 30 0/0, en 3e classe, pour les stations balnéaires ci-après :
Saint-Nazaire, Pornichet, Escoublac-la-Baule, le Pouliguen, Batz, Le Croisic, Guérande, Vannes (Port-Navalo, Saint-Gildas-de-Ruiz), Plouharnel-Carnac, Saint-Pierre-Quiberon, Quiberon (Belle-Isle-en-Mer), Lorient (Port-Louis-Larmor), Quimperlé (Pouldu), Concarneau (Beg-Meil, Fouesnant), Quimper (Bénodet), Pont-l'Abbé (Langoz-Loctudy), Douarnenez, Chateaulin (Pentrey, Crozon, Morgat.
La durée de validité de ces billets (33 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 0/0 du ppix du billet.
Par exception, la durée de validité des billets de 1re et 2e classe, délivrés à Paris pour Saint-Nazaire, peut être prolongée deux fois de 30 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 0/0 ; en outre, il n'est pas délivré de demi-billets pour les enfants ; toutefois, deux enfants de 3 à 7 ans, n'occupant qu'une seule place, peuvent voyager avec un seul billet de bains de mer de 1re ou de 2e classe.
Exceptionnellement :
Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent pour les stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire inclus au Croisic et à Guérande inclus, a la faculté d'effectuer, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire dans les bateaux de la Compagnie de la Basse Loire.
Le voyageur porteur d'un billet délivré pour les stations au delà de Vannes vers Auray aura la faculté de s'arrêter à celles des stations suivantes qui seront comprises dans le parcours de son billet : Sainte-Anne-d'Auray, Auray, Hennebont, Lorient, Quimperlé, Rosporden et Quimper.
Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions ci-dessus à destination de Vannes est autorisé à s'arrêter à Questembert à l'aller et à repartir de ce point au retour.
En outre, le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent, pour l'une quelconque des stations balnéaires ci-dessus, aura le droit de s'arrêter, une seule fois, à l'aller ou au retour, pendant 48 heures, soit à Nantes, soit en deçà.
Admission des voyageurs de 2e et 3e classes dans les trains express 19, 9 *et* 29.
Les trains express nos 19 et 9, partant de Paris (Gare d'Orléans) le premier à 8 h. 25 matin et le second à 11 h. 18 matin, prennent les voyageurs de 2e et 3e classes munis de billets de mains de mer à destination des dites stations.
Le train express no 29, partant de Paris (Gare d'Orléans) à 9 h. 25 soir, prend les voyageurs de 2e et 3e classes porteurs des dits billets de bains de mer.
Délivrance des billets à la gare du chemin de fer d'Orléans, quai d'Austerlitz, au bureau, 8, rue de Londres, ainsi qu'à tous les autres bureaux succursales de la Compagnie d'Orléans.

RÉVULSIFS
VÉSICATOIRE LIQUIDE
BIDET
EMPLOYÉ DANS LES HOPITAUX
PROPRETE, EFFET CERTAIN
APPLICATION FACILE
PAS D'ACCIDENTS CANTHARIDIENS

A VENDRE D'*OCCASION*
UN FAUTEUIL SPÉCULUM
TOUT NEUF, ÉTOFFE ASSORTIE AU CABINET DE L'ACHETEUR
FACILITÉS DE PAIEMENT
S'adresser au *Progrès médical.*

© BIU Santé

Alimentation Rationnelle des Enfants, des Vieillards et des Personnes délicates, par la

NUTRITINE DÉJARDIN

(Diastase végétale et Phosphates minéraux organisés)

DIRECTEMENT ASSIMILABLE

aux *Malts d'Orge, d'Avoine* et de *Froment*, associés dans des proportions telles que cette véritable **FARINE DE SANTE** est infiniment plus nourrissante et plus légère que le meilleur lait. — Tous les principes alibiles (organiques et minéraux) y sont à l'état soluble (*physiologiquement* digérés) prêts pour l'**assimilation intégrale.** — Les phosphates qu'elle contient favorisent la dentition et remédient chez l'adulte à la **déphosphatisation.** — La **NUTRITINE** constitue le complément indispensable du traitement par l'*Extrait* de *Malt Français*.

E. DÉJARDIN, 109, Boulevard Haussmann, PARIS.

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

(BIÈRE DE SANTE DIASTASEE, PHOSPHATEE)

Spécifique de l'**ANÉMIE,** des **TROUBLES DIGESTIFS** et des Affections de l'**ESTOMAC**

L'**Énergie** des **ferments,** la puissante action de la **Quassine** et autres toniques, qu'il contient, en font le plus remarquable agent d'**assimilation intégrale** qui existe.

Extrait de **3** Rapports **JUDICIAIRES** par **3** de nos plus éminents Chimistes-Experts, professeurs des Écoles de Médecine et de Pharmacie de Paris.

« *Au point de vue* ***Thérapeutique*** *l'efficacité de l'Extrait de Malt Français Déjardin* « *nous paraît incontestable, et confirmée par de* ***très nombreux cas*** *dans lesquels cette* « *préparation a été ordonnée* ***avec le plus grand succès.*** *Il est, de* ***notoriété publique,*** « *qu'il est prescrit,* ***journellement*** *par les* ***Médecins.*** »

E. DÉJARDIN, Phien-Chimte de 1re cl., ex-Interne des Hôpitaux, 109, Boulevard Haussmann, Paris.

Hygiène Rationnelle des Voies digestives.

PILULES DE SURINAM

(Quassine, Maltine et Lupuline pure)

DIGESTIVES, TONIQUES, NÉVROSTHÉNIQUES et LAXATIVES

Spécifiques des **DYSPEPSIES** et de la **CONSTIPATION** même la plus opiniâtre.

Éminemment diurétiques, elles préviennent les **Coliques hépatiques** et les **Coliques néphrétiques**, et s'assimilent si bien qu'elles n'ont pas, comme la **Quassine** prise isolément, l'inconvénient de dessécher la gorge et de rendre la bouche amère.

Comme **toni-digestif**, 1 ou 2 (au plus) avant le repas du matin. Prises, le soir, en se couchant, à la dose de 2, 3 ou 4 (progressivement) elles confèrent un sommeil calme et déterminent *invariablement*, le lendemain, l'effet désiré. — PRIX **3** fr.

E. DÉJARDIN, Phien, 109, Boulevard Haussmann, Paris.

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE anc. GILLIARD, P. MONNET & CARTIER LYON



ANESTHESIE LOCALE

NEVRALGIES

QUINA ✻ FER

Chlorose, Anémie

Vins Ossian Henry

Membre de l'ACADEMIE de MÉDECINE
Professeur à l'École de Pharmacie.

BAIN & FOURNIER

43, Rue d'Amsterdam, Paris

PRIME A NOS ABONNÉS

Les travaux de M. le Pr CHARCOT, publiés par le *Progrès médical*, forment actuellement treize volumes, se décomposant ainsi :

ŒUVRES COMPLÈTES :

T. I, II, III. — Leçons sur les maladies du système nerveux. . .	48 fr.
T. IV. — Leçons sur les localisations cérébrales.	12 »
T. V. — Leçons sur les maladies du poumon et du système vasculaire.	15 »
T. VI. — Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins.	12 »
T. VII. — Leçons sur les maladies des vieillards, goutte et rhumatisme.	12 »
T. VIII. — Maladies infectieuses, affections de la peau, kystes hydatiques, thérapeutique.	10 »
T. IX. — Hémorragie cérébrale, hypnotisme, somnambulisme, etc.	15 »
Leçons du Mardi à la Salpêtrière, deux forts volumes in-4° couronne.	40 »
Chronique des maladies du système nerveux, deux volumes in-8° carré.	24 »

Soit au total 188 fr.

Pour permettre, à ceux de nos abonnés qui ne la possèdent pas, l'acquisition de cette précieuse collection, nous la délivrerons dans nos bureaux

Au prix net de 80 francs

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Recommandations en vue d'éviter, dans les transports par chemin de fer, les pertes de colis ou les retards dans leur livraison.

Beaucoup de personnes ont pris l'habitude d'inscrire, sur les colis-bagages ou autres qu'elles remettent au chemin de fer, leur adresse et le nom de la gare destinataire. Cette précaution évite presque toujours les fausses directions avec leurs conséquences, c'est-à-dire les retards dans la livraison ou même la perte des colis. Aussi se généralise-t-elle de plus en plus. Pour faciliter l'inscription de la gare destinataire à chaque nouveau voyage, la Compagnie d'Orléans met en vente, dans ses gares et stations, des carnets d'étiquettes gommées et des liasses de fiches, au prix de 0 fr. 05 le carnet de dix étiquettes ou la liasse de dix fiches.

AVIS IMPORTANT

A nos Abonnés et à nos Lecteurs.

La collection des **ARCHIVES DE NEUROLOGIE** (1888-1896), *y compris l'abonnement de* 1897, *est vendue* **120** *fr. prise dans nos Bureaux.*

© BIU Santé

commander ; les soldats n'attendent plus que des ordres. Mais ordonnez, Grands Maîtres de nos destinées, en fait d'ambulances !

Les conclusions de la thèse de M. Grünberg sont très nettes et très fermes. Ce n'est pas nous qui les critiquerons, puisqu'elles expriment des idées pour lesquelles nous luttons depuis trois années ! Oui, à Paris, il faut tout tenter pour que l'administration des Prompts Secours soit *absolument autonome!* Oui, il faut des avertisseurs spéciaux sur la voie publique, dans les grands établissements très fréquentés, gares, théâtres, usines, grands magasins, etc., etc. Oui, il faut un personnel expérimenté, ayant fait ses preuves au point de vue technique ! Oui, les premiers soins à donner ne peuvent pas s'improviser ; il faut avoir appris à les administrer.

Mais à quoi bon répéter tout cela? Ne l'avons-nous déjà pas dit et redit dans ce journal? Nous préférons, en terminant, attirer l'attention sur la description qu'a donnée M. Grünberg des installations très importantes de Berlin, de Budapest et de Vienne, mal connues encore dans notre pays. Pour notre compte, nous préférons de beaucoup aux institutions libres, qui florissent dans ces villes, une organisation autonome, uniquement municipale, copiée sur le plan que nous avons publié ; mais nous n'en reconnaissons pas moins qu'on obtient en Allemagne et en Autriche des résultats très dignes de remarque. Notons seulement qu'à Berlin, en 1897, il y a eu 16.000 accidents soignés dans les *Umfallstationen !* Et l'on a eu, encore ces jours derniers, le courage de dire qu'à Paris, ville de 3 millions d'âmes, il est inutile d'organiser un service de ce genre ! Mais, malgré l'inertie du plus grand nombre, malgré la nonchalance générale, nous lutterons jusqu'à ce que nous ayons obtenu gain de cause. Notre faible voix et celle de nos amis, si elle n'est pas souvent écoutée d'une oreille favorable, est parfois entendue pourtant, par la force même des choses. L'opinion publique fera le reste. Je dois dire en terminant que le travail de M. Grünberg y aura puissamment contribué, car ce jeune homme a eu, chose rare, le courage de ses opinions.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE.

Séance du 10 juillet 1897. — PRÉSIDENCE DE M. GLEY.

MM. CHARRIN et DESGIES ont étudié les *modifications produites dans l'élimination de l'urée* chez les animaux vaccinés contre le bacille pyocyanique. Ils ont trouvé, sur le lapin, que les quantités d'urée excrétées par les animaux vaccinés étaient presque toujours inférieures à celles produites par les animaux témoins. L'immunisation agit donc en ralentissant les oxydations de l'organisme, et, par suite, en modifiant les propriétés générales de la cellule. Il s'ensuit qu'elle doit être dirigée avec précaution, sous peine de dépasser la zone maniable des toxines et d'être nuisible à l'immunisé.

MM. DE NITTIS et CHARRIN ont réussi à *rendre pathogène le B. subtilis* en le faisant passer par différents organismes animaux, et ont même réalisé la vaccination de ce saprophyte rendu expérimentalement pathogène.

M. DE NITTIS montre deux cas de *dégénérescence vireuse du cœur* chez le lapin à la suite de l'injection de *proteus vulgaris*. Il s'agit de deux trouvailles d'autopsie.

MM. GILBERT et FOURNIER rapportent une observation de *cirrhose biliaire hypertrophique* liée pour eux à une angiocholite due au coli-bacille. Ils rattachent donc la maladie de Hanot à une infection chronique des voies biliaires.

M. FÉRÉ rapporte le cas d'une *poule tuant d'un coup de bec* un de ses poussins effrayé du passage d'un oiseau de proie.

M. GIARD lit une note sur la distribution géographique des cochenilles.

M. LUYS présente des *photographies d'effluves* dégagés par les doigts alors que les doigts reposaient sur le verso non sensible de la plaque de verre.

M. BLAISE (d'Alger) adresse une note d'après laquelle les *rayons X* n'auraient pas d'effet sur la bactéridie charbonneuse.

M. BOURQUELOT continue ses recherches sur les substances oxydantes des principes végétaux et rapporte un grand nombre d'exemples de préparations usuelles, industrielles ou pharmaceutiques, troublées au bout d'un certain temps par les oxydations des corps qui les composent.

MM. Jean ROUX et BALTHAZARD ont photographié *l'estomac par les rayons Rœntgen* en le rendant opaque par le mélange d'un sel de bismuth aux aliments. Leurs expériences faites sur le chien montrent que les contractions divisent l'estomac en deux poches, poche cardiaque ou de brassage, poche pylorique ou de passage.

Notons que l'histologie avait démontré ce fait depuis longtemps, mais un surcroit de preuves n'est jamais inutile.

M. ROGER étudie les effets des *injections d'eau glacée* à 0° dans les veines, le péritoine et les artères du lapin. Il n'a observé que de l'hypothermie passagère, et la mort par hémorragie cérébrale avec des quantités fortes injectées dans les artères.

M. DÉJERINE rapporte une observation de *syringomyélie* sans troubles de la sensibilité, dans lequelle toute la substance grise, sauf une petite portion, l'épendymane, était détruite. Il rappelle à ce propos l'opinion de Vulpian, d'après lequel les sensations tactiles passeraient par la substance blanche.

A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 juillet 1897. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Emploi préventif du sérum antitétanique.

M. NOCARD montre les bons résultats donnés par le sérum antitétanique employé comme préventif en médecine vétérinaire. Sur 3.100 animaux inoculés après des blessures tout à fait suspectes, un seul a eu une très légère atteinte de tétanos. Dans le même temps, les mêmes vétérinaires observaient 259 cas de tétanos sur des animaux non inoculés.

Gastrectomie partielle pour ulcère de l'estomac.

M. H. DELAGÉNIÈRE (du Mans) a pu, par une gastrectomie partielle, enlever un ulcère très volumineux, et déjà perforé, de l'estomac. Par les sutures consécutives, il a pu remédier à une malformation en sablier de l'estomac. La malade qui souffrait depuis dix ans et ne tolérait aucun aliment mange maintenant et digère bien.

Traitement du goitre exophtalmique par la section du sympathique cervical.

M. PONCET (de Lyon) présente, au nom de M. JABOULAY, une note basée sur neuf observations personnelles. Les résultats sur l'exophtalmie, le goitre, les palpitations ont été très bons. Ils sont bons surtout chez les personnes un peu âgées, sans doute parce que le système accélérateur du cœur est chez elles moins développé et plus complètement modifié par la section du sympathique. En cas d'insuccès

© BIU Santé

on doit se demander s'il n'existe pas une anomalie assez fréquente du sympathique, deux cordons au lieu d'un, et compléter l'opération. La section du sympathique en un point plus élevé peut être également tentée.

L'ablation du corps thyroïde dans le goitre exophtalmique.

M. Doyen rapporte deux observations de goitre exophtalmique traité et guéri par la thyroïdectomie. Il insiste sur la bénignité de cette opération, qui lui semble bien supérieure comme innocuité et comme efficacité à la résection du sympathique cervical. Chez ces deux malades l'ablation du corps thyroïde, en pleine totalité, a été suivie de la disparition immédiate et durable de tous les symptômes. Alors que la guérison semblait acquise, la première malade, bien que privée de son corps thyroïde, s'est donné une nouvelle crise de palpitations, de suffocations et d'exophtalmie, en se soumettant d'elle-même à une médication thyroïdienne intempestive. Ces accidents ont disparu par la cessation de tout traitement thyroïdien. Il est, en présence de pareils faits, difficile de nier le rôle pathogénique de l'hypersécrétion thyroïdienne.

Élections.

M. le Pr Benedickt (de Vienne), et M. de Mierzejewsky, (de Saint-Pétersbourg), ont été élus correspondants étrangers.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 juillet 1897. — Présidence de M. Debove.

A propos de la diphtérie.

M. Sevestre insiste sur l'utilité de l'examen bactériologique dans les cas de diphtérie associée et en particulier de strepto-diphtérie. Cet examen bactériologique doit faire partie de l'examen clinique et ne pas en être différencié.

Empoisonnement par le sublimé.

M. Poix communique une observation d'empoisonnement aigu par le sublimé dû à l'ingestion par erreur d'une solution ne contenant pas plus de 0 gr. 10 de sel. La malade n'a pas eu d'hyperthermie, qui est sans doute secondaire aux lésions buccales dans l'hydrargyrisme aigu. L'auteur croit qu'il est prudent, pour éviter les erreurs, de prescrire le sublimé par paquets et non en solution.

Ectopie du cœur résultant d'une pleurésie.

M. L.-H. Petit cite l'observation d'un malade dont le cœur avait été déplacé à droite et en arrière par les adhérences consécutives à une pleurésie droite.

MM. Galliard et Béclère insistent sur les erreurs que l'on peut cliniquement faire en croyant à une ectopie cardiaque, parce que les battements du cœur se perçoivent en un point anormal. La radioscopie a permis de constater que souvent ce genre d'ectopie était illusoire.

Séance du 23 juillet 1897. — Présidence de M. Debove.

Observations sur la diphtérie.

M. Sevestre fait une communication sur les observations de diphtérie qu'il a pu faire dans son service. Il insiste sur la nécessité de l'examen bactériologique.

M. Marfan pense qu'un seul examen au début de l'angine ne permet pas de faire un diagnostic certain de la diphtérie.

M. Sevestre croit, en effet, que l'examen bactériologique doit être répété, que de plus il est nécessaire que cet examen soit fait par un bactériologiste expérimenté.

M. Marfan fait remarquer que quelquefois l'examen bactériologique ne peut toujours être fait à temps et il croit que, dans toute angine pseudo-membraneuse primitive, on doit faire une injection de sérum et considérer, dans le doute, cette angine comme diphtérique.

Statistique de la rougeole aux Enfants-Malades.

MM. Marfan et Bernard ont observé 483 malades atteints de rougeole. La mortalité a été environ de 20 0/0. La broncho-pneumonie a été le principal facteur de la mort. Le maximum de fréquence de la maladie a été de un à deux ans et le maximum de mortalité dans la première année. Le liséré gingival a été constamment observé chez les malades. La diarrhée s'est montrée d'une façon très variable. Les adénopathies périphériques ont été presque constantes, et bien que généralement peu volumineuses, elles paraissent d'origine morbilleuse. Il y a eu 212 complications, dont 140 broncho-pneumonies environ. Le traitement par les bains chauds à 38° toutes les trois heures, selon la méthode de M. Renaut (de Lyon), semble avoir donné de bons résultats et diminuer la fréquence de la broncho-pneumonie.

M. Béclère considère que les adénopathies sont constantes dans la rougeole. Il fait remarquer que les adénopathies ne peuvent être considérées comme un signe différentiel de la rubéole.

M. Lemoine fait remarquer que l'adénopathie de la rubéole est sous-occipitale le plus souvent.

M. Marfan a observé de l'adénopathie presque constante dans la rougeole, c'est une polyadénite qui apparaît avec l'éruption et disparaît avec elle. Cette polyadénite morbilleuse peut siéger dans la région sous-occipitale.

Empyème pulsatile.

M. Béclère présente un malade qu'il a jadis présenté à la Société. Ce malade était atteint d'empyème pulsatile sans pneumothorax avec une grande déviation du cœur à droite. Dans une ponction, M. Béclère a retiré 2,800 grammes de pus qui, inoculé à des lapins, a amené la mort par tuberculose. Actuellement, le malade va très bien, il a une symphyse pleurale et le cœur a repris sa place normale. L'empyème est donc guéri à la suite d'une seule ponction et cela depuis trois ans.

Localisations de la lèpre sur le nez, la gorge et le larynx.

M. Jeanselme a observé 25 malades avec ces localisations de la lèpre. La lèpre nasale débute par des épistaxis abondants et rebelles, la rhinite se développe, le nez s'affaisse, se busque, la cloison et la sous-cloison cèdent et les ailes s'élargissent. Au début, la muqueuse est turgide, des érosions apparaissent, les fosses nasales sont insuffisantes. La cloison devient ensuite dépressible et la perforation de cette cloison se fait sans élimination des fragments importants de cartilages. Dans le jetage nasal, on trouve le bacille de Hansen. Au niveau de la langue, on observe parfois des plaques analogues à la leucoplasie buccale. Le voile du palais peut être atteint et recouvert d'un véritable léprôme diffus. La voix est toujours altérée. La glotte, la région interarytenoïdienne et surtout l'épiglotte sont fréquemment le siège de lésions lépreuses et parfois même nécessitent la trachéotomie.

Lésions de la moelle et du cerveau chez un amputé.

M. Gilbert Ballet a pu faire des recherches sur la moelle et le cerveau d'un amputé depuis trois ans. Il a constaté les atrophies banales déjà connues. Ses recherches ont porté sur des points spéciaux. Il a recherché ce que deviennent les cellules des centres médullaires qui correspondent aux nerfs amputés. M. G. Ballet, par la méthode de Nissl, n'a trouvé aucune lésion dans ces centres cellulaires. L'expérimentation a constamment démontré, peu après l'amputation, des lésions cellulaires indéniables ; il faut donc conclure que, au bout d'un certain temps, elles se réparent. M. G. Ballet a recherché chez cet amputé de la jambe, au moyen de la méthode de Nissl, l'état du lobule paracentral. Il n'a trouvé aucune différence entre les lobules paracentraux des deux côtés. Il est porté à accepter avec réserves les atrophies des circonvolutions consécutives aux amputations.

Ictère méthémoglobinémique.

MM. Hayem et Ghika ont observé une malade atteinte d'un ictère très foncé avec des pertes, de l'anurie, et des plaques d'apparence sphacélique. La malade mourut, on trouva l'utérus enflammé, ulcéré avec des débris placentaires, les reins présentaient des lésions suraiguës de l'hémoglobinurie. Le sang contenait beaucoup de méthémoglobine et de l'oxyhémo-

© BIU Santé

globine, plus tard, la bilirubine apparut. Les globules blancs étaient fort nombreux. Les cultures faites au cours de la maladie ont été stériles. Il est probable que la malade a été victime d'une intoxication destinée à provoquer un avortement. On n'a pu constater l'origine de cette intoxication probable. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 juillet 1897. — PRÉSIDENCE DE M. E. DELENS.

Hystérectomie abdominale totale.

M. SEGOND. — La question qu'a soulevée M. Richelot peut se diviser en deux points. L'hystérectomie abdominale totale pour suppuration pelvienne, qui est digne d'une discussion spéciale, et le manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale pour fibrôme ou suppuration. C'est de ces deux points seuls qu'il parlera. M. Segond ne comprend pas comment il peut exister un seul procédé opératoire pour tous les fibrômes ou toutes les suppurations pelviennes. Malgré les qualités du procédé décrit, il est permis de se demander quels sont les meilleurs moyens que l'on a préconisés. Il rappelle qu'en 1895 Howard Kelly avait donné une technique, qui paraît résumer tout ce qui a été accompli de progrès dans l'hystérectomie abdominale. C'est l'ablation de l'utérus en suivant le bord latéral de l'utérus, en liant successivement l'utéro-ovarienne, puis l'inférieure et en renversant de gauche à droite l'utérus, puis en faisant la section de bas en haut du ligament opposé. Après avoir envisagé la technique générale, il dit : Si le cul-de-sac apparaît nettement dans un cas de gros fibrôme, employez la méthode de Doyen. S'il y a quelque gêne, quelque tumeur latérale ou postérieure, c'est au procédé américain qu'il faut recourir. Quant aux suppurations pelviennes, il pense que c'est aussi le procédé américain qu'il faut leur opposer.

M. HARTMANN dit qu'il a déjà fait 18 hystérectomies abdominales à l'hôpital Bichat.

M. SCHWARTZ, jusqu'il y a six mois, a toujours suivi le procédé classique. Depuis il a fait le procédé américain dans 4 cas. L'opération se fait avec la plus grande facilité. Le procédé de Richelot peut rendre de grands services; mais il ne peut être regardé comme une méthode générale et le procédé américain tient une grande place dans la technique de l'hystérectomie.

M. POZZI. — Les vaisseaux de l'utérus se rétractent et on peut enlever un utérus tout entier, sans qu'il soit nécessaire de faire une ligature. Pour cela il faut raser l'utérus, et cela n'est pas permis avec le procédé de Richelot. C'est avec le procédé de Doyen et le procédé américain que l'on peut y arriver. Comme M. Segond, il pense que le drainage donne une sécurité beaucoup plus grande.

M. NIMIER. — *Blessure du nerf radial. Suture du nerf radial. Guérison.*

M. NÉLATON. — *Ostéome de l'orbite. Ablation.* M. B.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du jeudi 8 juillet 1897.

M. DURANTE. — *Contribution à l'anatomie pathologique de la môle hydatiforme.* — L'auteur a eu l'occasion d'étudier, dans le laboratoire de M. Porak, un certain nombre de môles qui au point de vue de l'histologie présentaient des différences assez notables. Chez la première le revêtement des vésicules comportait bien une couche syncytiale; elle était très mince, comme atrophiée, et ne poussait que rarement des prolongements et ceux-ci toujours grêles. Au centre de plusieurs vésicules, ou bien d'un tissu myxomateux on constatait l'existence de nombreux faisceaux formés de fibres concentriques et dus à l'union de plusieurs petites vésicules dont le revêtement plasmodial s'était atrophié aux points de contact, et n'était plus représenté que par quelques noyaux, tandis qu'il persistait à la périphérie. Le parenchyme conjonctif n'est plus que faiblement myxomateux et présente un peu de tendance à la transformation scléreuse. — Il s'agite d'une môle en voie d'involution scléreuse avec régression de sa portion épithéliale.

La seconde, qui avait les dimensions d'un œuf de 2 mois, offrait des villosités présentant une trame conjonctive normale; elles étaient entourées d'une épaisse couche syncytiale. De cette couche partaient des prolongements de toutes formes et extraordinairement volumineux. Ces bourgeons plasmodiaux présentaient les formes les plus variées, en massue, en raquette, en long ruban. Ces masses plasmodiales, sans membranes d'enveloppe, sans trace de différenciation cellulaire, sont bourrées de noyaux et présentent souvent des vacuoles remplies de mucine. Contrairement à ce que l'on observe dans les autres môles, la couche de Langhans ne prend pas part au processus pathologique; c'est une môle encore purement *syncytiale*. Signalons enfin l'envahissement de la caduque, nouvelle preuve de la vitalité du syncytium, pouvant faire craindre une évolution maligne. Cependant 18 mois après l'expulsion de cette môle la malade étant encore en parfaite santé, on peut espérer que l'élimination de ce produit pathologique aura été complète.

Ainsi, alors que la première de ces observations représente une môle en voie de sclérose; la deuxième concerne une môle en prolifération presque purement épithéliale.

Dans un parenchyme, l'hyperplasie des éléments épithéliaux avec conservation de leurs rapports physiologiques rentre dans la catégorie des adénomes. Ces adénomes peuvent ultérieurement évoluer soit du côté de la régression fibreuse par prédominance du tissu conjonctif, soit du côté de la tumeur maligne épithéliale lorsque l'élément épithélial prenant le dessus, prolifère activement en abandonnant ses rapports histologiques normaux avec le tissu cellulaire voisin. Le syncytium représentant l'ectoderme fœtal modifié à la surface des villosités, il serait permis, jusqu'à un certain point, de considérer la môle hydatiforme comme un *adénome* placentaire ou mieux villeux qui pourrait évoluer, soit dans le sens de la transformation fibreuse (première observation, môle scléreuse), soit dans le sens épithélial pur représentant l'épithélium ectoplacentaire.

M. PICHEVIN. — *Fibrôme utérin.* — Il s'agit d'un fibrome pédiculé de l'utérus, qui était le siège d'une fausse fluctuation si nette qu'il avait été pris sous un kyste de l'ovaire.

M. FOURNIÉ (d'Amiens). — *Bassin transversalement rétréci chez une rachitique.* — Chez une femme rachitique à diamètre promonto-sous-pubien de 11 centimètres, le médius et l'index introduits dans le vagin suivaient au contact les parois latérales en s'écartant l'un de l'autre de deux travers de doigt. Les lignes innominées semblaient antéro-postérieures et presque rectilignes derrière la symphyse pubienne. Les épines sciatiques sont saillantes, les ischions assez rapprochés pour admettre difficilement le passage de trois doigts placés en travers. On provoqua l'accouchement à 8 mois 1/2; l'enfant mourut pendant le travail : basioptrisie, suites de couches normales.

MM. VALLON et Paul PETIT présentent une observation de *vaginisme* avec orgasme vénérien se produisant chaque fois que la vessie est pleine. Le centre d'innervation de la vessie n'étant pas loin du centre génital, on comprend que sous l'influence de l'hyperexcitabilité de la moelle lombaire, une excitation se produise de l'une à l'autre. Ici il est probable que la confusion des deux réflexes reconnaisse comme cause la congestion vésicale.

Suite de la discussion sur le traitement de l'avortement incomplet.

M. MAYGRIER est d'avis qu'en cas d'avortement incomplet il faut intervenir : 1) Lorsqu'il se produit des accidents graves d'hémorragie ou d'infection. 2) Lorsqu'on se trouve en présence d'un avortement gémellaire. 3) Lorsqu'on hésite sur l'origine de l'avortement, lorsqu'on soupçonne des manœuvres abortives. 4) Lorsque la rétention dure depuis trois ou quatre jours, et que sans tendance à l'hémorragie ou à l'infection, la délivrance ne se fait pas spontanément. Ne jamais laisser une femme quitter l'hôpital avant qu'elle ne soit complètement délivrée. L'auteur est partisan convaincu du curage digital; il proscrit l'emploi de la curette qui, dans les mains les plus expérimentées a causé des perforations utérines.

© BIU Santé

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. LE Dr NOIR.

II. — Traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorragies puerpérales par les injections d'eau salée; par le Dr P. AMILLET. — Thèse de Paris, 1897.

II. — Depuis de longues années la transfusion séreuse a été employée dans l'art obstétrical; Bischoff, de Bâle, en 1881, Morel en 1888, Haffter, Huzarski, Porak en 1890, employèrent les injections d'eau salée dans le traitement des hémorragies post partum. Ces injections salines déjà maintes fois expérimentées, notamment en 1855 dans le choléra et dont le Pr Hayem fit une étude physiologique et expérimentale détaillée, donnèrent d'excellents résultats thérapeutiques. M. Amillet rapporte les résultats obtenus à Lariboisière, dans le service de M. Maygrier. Il se sert d'une solution saline au titre de 10 de chlorure de sodium pour 1.000 d'eau stérilisée; cette solution n'a aucune action nocive sur les globules sanguins. Quand les hémorragies sont graves et mettent en danger la vie de la malade, il conseille l'injection intraveineuse à la dose de 1.500 à 2.000 grammes. Dans les cas moins graves, une injection hypodermique de 200 grammes que l'on peut du reste répéter, suffit. M. Amillet pense que lorsqu'une opération s'impose chez une femme très affaiblie par les hémorragies, une injection d'eau salée avant l'intervention lui permettra de résister au choc opératoire. Enfin, il est prudent de surveiller la malade ainsi traitée parce que souvent les bons effets des injections sont passagers et leur renouvellement peut être indispensable.

III. — Le lysol, ses propriétés antiseptiques, thérapeutiques et désinfectantes; par le Dr DARTEYRE. — Maloine, édit., 1896.

III. — Le lysol est une solution de crésylol ($C^7 H^8 O$) dans du savon. La solubilité, l'innocuité absolue, les propriétés antiseptiques remarquables de sa solution à 1 ou 2 0/0 le font recommander par l'auteur en chirurgie, en obstétrique, en otologie, dermatologie, dans les maladies infectieuses et en hygiène publique. M. Darteyre relate au cours de ce travail des expériences bactériologiques et des observations cliniques destinées à démontrer tous les avantages que l'on peut retirer du lysol qui, selon lui, ne présente aucun des inconvénients du sublimé et de l'acide phénique.

IV. — Traitement de la coqueluche par l'antipyrine; par le Dr LE GOFF. — Th. de Paris, 1896.

IV. — M. Le Goff, dans sa thèse, reprend l'examen du traitement de la coqueluche par l'antipyrine inauguré en 1888 par Dubousquet-Laborderie. Depuis, les observations à ce sujet se sont multipliées. Les bons résultats ont été contrebalancés par les accidents toxiques produits parfois par l'antipyrine et par le manque absolu d'action contre la coqueluche dont l'accusent Le Gendre, Barth, Comby, Baginsky, Dewolf, Smith, etc., dont l'opinion est difficile à comprendre si on la compare aux bons résultats obtenus par Sonnenberger, Windelschmidt, Guaita et Hagenbarch-Buckhardt. M. Le Goff pense que ces contradictions tiennent aux doses employées et au mode d'administration; il recommande la formule suivante :

Antipyrine.	1 gramme.
Sirop de groseilles	20 —
Eau de Vichy.	80 —

par cuillerées à dessert après les quintes et il conseille de faire prendre, de suite après la potion, soit un peu de lait, soit un peu de bouillon. Quant aux doses, elles doivent osciller, pour M. Le Goff, entre 1 et 3 grammes d'antipyrine pour les enfants au-dessus de 2 ans, et entre 0 gr. 40 et 1 gr. au-dessous de cet âge.

V. — Quelques remarques sur les applications du trional; par RUHEMANN, de Berlin. — *Journal de Neurologie et d'Hypnologie.*

V. — Le trional est peu toxique même employé durant longtemps. Chez les enfants néanmoins, auxquels il peut rendre de grands services comme hypnotique et sédatif, il faut être prudent dans son administration. Claus conseille les doses suivantes :

Chez les enfants	de 1 mois à 1 an..	0 gr. 20 à 0 gr. 40
—	— de 1 an à 2 ans.	0 — 40 à 0 — 80
—	— de 2 ans à 6 ans.	0 — 80 à 1 — 20
—	— de 6 ans à 10 ans.	1 — 20 à 1 — 30

Ces doses sont trop élevées et peuvent déterminer des accidents dont le plus fréquent est une sorte d'ataxie. Aussi l'auteur conseille de ne pas dépasser 0 gr. 75 à 0 gr. 80 pour un enfant de 10 ans. Ruhemann a obtenu d'excellents résultats du trional dans les troubles nerveux traumatiques et la chorée grave chez les enfants. Pour que le trional donne de bons résultats il faut le donner environ deux heures avant que le malade se mette au lit et en cas d'insuccès se servir au besoin de doses fractionnées. On peut aussi augmenter les doses, mais sans dépasser 2 grammes pour les personnes psychiquement saines et 3 grammes pour les aliénés. On peut administrer le trional en lavement dans du lait à la dose de 1 gr. 50. L'action cumulative du trional n'est pas à redouter; au contraire, l'auteur prétend que son pouvoir hypnotique s'atténue à l'usage. L'auteur le donne sans crainte dans les maladies du cœur, bien que beaucoup considèrent ces affections comme des contre-indications. Si la toux et les douleurs causent l'insomnie, on peut allier le trional à la morphine, l'antipyrine, la phénacétine. Il atténue les sueurs des neurasthéniques et des phtisiques et peut être usité avec avantage dans les maladies infectieuses. En un mot, l'auteur préfère de beaucoup le trional au sulfonal.

VI. — La salophène; par le Dr BAQUÉ. — G. Carré et C. Naud, édit., 1897.

VI. — Le salophène ou acétylparamidosalol est un éther salicylique de l'actétyl-paramidophénol. Il jouit de propriétés antithermiques et analgésiques. D'après les nombreuses observations recueillies par M. Baqué, il agit sur le rhumatisme articulaire aigu et subaigu, et s'il est parfois moins énergique que le salicylate de soude, il ne cause ni céphalalgie, ni vertiges, ni bourdonnements. Il ne se décompose pas dans l'intestin et par suite ne produit pas de troubles gastro-intestinaux.

Il peut, comme analgésique, tenir sa place à côté de l'antipyrine, de la phénacétine et de l'exalgine.

Il paraît influencer heureusement les affections prurigineuses de la peau. Il se donne à la dose de 4 grammes en vingt-quatre heures, pris en plusieurs fois, et n'a ni odeur ni saveur.

VII. — La thérapeutique simpliste; par le Dr TOUSSAINT. — **Thérapeutique de l'avenir** (Les deux thérapies classique et dosimétrique); par le Dr FERRAN, de Lyon.

VII. — Ces deux ouvrages exposent et défendent les doctrines dosimétriques. L'emploi des alcaloïdes est la base de ces doctrines que nous ne pouvons exposer ici, le sujet étant trop vaste pour une revue aussi brève et ne nous reconnaissant pas en thérapeutique une compétence suffisante pour approuver ou désapprouver une doctrine. M. Ferran intitule son livre la thérapeutique de l'avenir, c'est en effet à l'avenir que revient le soin de faire justice de toutes les doctrines scientifiques et des théories thérapeutiques en particulier.

VIII. — Des injections sous-cutanées de gaïacol chloroformé; par COLLEVILLE. — *Gaz. hebdom. de Paris,* 1896.

VIII. — Dans les points douloureux profonds, l'auteur conseille des injections de 15 à 60 gouttes de la solution :

Chloroforme.	8 gr. 60
Gaïacol.	6 — 76

Lorsque la douleur est étendue comme dans la sciatique, on peut faire, espacées sur le trajet du nerf, plusieurs injections. Les seuls inconvénients survenant de pareilles injections, à la dose prescrite, sont des indurations au niveau de la piqûre.

IX. — Influence du copahu et du santal sur les fonctions de l'estomac; par VOLANSKY. — Th. de Saint-Pétersbourg, 1896.

IX. — L'auteur, par de nombreuses analyses, a cherché à

© BIU Santé

établir les conséquences de l'absorption régulière du copahu et du santal sur la digestion gastrique. De ses recherches, on peut conclure que le copahu et le santal troublent dans une certaine mesure les fonctions gastriques, mais que l'action nocive du santal est bien inférieure à celle du copahu.

REVUE
DE JURISPRUDENCE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. LIRMIN-LIPMAN, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel.

On nous pose les deux questions suivantes : 1° *Un maire peut-il se refuser à légaliser la signature d'un médecin, apposée au bas d'un certificat en blanc ?*

2° *Lorsqu'un médecin, dans un certificat requis aux termes de la loi de 1838 pour l'internement d'un aliéné, fait la description du mal, viole-t-il son secret professionnel ?*

1° Nous répondrons à la première par l'affirmative. Bien que la légalisation ne soit que la vérification de la sincérité de la signature, il n'en est pas moins vrai que le maire peut se refuser à légaliser des actes en blanc. Il doit pouvoir se rendre compte de ce qu'il fait, parce qu'il n'est pas une machine à enregistrer, et qu'une signature n'a aucune valeur indépendamment de la nature de l'acte.

2° La seconde question a trait à un de ces nombreux conflits qui naissent pour le médecin entre l'accomplissement d'une obligation légale et la nécessité de garder le secret professionnel. D'après la jurisprudence (1) la plus récente, l'intention de nuire n'est plus nécessaire pour que le secret professionnel soit violé et que les sévérités de l'article 378 du Code pénal soient encourues. Autrefois (et cette distinction faite par Faustin Hélie était bien conforme aux théories générales du droit criminel sur l'intention), on distinguait entre le médecin qui viole son secret professionnel dans un but diffamatoire et celui qui le divulgue sans intention de nuire. Mais la Jurisprudence a estimé que l'article 378 du Code pénal visait la publicité de la divulgation, quelle qu'en soit la cause, indiscrétion, imprudence ou malveillance.

En l'espèce, comme il s'agit pour le médecin d'une obligation légale, et comme le maire et les employés de la mairie sont tenus eux-mêmes au secret professionnel, le médecin ne court selon nous aucun péril, en décrivant la maladie dans le certificat. Mais, en présence de cette jurisprudence, il n'est pas, croyons-nous, inutile de recommander aux médecins la plus grande circonspection en ces délicates matières. Car, sans parler des poursuites que le Parquet peut toujours exercer, il reste, aux termes des articles 1382 et 1383 du Code civil, à la charge des médecins une responsabilité civile que les victimes d'une imprudence ou d'une indiscrétion ne manqueraient pas d'invoquer.

(1) Cass. 19 décembre 1885 (Dalloz, 1886, I, p. 347).

BIBLIOGRAPHIE

Des opérations pratiquées par la voie sacrée ; par SIEUR. — *Inst. de Bibliogr. scient.*, Paris, 1896-1897, vol. in-8, p. 122, 15 fig.

M. Sieur considère qu'il existe trois méthodes opératoires par la voie sacrée : 1° Les méthodes de résection définitive du sacrum et du coccyx ou du coccyx seul ; 2° les méthodes de résection temporaire du sacrum et du coccyx ; 3° les méthodes parasacrées.

Il range en 5 groupes les maladies justiciables de ces opérations : 1° Tumeurs ou lésions situées sur la face profonde du sacrum et du coccyx, y compris affections osseuses et fistules pelvirectales ; 2° affections chirurgicales du rectum : arrêt de développement, cancers, rétrécissements, fistules recto-vaginales ; 3° tumeurs inflammatoires des organes génitaux de la femme ; 4° certaines affections génito-urinaires chez l'homme ; 5° maladies nécessitant le drainage du péritoine par voie pelvienne. L'ouvrage se compose de quatre parties : la première divisée en 5 chapitres a trait aux opérations contre les affections chirurgicales du rectum et en particulier les rétrécissements non cancéreux. La deuxième contient 2 chapitres et traite de l'intervention par la voie sacrée dans les tumeurs et inflammations de l'appareil génital de la femme. Enfin la troisième et la quatrième, très courtes, donnent l'indication : 1° des applications de la voie sacrée dans quelques maladies des organes génito-urinaires de l'homme ; 2° du drainage sacré dans les péritonites généralisées et dans la variété pelvienne de l'appendicite. Comme conclusion, l'auteur préconise la voie sacrée comme opération de choix dans les tumeurs, rétrécissements du rectum et certaines fistules rectales haut situées ; l'hystérectomie sacrée est subordonnée aux mêmes indications opératoires que l'hystérectomie vaginale ou abdominale. Mais, en somme, la voie sacrée est inférieure à ces deux dernières voies dans les cas d'adhérences complètes de l'utérus, dans les affections des annexes, et dans les abcès pelviens ou dans les péritonites généralisées. M. Sieur a réuni dans la cinquième partie de son travail 257 observations, dont un nombre considérable encore inédites. D'après ces documents, sur 257 opérations par la voie sacrée, on a obtenu 189 guérisons, 69 morts, soit 83,2 0/0 d'insuccès. En somme, il s'agit là d'un volume important, qui met au point une question neuve de médecine opératoire.

Le Choléra en Europe ; par le Dr HAUSER. — Société d'Editions scientifiques, Paris, 1897.

Il s'agit d'un gros volume de 550 pages, sur un gros chapitre d'études épidémiologiques : le *Choléra en Europe*, depuis son origine jusqu'à nos jours, en rapport avec les doctrines courantes relatives à l'étiologie et à la prophylaxie. L'auteur s'est proposé, non pas l'étude complète et trop aride du choléra, mais bien de réunir les faits qui ont caractérisé jusqu'ici les principales épidémies, pour en déduire des lois d'évolution.

Deux parties principales dans l'ouvrage : la première expose les faits et les observations recueillis, d'où il résulte déjà cette importante remarque : c'est que le vrai danger pour l'Europe vient de la Russie où le choléra sévit en permanence depuis 8 ou 9 ans, tandis que sa durée paraît beaucoup plus raccourcie dans les parties les plus méridionales de l'Europe.

L'autre partie de l'ouvrage est entièrement consacrée au côté théorique et doctrinal. Après plus de 60 ans de discussions et de controverses, il existe toujours des contagionistes et des anticontagionistes, sans critérium pour trancher la question d'une manière définitive. Toutefois, il est deux points sur lesquels les épidémiologistes sont aujourd'hui d'accord : le choléra est dû à un germe connu et bien défini ; l'homme et « ses effets » sont toujours les véhicules de transmission du germe. Mais pour les uns, il n'y a pas de cause directe (eau polluée), mais bien un réceptacle, un vrai milieu de culture qui est le sol. On peut lire dans l'ouvrage de M. Hauser l'origine des maladies populaires et l'influence du milieu social sur le développement des épidémies, l'histoire de la lèpre, de la syphilis, du typhus exanthématique et du scorbut, et celle du choléra dans l'Inde, puis en Europe (Russie, France, Autriche, Allemagne), avec l'étude des conditions épidémiologiques qui expliquent la permanence du choléra en Russie. Après l'examen des diverses méthodes de prophylaxie, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Il faut assainir le sol des grandes villes et surtout de certains ports maritimes ; 2° on doit supprimer les quartiers insalubres et rendre l'air et l'eau aussi purs que possible, surtout dans les centres ouvriers.

En résumé, M. Hauser est ici l'auteur d'un important travail, précieux à consulter, pour tous ceux qu'intéressent les questions d'hygiène publique et internationale.

Paul CORNET.

De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale ; par R. PICHEVIN. — 1 vol. in-8°, 204 p., 28 fig. Maloine, Paris, 1897.

Dès son apparition, cet ouvrage a obtenu un réel succès. Le sujet est, en effet, traité de main de maître. L'auteur l'envisage à deux points de vue qui constituent les deux grandes divi-

© BIU Santé

sions de son livre : Historique et Technique de l'hystérectomie vaginale. Dans la première partie, il étudie cette opération depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. A propos de la période moderne, il fait un grand éloge de Sauter et de Récamier, à qui il reconnaît le mérite d'avoir su les premiers pratiquer l'ablation de la matrice et enrayer le cancer utérin. Il passe ensuite en revue les périodes de décadence, de condamnation et enfin d'oubli qui se succédèrent pendant près d'un demi-siècle pour arriver à la période de renaissance de l'opération, qu'il fait commencer en 1882. Il conclut que l'Ecole française perfectionna de beaucoup le manuel opératoire, que le champ des indications de l'hystérectomie s'est considérablement agrandi, et qu'aujourd'hui cette opération est devenue si simple et si bénigne qu'elle est à la portée de tous les chirurgiens. Dans la seconde partie, il parle des différents procédés d'hystérectomie : hémostase, morcellement, anesthésie, antisepsie, instrumentation, etc.; les procédés de Martin, de Doyen, de Richelot, de Faure, de Quénu, de Péan, sont très explicitement exposés à propos, ou de l'hystérectomie pour métrite, adénome ou cancer, ou de l'hystérectomie pour salpingo-ovarite, ou encore de l'hystérectomie pour fibromes, ou pour prolapsus et inversion utérine totale. Cet excellent ouvrage, illustré de figures très soignées, est appelé à rentrer dans la bibliothèque de tous les médecins et surtout de tous les chirurgiens. M. B.

Les Récréations d'un Praticien; par le Dr M. Panthier (de Senlis); — Paris, Société d'Éditions scientifiques, 1897.

L'auteur a eu l'heureuse idée de réunir sous ce titre un certain nombre de chroniques médicales qu'il avait publiées dans le *Petit Comtois*, dans le courant de l'année. Les sujets les plus variés s'y trouvent traités, et ceux qui paraissent les plus profanes contiennent toujours quelques remarques médicales ou quelques considérations à l'adresse de l'hygiéniste. Les praticiens exerçant à la campagne trouveront d'utiles conseils pratiques dans les chapitres tels que les suivants : Piqûres d'insectes et morsures de vipères. — L'empoisonnement par les champignons. — Les pommes de terre et la solanine. L'auteur fait œuvre d'hygiéniste, quand il prêche la croisade contre l'alcoolisme et quand il réclame la fondation de sanatoria pour lutter contre la tuberculose. Mais c'est surtout à l'hydrothérapie que l'auteur consacre ses plus importantes chroniques. Fervent adepte de l'hydrothérapie, il constate que cette pratique salutaire n'est pas suffisamment en honneur dans notre pays. Puis viennent d'utiles renseignements concernant le choix d'une station thermale et le choix d'un médecin. Les villes d'eaux sont inondées de médecins exotiques, « ils constituent une plaie pour les docteurs français, auxquels ils font concurrence, par la bizarrerie de leur jargon, par leur luxe de mauvais goût, mais non par le savoir et l'expérience ». Il y va de l'intérêt du corps médical français de réclamer des mesures contre cette invasion. *Les Récréations d'un Praticien* sont écrites dans un style facile et les praticiens aussi bien que les profanes en trouveront la lecture attrayante.

P. Rellay.

Die Færbetechnik des Nervensystems; par von Dr Pollack. Berlin, Karger, 1897.

Ce petit volume, conçu avec beaucoup de clarté, nous donne sans désordre, par suite de la division naturelle en fixateurs et colorants, les procédés de plus en plus nombreux et compliqués de l'étude histologique du système nerveux. Il sera précieux pour les spécialistes, car il se termine par un exposé des méthodes de choix pour tel ou tel objet d'étude et par une table très complète. Il est triste de constater que la France n'est représentée dans la bibliographie que par deux noms, dont l'importance, il est vrai, supplée à l'absence des autres, ceux de Ranvier et d'Azoulay. Il n'y a donc plus d'histologistes dans notre pays? A. P.

La chaleur aux Etats-Unis. — Aux Etats-Unis la chaleur continue à être excessive. Il y a eu pendant les deux derniers jours, quatorze morts par insolation à New-York, où le thermomètre centigrade a marqué 37°5. A Chicago, on n'a pas enregistré moins de 216 décès attribués à la chaleur; on en signale 10 à Louisville, 4 à Milwaukee, 37 dans les villes de moindre importance situées, comme ces dernières, dans l'Ouest.

VARIA

L'Organisation des Universités.

Le premier article du règlement, relatif aux Universités, élaboré par M. Liard, a trait aux « Conseils des Universités ». Quelques universitaires avaient demandé que la présidence du Conseil fût dévolue par voie d'élection à un de ses membres, au lieu et place du recteur. Cette proposition a été repoussée par la section permanente et, comme par le passé, le Conseil de l'Université aura le recteur pour président. Le projet de décret, en fait de dispositions nouvelles, lui confère des pouvoirs plus étendus pour représenter l'Université en justice et dans les actes de la vie civile. Il aurait qualité dans l'avenir, en ce qui concerne les biens de l'Université, pour intenter toute action possessoire et y défendre, agir en référé et faire tous actes conservatoires.

En ce qui concerne l'attribution des Conseils, voici les modifications proposées par la section permanente. D'après le texte de 1893, réglementant la matière, le Conseil ne statuait pas sur l'exercice des actions en justice; il en délibérait seulement et l'approbation du Ministre était nécessaire. Le nouveau projet de décret porte que le Conseil de l'Université, qui statue sur l'administration des biens de l'Université, statuera aussi sur les actions en justice, dont ces biens pourront être l'occasion.

Le Conseil aurait également à statuer sur une chose nouvelle : « L'institution d'œuvres dans l'intérêt des étudiants », telles que les dépenses des laboratoires, bibliothèques, collections, etc., auxquels les Universités peuvent appliquer les ressources à provenir des droits d'études et d'inscription. Le projet de décret règle également la question de la juridiction disciplinaire, dévolue aux Conseils d'Universités. Les modifications soumises au Conseil supérieur ne sont que des modifications de détail et visant uniquement à mieux assurer la célérité et l'unité de l'action disciplinaire, à en régler nettement la marche, tout en garantissant d'une façon plus précises les droits de la défense. A l'heure présente, c'est le Ministre qui saisit les Conseils académiques; désormais l'exercice de l'action disciplinaire devant les Conseils des Universités appartiendrait au recteur.

Le régime scolaire et le régime disciplinaire des étudiants font l'objet d'un projet de décret spécial, qui comporte un certain nombre de dispositions nouvelles.

« Tout règlement d'ordre scolaire, est-il dit dans l'exposé des motifs de ce projet de décret, doit contenir une définition de l'étudiant. Le dernier règlement en date de 1883, définit l'étudiant par l'inscription, soit en vue des études, soit en vue de l'examen. Est étudiant quiconque est inscrit sur les registres d'une Faculté, tant que son inscription n'est pas périmée.

« Une telle définition convient sans doute au *seul défini*, mais elle ne comprend pas tout le défini. Il est en fait d'autres étudiants que ceux-là, et ils sont nombreux, surtout dans les Facultés des lettres et des sciences, ceux qui ne sont plus astreints à la formalité de l'inscription. On ne peut pourtant pas les laisser hors cadre; il faut les constituer juridiquement à l'état d'étudiants et les soumettre ainsi à la juridiction de l'Université. »

Dans ce but, le projet de décret spécifie qu'il sera tenu dans toute Faculté ou Ecole de chaque Université un *registre d'immatriculation*. Sur ce registre seraient portés, chaque année, sous des numéros distincts, l'état civil et l'état scolaire de chaque étudiant. De la sorte il n'y aurait plus, comme aujourd'hui, des étudiants de droit et des étudiants de fait. Comme conséquence, en principe, nul ne serait admis aux travaux d'une Faculté ou Ecole que les étudiants portés sur le registre.

Enfin, en ce qui concerne le régime disciplinaire des étudiants, le projet de décret porte que les étudiants relèvent seulement de la juridiction du Conseil de l'Université. Il établit également une classification et une graduation nouvelle des peines disciplinaires qui seraient :

« 1° La réprimande; 2° l'interdiction de prendre des inscriptions et de subir des examens dans la Faculté ou Ecole pendant un an au plus; 3° l'exclusion de la Faculté ou Ecole pendant un an au plus; 4° l'exclusion de l'Université pendant deux ans au plus; 5° l'exclusion à toujours de l'Université, et, en outre, s'il y a lieu, l'exclusion temporaire de toutes les Facultés et Ecoles, prévue au paragraphe 7 du présent article; 6° l'interdiction de subir un ou plusieurs examens déterminés devant aucune Faculté ou Ecole pendant deux ans au plus; 7° l'exclusion de toutes les Facultés ou Ecoles d'enseignement supérieur, publiques et libres, pendant deux ans au plus; 8° l'exclusion à toujours de toutes les Facultés et Ecoles d'enseignement supérieur, publiques et libres. L'exclusion entraîne l'incapacité de se faire immatriculer, de prendre des inscriptions et de subir des examens.

« Lorsque l'exclusion temporaire ou l'exclusion perpétuelle prévues aux paragraphes 4e et 5e du présent article sont prononcées contre un étudiant d'une Ecole extérieure au siège d'une Université, elles sont limitées à cette Ecole. »

© BIU Santé

Le Conseil de l'Université de Paris.

Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni cette semaine sous la présidence de M. Gréard. Il a ratifié la désignation complémentaire faite par la Faculté de Médecine de MM. Gley et Hallopeau, agrégés, pour sa représentation au Congrès de Moscou, et celle de M. Prunier, professeur de pharmacie galénique, qui représentera l'Ecole supérieure de pharmacie au Congrès de Bruxelles.— Il autorise l'ouverture de cours libres qui seront professés à l'Université de Paris pendant la prochaine année classique : *Faculté de Médecine.* — Le Dr Verrier : la thérapeutique dans les maladies nerveuses; le Dr Fournel : cours complet de gynécologie médicale et abdominale, chirurgie abdominale ; le Dr Lavaux : affections des voies urinaires; le Dr Bonnet : électrothérapie et radiographie. Ces autorisations, ajoutées à celles qui ont été précédemment accordées, portent à 21 le nombre des cours libres qui seront professés à l'Université de Paris en 1897-1898.

M. Gréard énumère ensuite les propositions de créations de nouveaux enseignements faites par les diverses Facultés. Le Conseil retient les cinq demandes dont il a déjà précédemment admis le principe, et il émet le vœu que ces enseignements soient créés dès que les ressources financières le permettront, dans l'ordre suivant : 1° Cours de physiologie expérimentale de la Faculté des sciences; 2° Cours complémentaires de paléontologie à la Faculté des sciences; 3° Cours complémentaires d'histologie à la Faculté des sciences; 4° Cours de physique céleste à la Faculté des sciences; 5° Conférences de psychologie objective à la Faculté des lettres.

Les nouvelles propositions faites par la Faculté de Médecine sont agréées en principe par le Conseil et seront ultérieurement classées, concurremment avec celles que les autres Facultés se proposent d'introduire. Le Conseil continue la discussion relative à l'institution d'*un doctorat de l'Université de Paris.* Le règlement à intervenir sera arrêté à la séance de rentrée. MM. Croiset et Troost, qui ont représenté l'Université de Paris aux fêtes récentes d'Edimbourg, rendent compte de leur voyage. Ils se félicitent de l'admirable accueil qu'ils ont reçu, de l'éclat des fêtes, et ils communiquent au Conseil l'impression excellente faite sur les membres de la délégation par les Universités d'Edimbourg et de Saint-Andrews.

Le Congrès international de Sociologie.

Le troisième Congrès international de sociologie s'est ouvert la semaine dernière, dans l'amphithéâtre de chimie de la Faculté des Sciences à la Sorbonne. M. Paul de Lilienfeld, ancien gouverneur de la Courlande, sénateur de l'empire russe, bien connu du monde savant par ses études sociologiques, a été nommé président du Congrès; M. Espinas, professeur à la Sorbonne, vice-président, et M. René Worms, secrétaire général. MM. Novicof, d'Odessa, et Tarde, chef du service de la statistique au Ministère de la Justice, font également partie du bureau. Les éminents sociologistes français et étrangers, MM. Garofalo, de Greef, Dallemagne, Limousin, Kovalewsky, d'Aranjo, de Krauz, Karéief, Henri Monin, etc., assistent aux séances du Congrès.

M. de Lilienfeld a ouvert la première séance, en rappelant l'œuvre des deux Congrès précédents et l'opportunité de l'intervention de la science sociologique dans la direction générale des affaires humaines. M. Worms a remercié M. de Lilienfeld d'avoir accepté la présidence du Congrès, et fait l'éloge du savant sociologue russe. M. Garofalo donne ensuite lecture d'une étude, qui a pour titre : *Le cerveau social et le cerveau individuel.* Plusieurs objections sont faites à M. Garofalo. — Dans la deuxième séance du Congrès, lecture a été faite d'une étude de M. Lester Ward, professeur à l'Université de Washington, sur : *L'économie de la douleur et l'économie du plaisir.* D'après le savant zoologiste, deux économies se sont successivement imposées à la science sociologique. La première, qui a régné jusqu'à la fin du XVIIIe siècle est « l'économie de la douleur »; les hommes, d'après cette théorie, cherchent uniquement à conserver la vie, à fuir toute peine, et leurs efforts, ainsi, ont un but tout négatif; cette économie est restrictive et la morale qui en découle égoïste. D'après « l'économie du plaisir », au contraire, les hommes recherchent d'une façon constante le plaisir, leurs efforts ont un but positif, leur morale est l'altruisme. M. Lester Ward a illustré cette théorie par de nombreux exemples pris au monde animal.

La Statue de Pasteur.

C'est à Falguière, on le sait, que le Comité chargé d'élever une statue à Pasteur a confié le soin du monument; il a terminé sa maquette. Vendredi dernier, à trois heures, la Commission permanente — composée de MM. Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur ; Bertrand, de l'Institut de France; le Dr Levraud, etc., — est venue officiellement en faire part à M. Sauton, président du Conseil municipal. Le Comité, depuis longtemps, a manifesté le désir d'élever la statue de Pasteur, avenue de Médicis, au milieu du petit bosquet qui se trouve sur l'alignement de la grille du Luxembourg, entre le Panthéon et l'Odéon. Le Conseil municipal est déjà résolu à accorder cet emplacement, qui est tout à fait digne de l'illustre savant et dont le seul tort était d'offrir une difficulté de plus au sculpteur. La statue, en effet, devant se dresser au milieu d'un vaste espace et être regardée sous toutes ses faces, nécessitait, à cause du vêtement, de plus complètes qualités d'exécution. M. Falguière, seul en cause, n'a fait aucune objection et s'est, paraît-il, très vite et très bien tiré de sa lourde tâche.

La Commission, par pure courtoisie, a invité le Président du Conseil municipal à s'en rendre compte par lui-même. M. Sauton a répondu qu'il se rendrait dans l'atelier de l'artiste et que la Commission pouvait compter, en la circonstance, sur le concours absolu du Conseil municipal.

Vol de lapins de laboratoire à Aubervilliers.

A Aubervilliers, à l' « hôpital temporaire », où l'on traite les maladies infectieuses, telles que le croup, le charbon, le tétanos, etc., un laboratoire est annexé à l'hôpital; on y étudie sur des lapins l'effet des maladies que nous venons de désigner. Une nuit, des rôdeurs se sont introduits dans le laboratoire, et ont fait main basse sur cinquante lapins. Le malheur est qu'on leur avait inoculé à tous le croup, le charbon et le tétanos. Dès que ce vol singulier a été connu, la Préfecture de Police a transmis à tous les agents de la police municipale, à l'inspection divisionnaire des halles et marchés et aux commissaires de police de la partie de la banlieue voisine d'Aubervilliers l'ordre de surveiller avec beaucoup de soin les marchés où des lapins seront mis aujourd'hui en vente.

Vérification faite, le chiffre exact des lapins dérobés est de 23 et non de 50 comme on l'avait cru tout d'abord.

L'hôpital d'Aubervilliers est temporaire depuis vingt-deux ans, car il fut fondé en 1874 à la suite d'une épidémie cholériforme; ne ressemble guère aux autres établissements de l'Assistance publique. Situé, dans la zone militaire, il s'étend sur une longueur d'un kilomètre depuis la rue de la Haie-Coq jusqu'au canal Saint-Denis. Il est entièrement formé de petits baraquements peu élevés, et son installation est tout à fait provisoire. Une simple palissade de bois d'un mètre de hauteur le sépare, d'un côté, du talus des fortifications, de l'autre des terrains vagues de la zone. La terreur qu'inspire, même aux malfaiteurs, les maladies contagieuses, a pu seule le préserver jusqu'à ce jour du cambriolage, car c'est l'unique hôpital de Paris où l'on reçoit les malades atteints de cas infectieux : choléra, diarrhée cholériforme, typhus, scarlatine, tétanos, etc. C'est cette palissade que les rodeurs ont franchie pour s'approcher des cabanes où vivaient les animaux servant aux expériences.

Dans l'une d'elles se trouvaient ceux déjà inoculés et dans l'autre ceux qui ne le sont pas encore. Les voleurs se sont justement emparés des premiers.

A quels dangers sont exposées les personnes qui se nourriraient de ces animaux, dans le cas où ils seraient mis en vente? D'après M. le Dr Roger, agrégé de la Faculté de Médecine, et attaché à l'hôpital temporaire, « une haute température détruit les germes infectieux dont la chair est imprégnée. Si donc on fait subir à ces animaux inoculés une cuisson suffisante, leur chair ne présentera aucun danger pour le consommateur. Or, comme le lapin demande à être bien cuit; il est présumable que, si ceux qu'on a dérobés, sont mis en vente, il n'en résulterait aucun inconvénient grave. Peut-être s'apercevra-t-on qu'ils proviennent dn laboratoire. Car la plupart d'entre eux ont eu leur fourrure rasée à l'endroit où on pratique les inoculations de différents virus : croup, diphtérie, etc. Si les voleurs les dépouillent pour s'en débarrasser plus aisément, le virus activera leur décomposition et personne ne voudra les acheter. »

Médecins et malades.

La Cour d'appel de Pau, chambre correctionnelle, vient de juger une grave affaire d'homicide par imprudence, qui a fait du bruit dans la région. En voici les circonstances.

Un jeune docteur-médecin de la ville, M. Lassalette, diplômé depuis dix-huit mois seulement, s'était chargé, au mois de mai dernier, de pratiquer sur une femme de Mirepoix, atteinte d'une tumeur fibromateuse, une des plus hardies opérations de la chirurgie contemporaine : l'hystérectomie abdominale totale. Ce praticien avait assumé une pareille responsabilité, contrairement à l'avis d'un chirurgien très distingué de Bordeaux, qui avait déconseillé toute opération. Il est vrai que, se trompant dans son diagnostic, il avait cru à l'existence d'un kyste mobile, alors que la malade souffrait d'un fibrome très volumineux.

Le jour de l'opération venu, le jeune médecin se rendit auprès de la patiente ayant pour tout aide un docteur plus jeune encore que lui, et, en outre, sa femme de chambre, qu'il chargea d'administrer le chloroforme à l'opérée, laquelle fut d'abord anesthésiée au rez-de-chaussée, puis transportée, privée de ses sens, sur un palier d'escalier au premier étage et placée sur une table

© BIU Santé

de cuisine, où, pendant deux heures entières, elle fut livrée aux mains du chirurgien.

Dans la nuit même qui suivit l'opération, la malade mourut subitement. Une information judiciaire fut ouverte aussitôt sur cette mort suspecte. L'autopsie, qui eut lieu, révela deux imprudences de l'opérateur, d'une gravité exceptionnelle. Les médecins experts constatèrent notamment que leur confrère avait laissé, par mégarde dans la cavité abdominale, une pince hémostatique. Une hémorragie post-opératoire avait suivi et déterminé la mort de l'opérée. Traduit aussitôt devant le tribunal correctionnel, le Dr Lassaletté fut condamné à deux mois de prison et 500 francs d'amende. Mal inspiré, et ne voulant pas reconnaître sa faute, il interjeta appel du jugement ; mais à l'audience de la cour, l'avocat général Guyon, qui occupait le siège du ministère public, releva, de son côté, appel à minima par le motif qu'il n'y avait pas, dans la cause, de circonstances atténuantes. La cour les a refusées au prévenu et a élevé sa peine à trois mois de prison ; amende maintenue. Cette décision a produit une vive impression.

(*Journal*, 28 juillet 1897.)

Concours pour la place de Chef des Travaux anatomiques.

Le programme du concours pour les fonctions de chef des travaux anatomiques à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris a été arrêté ainsi qu'il suit :

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie. Trois heures sont accordées pour cette épreuve, qui a lieu sous la surveillance d'un membre du jury; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé ;

2° Une leçon de trois quarts d'heure sur un sujet d'anatomie, après trois heures de préparation, sous la surveillance d'un membre du jury, sans aucun secours étranger;

3° Epreuves pratiques : *a*) une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Cinq heures sont accordées pour cette préparation ; *b*) une préparation de pièces destinées à être conservées. Cette préparation a lieu dans un délai fixé par le jury et qui ne doit pas dépasser six semaines ;

4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

Le Lait à Paris.

M. le Dr Pierre Budin, accoucheur de la Maternité, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, a condensé, dans un rapport d'ensemble, les travaux de la Commission d'étude de l'alimentation par le lait, constituée le 7 décembre 1896 par le Conseil municipal ; les conclusions de cette Commission se résument ainsi :

Tout lait qui contient moins de trente grammes de beurre ne doit pas être considéré comme du lait au point de vue hygiénique ; il ne doit pas être vendu sous ce nom. Le lait s'altère facilement, car des germes y pullulent avec une grande rapidité ; il faut donc s'efforcer de le rendre stérile. L'ébullition et le chauffage pendant trois quarts d'heure au bain-marie, dans l'eau bouillante, suffisent pour le lait qui doit être consommé dans la journée ou dans les vingt-quatre heures. Le chauffage pendant un certain temps à 110 degrés ou le chauffage discontinu au-dessous de cette température détruisent les microbes et rendent le lait inoffensif. Si le lait doit être pris cru, il faut qu'il soit produit et recueilli dans des conditions particulières, sous peine d'être dangereux pour les consommateurs. Il ne suffit pas d'avoir du bon lait cru et du lait stérilisé, il faut encore en faire profiter la population indigente de Paris qui en est trop généralement privée. L'Assistance publique, grâce à ses adjudications et au contrôle qu'elle exerce, peut avoir du bon lait. Il faudrait que du lait pur, du lait stérilisé ou exceptionnellement des appareils stérilisateurs fussent distribués à titre gracieux aux mères nécessiteuses secourues, lorsqu'elles ne peuvent élever leur enfant au sein. Aux mères qui ne sont pas à la charge des bureaux de bienfaisance, mais qui n'ont que des ressources insuffisantes, on devrait accorder de *bons payants*, soit pour du lait frais, soit pour du lait stérilisé, soit pour des appareils stérilisateurs. Le lait étant, dans certaines conditions, un médicament indispensable, il serait bon que les médecins du bureau de bienfaisance eussent le droit de le prescrire au même titre que les autres médicaments. Enfin le lait, aliment si précieux, doit pouvoir être acheté aussi bon marché que possible. Il serait nécessaire de favoriser son arrivée à Paris ; pour cela il faut s'efforcer d'améliorer les conditions matérielles du transport et d'en diminuer les frais.

Exercice illégal de la Médecine.

Magnétiseurs et Médecins.

On écrit d'Angers que la cour d'Angers vient de confirmer le jugement du tribunal d'Angers, publié dans un de nos derniers numéros, qui a aquitté le magnétiseur Mouroux, poursuivi pour exercice illégal de la médecine, par ce motif que le magnétisme ne peut être considéré comme un traitement sous l'empire de la loi de 1892. Le mot « traitement », dit l'arrêt, ne devant s'entendre que de l'emploi des moyens curatifs que la science médicale enseigne, emploi réservé aux seules personnes présumées capables d'en apprécier l'opportunité. Plaidants : Mes Comby, du barreau de Paris, et Chesneau, du barreau d'Angers.

Hospices et Maisons de retraite.

M. d'Echerac, ancien secrétaire général de l'Assistance publique, dont nous avons déjà reproduit plusieurs articles publiés dans le *Temps*, a adressé au même journal l'article ci-dessous, qui ne peut manquer d'intéresser nos lecteurs.

Conditions d'admissions dans les Hospices.

Pour être admis dans un hospice de l'Assistance publique de Paris, il faut avoir soixante-dix ans ou faire la preuve qu'on souffre d'infirmités incurables. Dans ce cas, on peut y trouver place dès l'âge de vingt ans. La condition de domicile est fort mal définie. En tout état de cause, l'enquête doit affirmer l'état d'indigence et fournir la preuve que le postulant habite Paris depuis un an au moins. Cette enquête est double. Faite d'abord par un visiteur de l'administration, elle est confirmée ou infirmée par une deuxième enquête, à laquelle se livre, au domicile même de l'indigent, le membre de la commission d'admission, chargé de faire un rapport, sur lequel on statue immédiatement. Cette commission d'admission est composée de neuf membres pris dans le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, les maires des arrondissements de Paris et les administrateurs des bureaux de bienfaisance, auxquels s'adjoignent un inspecteur de l'Assistance publique et le chef de la division des hôpitaux. Elle se réunit une fois par mois. L'admission prononcée; le dossier est complet. On le classe jusqu'au jour, long à venir, où on pourra le faire sortir des cartons pour dresser le titre qui permettra enfin à l'indigent de toucher au port. Les octogénaires, les aveugles, les grabataires, les grands infirmes que le propriétaire menace d'expulsion jouissent de tours de faveur ; les simples misérables, réduits au minimum des conditions requises, c'est-à-dire ceux qui n'ont à leur actif d'autre titre que de mourir de faim et d'avoir dépassé soixante-dix ans, attendent parfois leur placement pendant plusieurs années. On compte ces derniers par milliers.

Les lits que contiennent les hospices sont de deux sortes. Les uns entretenus par l'administration sur ses propres fonds ; les autres sur le revenu de fondations dues à des bienfaiteurs.

Les nominations pour les premiers appartiennent au directeur de l'Assistance publique ; quelques-unes au Ministre de l'Intérieur, au Préfet de la Seine ou au Préfet de Police ; les autres sont réservées aux fondateurs ou à leurs héritiers. Le règlement auquel les hospices sont soumis est le même pour tous ; ainsi du régime alimentaire.

Indépendamment de ses hospices, l'Administration possède deux maisons de retraite, les Ménages et La Rochefoucauld, destinés à des vieillards qui, sans être dans un état complet d'indigence, manquent cependant de ressources suffisantes pour vivre.

Hospice des Ménages.

L'hospice des Ménages est de beaucoup le plus considérable Situé à Issy (Seine), 13, rue du Vivier, il contient 1,461 administrés qui occasionnent une dépense annuelle de 602,424 francs. Jadis, l'hospice des Ménages occupait les bâtiments situés sur l'emplacement de l'ancienne maladrerie de Saint-Germain-des-Prés, qui fut supprimée en 1544. Les pensionnaires y jouissaient chacun « d'une eschoppe de 9 ou 12 pieds carrés ». C'est à la disposition de ses bâtiments qu'il devait son nom de Petites-Maisons sous lequel il fut si longtemps connu. Ce n'est qu'en 1863 que les Ménages furent transférés à Issy. Cette maison est destinée à recevoir de vieux époux en ménage, des veufs et des veuves. Elle est divisée en chambres et en dortoirs. Un couple qui demande son admission doit réunir 130 ans d'âge! Les veuves et les veufs ne peuvent pas entrer avant 60 ans. Pour chaque époux en ménage, la pension est fixée à 300 francs. Les administrés qui couchent en dortoir ne payent que 250 francs. On peut se libérer d'un seul coup en versant à

© BIU Santé

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, GOITRE, FIBROMES, MÉTRORRHAGIES, HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

CAPSULES DE CORPS THYROÏDE VIGIER

A 0 gr. 10 centigr. par capsule. — *Dose ordinaire*: 2 à 6 capsules par jour.

Ces Capsules ne se prennent que sur l'ordonnance du médecin.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER
à 0 gr. 20 de substance ovarienne
Aménorrhée, dysménorrhée, chloro-anémie.
Dose: 2 à 6 capsules par jour.

CAPSULES ORCHITIQUES VIGIER
à 0 gr. 20 de substance testiculaire
Antineurasthénique, reconstituant.
Dose: 2 à 6 capsules par jour.

CAPSULES SURRÉNALES VIGIER
à 0 gr. 05 centigr.
Extrait glycériné de capsules surrénales, anticongestif, en badigeonnages: gorge yeux, utérus, etc.

PILULES RHÉO-FERRÉS VIGIER

SPÉCIALES CONTRE LA CONSTIPATION

Une pilule au Dîner.

PRIX DU FLACON DE 60 PILULES: **3** FRANCS.

GLYCÉRO-PHOSPHATE IODO-TANNIQUE VIGIER

Lymphatisme, Anémie, Épuisement, Surmenage, Neurasthénie. — Cette préparation **tonique, reconstituante,** n'irrite pas le tube digestif et réunit, grâce à une parfaite association, toutes les propriétés de l'**iode,** du **tannin** et des **glycéro-phosphates.** — Cet **élixir** se prend à la dose: **Enfants,** une cuillerée à café. **Adultes,** une cuillerée à soupe avant chaque repas.

PRIX DU FLACON: **4** FRANCS.

PARIS — Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle — PARIS

LITS, FAUTEUILS, VOITURES ET APPAREILS MÉCANIQUES

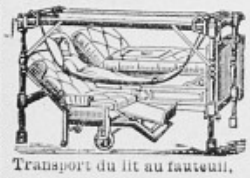
pour Malades et Blessés

DUPONT

FABRICANT BREVETÉ (S. G. D. G.)
Fournisseur des Hôpitaux
à PARIS, 10, Rue Hautefeuille
(PRÈS L'ÉCOLE DE MÉDECINE)
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.

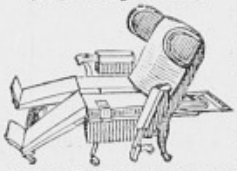

FAUTEUIL ROULANT pour Jardins.


PORTOIRS ARTICULÉS de tous Systèmes


Transport du lit au fauteuil.


FAUTEUIL avec grandes roues caoutchoutées mû par 2 manivelles.


VOLTAIRE ARTICULÉ avec tablette-appui pour malade oppressé


AUTOMOTEUR avec Garde-Robe *Bouchon se retirant sous le siége.*


Cannes et Béquilles avec sabots caoutchoutés.


CHAISE à roues et porte-pieds


BRANCARD ARTICULÉ avec élévation pour la tête et rideaux.


Table à panneau, s'obliquant.


VOITURE DE PROMENADE roues caoutchoutées

Sur demande, envoi franco du Catalogue illustré avec prix, contenant 330 figures. — TELEPHONE

VALS

Eaux Min^les Nat^les admises dans les Hôpitaux
Saint-Jean. Maux d'estomac, appétit, digestions.
Précieuse. Foie, calculs, bile, diabète, goutte.
Dominique. Asthme, chlorose, débilités.
Désirée. Calculs, coliques. ***Magdeleine.*** Reins, gravelle
Rigolette. Anémie. ***Impératrice.*** Maux d'estomac.
Très agréables à boire. Une Bouteille par jour.
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE des EAUX VALS (Ardèche).

ALIMENTATION des MALADES

POUDRE DE BIFTECK ADRIAN
POUDRE DE VIANDE ADRIAN
POUDRE DE LENTILLES ADRIAN
ALIMENT COMPLET ADRIAN

Toutes les fois que l'inanition devient menaçante l'emploi des POUDRES de VIANDE ADRIAN *est indiqué.*

ASTHME et CATARRHE.
Guéris par les CIGARETTES ou la *POUDRE* **ESPIC**
Oppressions, Toux, Rhumes, Névralgies.
Pres Pales, 2^fle Bte. Vente gros: 20, r. St-Lazare, Paris.
Exiger la Signature ci-contre sur chaque Cigarette.

© BIU Santé

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

PLANAT (X.). — Troubles moteurs précédant l'articulation de la parole chez un dégénéré. Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 0 fr. 50. Pour nos abonnés . . . . . 0 fr. 35

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

BOURGUET. — Troubles de la vision et modifications du fond de l'œil chez le mineur. Brochure in-8 de 28 pages.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Le rôle de la graisse dans les hernies. Brochure in-8 de 20 pages.

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

BALLET (G.). — Leçons de clinique médicale. (Psychoses et affections nerveuses). Volume in-8 de VI-451 pages, avec 52 figures dans le texte. — Prix . . . . . 9 fr.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES, 4, rue Antoine-Dubois.

LAVIELLE (Ch.). — La goutte et les bains de boues. Brochure in-8 de 16 pages.

LAVIELLE (Ch.). — De la sciatique et son traitement thermal. Brochure in-8 de 16 pages.

RODET (P.). — Traitement hydrologique du diabète sucré. Brochure in-8 de 68 pages.

Librairie RUEFF et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

DOLÉRIS (J.-A.) et PICHEVIN (R.). — La pratique gynécologique, deux volumes formant ensemble XII-857 pages. — Prix . 20 fr.

Librairie SCHLEICHER frères, 15, rue des Saints-Pères.

COMMENGE (O.). — Hygiène sociale. La prostitution clandestine à Paris. — Volume in-8 de XI-567 pages. — Prix . . . 12 fr.

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

BONCOUR (G.-P.). — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les pleurésies purulentes de l'enfance. Brochure in-8 de 80 pages.

ANNUAIRE de l'Académie royale des Sciences, des lettres et des Beaux-Arts de Belgique (63e année), 1897. Volume in-18 de 174 pages. — Bruxelles, 1897. Imprimerie Hayez.

BOTEY (R.). — Les injections trachéales de créosote et de gaiacol dans la tuberculose laryngo-pulmonaire. Brochure in-8 de 8 pages. — Extrait des *Annales des maladies de l'oreille.*

BOTEY (R.). — Traitement des vertiges, des bourdonnements, et de quelques affections du labyrinthe par la ponction de la fenêtre ronde suivie d'aspiration. Brochure in-8 de 12 pages. — Extrait des *Annales des maladies de l'oreille.*

CASSLANT (E.). — Le laboratoire de physiologie des sensations de la Sorbonne. Brochure in-8 de 32 pages avec 13 figures. Paris, 1897. *Le Génie moderne.*

DEAHNA (A.). — Medicinische abhandlungen. Festschrift des Stuttgarter ærztlichen Vereines zur fein seines 25 jæhrigen Bestehensam 6 marz 1897. Volume in-8 relié de 474 pages, avec une planche hors texte. — Stuttgart, 1897. — Librairie Schweizerbart'sche.

DIGENOT (P.). — De la nécessité de créer en France un ordre des médecins. Brochure in-8 de 23 pages. — Clermont (Oise), 1892. — Imprimerie Daix.

DIGNAT (P.). — A propos de la création de l'ordre des médecins. Brochure in-8 de 11 pages. — Clermont (Oise). — Imprimerie Daix.

FERRAN. — Thérapeutique de l'avenir. Les deux thérapeutiques classique et dosimétrique. Volume in-8 de 325 pages. — Paris, 1897. Institut dosimétrique.

GRASSET (J.) et VADEL (V.). — Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier. (Troisième série, premier fascicule, novembre 1895 à juillet 1896). Volume in-8 de 177 pages, avec 6 schémas. — Montpellier, 1896. — Imprimerie du *Nouveau Montpellier médical.*

ZABOROWSKI. — Les sauvages de l'Indo-Chine. Caractères et origines. Brochure in-8 de 15 pages. — Paris, 1896. *Bulletins de la Société d'anthropologie.*

ZABOROWSKI. — La circoncision, ses origines et sa répartition en Afrique et à Madagascar. Brochure in-8 de 23 pages. Paris, 1896. — Extrait du *Bulletin de la Société d'Anthropologie.*

KIRMISSON (E.). — Compte-rendu du service chirurgical et orthopédique des Enfants-Assistés du 1er décembre 1895 au 1er décembre 1896. Brochure in-8 de 39 pages extrait de la *Revue d'Orthopédie.*

KÖSTER (O.-H.). — Förhandlingar vid fœrsta mordiska kongressen fœr inværtes medicin. Brochure in-8 de 109 pages. — Stockholm, 1896. Librairie Norstedt and Sœner.

LŒWIT (M.). — Vorlesungen über Allgemeine Pathologie. Volume in-8 de 185 pages, avec 41 figures dans le texte. — Iena, 1897. — Verlag G. Fischer.

PICK (F.). — Zur Diagnostik der sympathicus læhmung. Brochure in-8 de 5 pages. — Prague, 1896. Chez l'auteur.

PICK (F.). — Ueber einige neuere therapeutische und diagnostiche methoden. Brochure in-8 de 11 pages. — Prague, 1896. Chez l'auteur.

PICK (F.). — Ueber die Widal'sche serum diagnose des typhus abdominalis unter Berücksichtigung der Trucken-methode. Brochure in-8 de 11 pages. — Prague, 1896. Chez l'auteur.

SANDRAS. — Les modifications de la voix humaine obtenues par les inhalations à l'accordeur du larynx. Brochure in-4 de 8 pages.

SANTIAGO DE LOS ALBITOS. — Trabajos oftalmologicos del asilo Santa-Lucia. Volume in-8 de 48 pages.

SCHWARZ. — Nouvelle observation sur la prophylaxie et la thérapeutique de la diphtérie. Brochure in-8 de 8 pages. Wien, 1895. — *Wiener klin. Wochenschrift.*

SECHEYRON (L.). — Note sur un cas de rupture complète de l'utérus. Brochure in-8 de 14 pages.

SNEGUIREFF. — Hémorrhagies utérines. (Etiologie. Diagnostic. Traitement). Edition française, éditée par H. VARNIER, sous la direction du Dr PINARD. Volume in-8 de 276 pages.

TOUSSAINT (E.). — Nouveau manuel du médecin dosimètre. — La thérapeutique simpliste. Volume in-18 cartonné de 238 pages. — Paris, 1897. — Institut dosimétrique.

UNNA. — Impetigo. Brochure in-8 de 8 pages, avec 1 planche hors texte. — Wien, 1896. Librairie Urban und Schwarzenborg.

UNNA. — Ueber Paraplaste, eine neue Form medikamentœser P. flaster. Brochure in-8 de 5 pages. — Extrait du *Wiener medizinischen Wochenschrift.*

UNNA. — Uber gelanthum. Brochure in-8 de 7 pages. — Extrait du *Deutsche medizinal Zeitung.*

UNNA. — Der Fettgehalt der lepra-und Turbarkelbacillen. Brochure in-8 de 17 pages. — Extrait du *Deutsche medizinal Zeitung.*

UNNA. — Uber die Lochkerne des Fettgewebes. Brochure in-8 de 8 pages. — Extrait du *Deutsche Medizinal zeitung.*

UNNA. — Uber das Haar als Rassenmarkmal und uber das Negerhaan inslesondere. Brochure in-8 de 15 pages. — Extrait du *Deustche medizinal Zeitung.*

UNNA. — Uber die nueren Protoplasmatheorican und das spongioplasma. Brochure in-8 de 22 pages. — Extrait du *Deutsche medizinal Zeitung.*

UNNA. — Die Einwanderungswege der staphylokokken in die menschliche Haut. Brochure in-8 de 16 pages. — Extrait du *Deutsch. medizinal Zeitung.*

UNNA. — Zur Immunitæt des Knæueldrüsenopparates gegen. Eiterkokken. Brochure in-8 de 4 pages. Extrait du *Deutsche medizinal Zeitung.*

UNNA. — Pustulosis staphylogenes, ein durch staphylokokkenmetaetase erzeugle aksuter Exanthem. Brochure in-8 de 11 pages. Extrait du *Deutsche medizinal Zeitung.*

UNNA. — Die verschiadenur knoleuformen der Lepra. — Brochure in-8 de 7 pages. — Extrait du *Deutsche medizinal Zeitung.*

UNNA. — Ueber das Wesen der normalen und pathologischen verhornung. Brochure in-8 de 21 pages, avec 2 planches hors texte. — Extrait du *Monatschrift für Praktische Dermatologie.*

UNNA. — Die Ballonireude Degeneration der Hautepithelien. Brochure in-8 de 6 pages. — Extrait du *Deutsche medizinal Zeitung.*

UNNA. — Elacin. Brochure in-8 de 7 pages. — Extrait du *Deutsche medizinal Zeitung.*

UNNA. — Neue Thatsachen über reduzirende Heilmittel. Brochure in-8 de 9 pages. — Extrait du *Deutsche medizinal Zeitung.*

© BIU Santé

l'administration, si on prend un lit dans une salle commune, un capital de 1.200 francs, et de 1.800 francs si on désire occuper une chambre. Tous les pensionnaires pourvoient à leur habillement et à leur blanchissage ; ceux des dortoirs sont nourris entièrement par l'administration et mangent en réfectoire ; ceux des chambres reçoivent leurs vivres avant préparation ; ils sont chauffés et on leur alloue 3 francs tous les dix jours. Cette organisation baroque paraît satisfaire tout le monde et je ne sache pas qu'on en ait jamais réclamé la modification. Le service médical est confié à un seul médecin.

Maison de La Rochefoucauld.

La maison de retraite de la Rochefoucauld fut fondée en mars 1781, grâce à l'intervention de la vicomtesse de la Rochefoucauld, qui, après avoir fourni de ses deniers personnels une somme de 36.352 livres, obtint de Louis XVI, pour être affectée à l'entretien du nouvel établissement, une rente de 10,000 livres sur les aides et gabelles ; la ville de Paris accorda également, sur ses instances, 1,800 livres de rente à perpétuité, et la bienfaitrice tira du clergé la somme de 100.000 livres. La Rochefoucauld fut à l'origine destiné à recueillir des officiers infirmes et pauvres, des ecclésiastiques et des magistrats tombés dans l'indigence. Cet établissement, appelé d'abord Maison royale de retraite, prit en 1792 le nom d'Hospice national et le conserva jusqu'en 1822 pour prendre définitivement le nom qu'il porte aujourd'hui.

La Rochefoucauld contient 246 lits, dont l'entretien coûte annuellement 169.133 francs. Pour y entrer, il faut être âgé de soixante ans révolus ou atteint d'infirmités incurables. La pension est de 250 francs pour les valides et de 312 francs pour les infirmes. Comme aux Ménages, l'annuité peut être remplacée par un capital une fois versé qui varie suivant l'âge et l'état de validité. De soixante à soixante-cinq ans, ce capital est de 2.000 francs. Il va décroissant jusqu'à quatre-vingts ans, où il n'est plus que de 875 francs.

Institution Sainte-Périne.

Nous n'avons pas compris l'institution Sainte-Périne au nombre des maisons de retraite de l'Assistance publique, quoiqu'elle soit gérée par elle dans les conditions communes aux autres établissements de cette nature ; mais son caractère tout à fait particulier, son régime spécial, la liberté dont on y jouit, en font plutôt une sorte de pension de famille, une grande hôtellerie qu'un véritable établissement hospitalier. Installée à la fin du siècle dernier dans l'ancien couvent de Sainte-Périne, rue de Chaillot, ce fut d'abord une entreprise privée, patronnée par la liste civile de l'Empire, sous prétexte de bienfaisance. Un décret du 10 novembre 1807 lui enleva ce caractère et en attribua la gestion à l'Administration des hospices de Paris. Atteinte par une opération de voirie, Sainte-Périne fut reconstruite en 1861 dans un magnifique parc situé à Auteuil, rue du Point-du-Jour. Le but de cette institution est de venir en aide à des personnes du monde, qui ont joui jadis d'une position aisée. Aussi l'administration s'efforce-t-elle, pour lui conserver son allure originelle, de n'y admettre que des gens de bonne compagnie. Le prix de la pension autrefois fixé à 900 francs a été porté à 1.300 francs. Sainte-Périne contient 253 chambres ; mais elles ne sont pas toutes occupées, malgré les incontestables avantages qu'offre cet établissement. La cause de l'étrange froideur dont le public fait preuve depuis quelques années vis-à-vis d'une institution si éminemment utile se trouve dans les conditions de l'ancien règlement, qui réclamait, avant d'en ouvrir les portes à un postulant, le versement d'un capital de garantie suffisant pour assurer le payement de la pension.

Quand l'argent rapportait 5 0/0 et que cette pension n'était que de 900 francs, on pouvait encore trouver moyen de satisfaire à pareille exigence ; mais depuis que la rente est à 3 0/0 et que l'annuité s'est élevée de 900 à 1.300 francs, le versement de cette garantie est devenu infiniment plus difficile. L'administration, lente à comprendre, plus encore à s'exécuter, a fini cependant par se rendre compte que, sous peine de voir se produire une désertion complète aboutissant à la fermeture de Sainte-Périne, il était indispensable d'en faciliter l'accès en adoucissant les conditions financières d'admission et aujourd'hui le versement d'une garantie n'est plus exigé ; on se borne à faire sur chaque postulant une enquête sérieuse au point de vue des ressources dont il dispose. Ce système, ainsi que la modification des conditions d'âge abaissé de soixante à cinquante ans, a produit déjà son effet, et l'on voit ce magnifique cottage, situé dans les conditions d'une habitation princière, se rappeler peu à peu à la grande joie des anciens pensionnaires, qui n'envisageaient pas sans un serrement de cœur l'éventualité d'une suppression. Il faut donc espérer que Sainte-Périne vivra et que les anciens fonctionnaires, les officiers retraités, les veuves et les personnes déchues d'une position aisée, parfois brillante, continueront à y trouver la vie facile, honorable, exempte de soucis que les fondateurs ont en vue de leur procurer.

Un calendrier médical.

M. le Dr Caumaert, d'Urcle-Bruxelles, est l'auteur d'un calendrier médical, qui a au moins le mérite de l'originalité. A titre de curiosité, nous en extrayons quelques passages. — Voici, par exemple, la liste des *Fêtes patronales scientifiques* pour quelques mois de l'année :

Mars. — 2. *Charles Scheele : pharmaciens-chimistes.* — 4. *Casimir Davaine : microbiologistes.* — 6. Phidias : sculpteurs. — 7. Bell et Edison : téléphonistes. — 13. Nicéphore Niepce et Daguerre : photographes. — 15. Zacharie Jansen : opticiens. — 17. Humbert Chamousset : mutuellistes. — 18. Alexandre Volta et Galvani : électriciens. — 22. Bienvenu Cellini : bijoutiers, orfèvres. — 25. *Pasteur : bactériologistes.* — 26. Emmanuel Kant : selliers. 31. *Benjamin Duchenne de Boulogne : électrothérapistes.*

Mai. — 1er. *Fête universelle du travail.* — Philippe Lebon : personnel du gaz. — 6. Jean Gutenberg : imprimeurs, typographes, relieurs, emballeurs. — 7. Charles Vaudrais et Michaux : vélocipédistes. — Jeanne d'Arc : femme de guerre, bergères, amazones. — 15. Jean Lafontaine : fabuliste. — *Jean Czermak : laryngologistes, rhinologistes, otologistes.* — 16. *Emile Behring : sérothérapistes.* — 26. *Philippe Pinel : méd. aliénistes.* — 30. *Ferdinand Helmoltz* : oculistes.

Juin. — 5. *Hipporate : médecins hygiénistes.* — Robert Fulton : armateurs. — 8. Evangelista Torricelli : météorologistes. — 10. Alois Sennefelder : lithographes. — 12. Gui d'Arezzo musiciens. — 24. J.-B. Molière : comédiens. — 25. *Guillaume Morton : chirurgiens-dentistes, dentistes.* — 26. *Jean Palfyn : accoucheurs.* 29. Pierre Ling : gymnastes.

Août. — 3. Jos et Et. Montgolfier : aréonautes. — 4. *Dominique Larrey : médecins et chirurgiens militaires.* — Justinien : hommes de loi, notaires. — 9. Vitruve : architectes. — 10. *Laurent Lavoisier : chimistes, droguistes.* — 19. *Louise Lachapelle : accoucheuse, sages-femmes.* — 20. Bernard Palissy : briquetiers, tuiliers, céramistes. — 25. Louis Vanhoute : horticulteurs. — 27. César Beccaria : criminalistes. — *César Lombroso : anthropologistes criminalistes.* — 28. Augustin Parmentier : agronomes. — 31. Archimède : mécaniciens.

Septembre. — 2. Antoine Carême : cuisiniers. — 6. Eugène Chevreuil : savonniers, parfumeurs. — 9. Homère : poètes. — 11. *Hyacinthe Laënnec : professeurs de médecine interne, élèves des doctorats.* — 18. *Joseph Lister : chirurgiens.* — Joseph Jacquard : tisserands. — 21. Mathieu du Dombasle : agriculteurs. — 22. Adam Smith : économistes. — 24. *Théophraste Renaudot : journalistes médicaux*, agents de publicité. — Abraham Verhoeven : journalistes. — 27. *Jaques Simpson : chloroformisateurs. — Sims : gynécologistes.* — 28. *Guillaume Harvey : physiologistes, embryologistes.*

Octobre. — 2. Michel-Ange : artistes. — 3. Gérard Mercator : géographes. — 4. François Voltaire : gens de lettres. — Christophe Colomb : marins. — 13. *Edouard Jenner : méd. vaccinateurs.* — 19. Pierre Redouté : aquarellistes. — 20. Jean Primus : brasseurs, cabaretiers. — 22. Samuel Morse : télégraphistes. — 24. Raphaël Sanzio : peintres. — 26. Joachim Winkelmann : cordonniers.

Novembre. — 5. Rarthole, jurisconsultes. — 11. *Martin Charcot : neurologistes.* — 13. Liévins Bauwens : tanneurs, corroyeurs. — *Claude Bourgelat : médecins vétérinaires.* — 26. *Charles Linné* : botanistes. — 29. *Jacques Braid : méd. hypnotiseurs. — André Vesales : anatomistes.*

Décembre. — 3. *Xavier Bichat : anatomo-pathologistes, histologistes.* — 6. Nicolas Copernic : astronomes. — 7. Ambroise *Paré : médecins-légistes.* — 9. Léonidas : soldats. — 12. *Paul Broca : anthropologistes.* — 14. Humphry Davy : ingénieurs de mines, houilleurs. — 18. *Gallien : pharmaciens, méd. allopathes.* — Etienne Dolet : éditeurs. — 29. Thomas Highs : filateurs, — 30. *David Livingstone : méd. missionnaires.* — 31. Sylvestre II : horlogers.

© BIU Santé

Enseignement médical libre.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du Faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2, aux jours ci-après désignés : Mardi, M. Verchère (*Gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Electrothérapie. — M. L.-R. Reynier fait tous les mardis, à 4 h. 1/2, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité, des conférences sur les applications courantes de l'électrothérapie et de l'électrodiagnostic.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr Benjamin CLÉMENCEAU (de Vendée).

« Notre rédacteur en chef, dit la *Justice* du 25 juillet, vient d'avoir la profonde douleur de perdre son père. Le Dr Benjamin Clemenceau s'est éteint, hier, à 87 ans, à Féole, en Vendée, dans la vieille et chère maison où il s'était, depuis longtemps, retiré. Au coup d'Etat de 1851, le Dr Clemenceau avait été arrêté et interné à Nantes. En 1858, sans aucun jugement, il fut déporté en Algérie. Il ne crut jamais que ce qu'il avait souffert pour ses idées lui fût un titre à un dédommagement quelconque, et il refusa, après 1879, l'allocation accordée aux victimes du 2 Décembre. Conformément à ses volontés dernières, il ne sera pas adressé d'invitation aux funérailles, ni de lettre de faire-part.

« Si quelque consolation peut adoucir leur douleur, que notre vénéré maître et tous ceux qui sont frappés avec lui veuillent bien la trouver dans notre profonde sympathie et dans celle de tous leurs amis. »

Nous nous joignons à nos amis de la *Justice* pour adresser à notre excellent ami, G. Clémenceau, l'expression de nos plus vifs sentiments de condoléance.

FORMULES

VII. — Contre les verrues.

M. le Dr Louvel-Dulongpré signale un remède qui lui a toujours réussi contre les verrues de l'homme ou des animaux et dont l'application est indolore et ne laisse aucune trace.

Il suffit de badigeonner légèrement une fois par jour les verrues, jusqu'à disparition, avec une solution concentrée à chaud de bichromate de potasse.

Pour faire la préparation, jeter, dans une quantité quelconque d'eau distillée bouillante, du bichromate de potasse, jusqu'à ce qu'elle refuse d'en dissoudre, laisser refroidir. Par le refroidissement, une certaine quantité du médicament se précipite, le liquide restant est la solution concentrée à chaud dont on fera usage à froid, bien entendu. Une seule application a suffi pour débarrasser complètement un cheval dont les naseaux étaient couverts de verrues. Mais, comme la peau est très fine sur cette partie de l'animal, les naseaux ont pelé entièrement, le poil fin qui les recouvre a, du reste, parfaitement repoussé sans laisser de cicatrice.

VIII. — La graduation des tétées.

L'usage croissant du lait stérilisé pour l'alimentation des nouveau-nés a nécessité des recherches sur la quantité rationnelle de lait qu'il convient de faire absorber progressivement.

Il importe en effet que l'enfant ne soit pas fatigué par une surcharge alimentaire ; par contre, il ne doit pas dépérir par défaut d'alimentation.

Snitkin propose de donner par tétée au nourrisson le centième de son propre poids de lait dès la naissance, en augmentant d'un gramme par jour.

Exemple : un enfant qui pèse 4,500 gr. à sa naissance recevra 45 gr. de lait pour la première tétée. Au bout de quinze jours, chaque tétée sera de 45 + 15 grammes.

Morgan Rotch conseille de donner toutes les deux heures :

La 1re semaine.	30	cent. cubes.
La 2e —	45	—
La 3e —	45	—
La 4e —	75	—
La 5e —	75	—

Toutes les deux heures et demie :

La 6e semaine	90	cent. cubes.
La 7e —	90	—
La 8e —	100	—
Le troisième mois.	120	—
Le quatrième mois.	135	—

Toutes les trois heures :

Le cinquième mois.	165	cent. cubes.
Le sixième mois.	175	—
Le septième mois	175	—
Du huitième au douzième mois.	175 à 200	—

Marfan prescrit de son côté par tétée :

Le 1er jour.	10 grammes.	
Le 2e jour de.	10 à 20	—
Le 3e jour de.	40 à 50	—
Le 4e jour de.	50 à 60	—
Du 5e au 30e jour de.	60 à 75	—
Le 2e mois de.	90 à 105	—

C'est surtout pendant les premiers jours qu'il importe de ne pas exagérer le volume de lait donné à l'enfant, en se conformant aux résultats fournis par la mesure de la capacité gastrique des nouveau-nés, celle-ci, d'après Morgan Rotch, étant :

Pour un enfant de 3 heures . .	25 à	30	cent. cubes.
— 4 semaines . . .		75	—
— 8 semaines . . .		96	—
— 12 semaines . . .		100	—
— 16 semaines . . .		107	—
— 20 semaines . . .		108	—

(*France médicale*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 11 juillet au samedi 17 juillet 1897, les naissances ont été au nombre de 1.161, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 431, illégitimes, 149. Total, 580. — *Sexe féminin* : légitimes, 416, illégitimes, 165. Total, 581.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 11 juillet au samedi 17 juillet 1897, les décès ont été au nombre de 860, savoir : 453 hommes et 407 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 1, T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 11, T. 17. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 1, F. 4, T. 5. — Diphtérie, Croup : M. 0, F. 2, T. 2. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 95, F. 54, T. 147. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 7, T. 14. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 12, T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 42, T. 62. — Méningite simple : M. 9, F. 13, T. 22. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 22, F. 12, T. 34. — Paralysie, M. 4, F. 4, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 1, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 19, F. 22, T. 41. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 5, T. 10. — Bronchite chronique : M. 3, F. 9, T. 12. — Broncho-pneumonie : M. 10, F. 8, T. 18. — Pneumonie : M. 12, F. 3, T. 15. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 15, F. 10, T. 25 — Gastro-entérite, biberon : M. 48, F. 60, T. 108. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 4, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 7, F. 8, T. 15. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 15, F. 8, T. 23. — Sénilité : M. 9, F. 22, T. 31. — Suicides : M. 18, F. 8, T. 26. — Autres morts violentes : M. 15, F. 4, T. 19. — Autres causes de mort : M. 74, F. 54, T. 128. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 3, T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 104, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 22. Total : 59. — *Sexe féminin* : légitimes, 31, illégitimes, 14. Total : 45.

Faculté de Médecine de Paris. — Nous apprenons que M. le Pr Raphael Blanchard, professeur agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de Médecine, vient d'être nommé professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de Médecine. — Nous adressons nos plus vives félicitations à notre ami et collaborateur.

Faculté de Médecine de Lyon. — Le concours pour la place de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. Léon Bérard, prosecteur.

Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Rennes. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1897-1898, dans les fonctions ci-après désignées : MM. Perrin de la Touche, professeur, chargé d'un cours de Médecine légale, Follet, suppléant, chargé d'un cours d'anatomie pathologique ; Le Moniet, suppléant, chargé d'un cours de médecine opératoire ; Bodin, suppléant, chargé d'un cours d'hygiène.

© BIU Santé

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Réserve.* — Nomination au grade de médecin principal de 2e classe : M. Michaud (Joseph-Albert-Désiré). — Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Saintin (Henri-Théodore-Rodolphe). — Au grade de médecin aide-major de 1re classe : M. Maturie (Marie Jean-Denis).

Armée territoriale. — Nomination au grade de médecin principal de 2e classe : M. Charvot (Eugène-Louis) ; M. Kopff (Pierre-Albert). — Au grade de médecin-major de 1re classe : M. Gigon (Pierre-Chéri-Fabien-Théophile) ; M. Durand (Eugène-Edmond).

CONGRÈS DES HABITATIONS A BON MARCHÉ A BRUXELLES. — Les premières discussions du Congrès des Habitations à bon marché à Bruxelles ont été fort intéressantes. L'assemblée très nombreuse, où l'on remarquait plusieurs prêtres, a examiné la question de l'intervention officielle dans l'œuvre des constructions ouvrières. Parmi les Français qui ont pris la parole, il faut citer M. Challemel, délégué du Ministre de la justice, qui a parlé au nom de M. Georges Picot, président de la Société française des Habitations à bon marché, et qui s'est prononcé nettement contre l'intervention, fatalement stérile, parce que le citoyen se repose en tout et pour tout sur l'Etat, tandis qu'on voit partout l'initiative privée produire des merveilles. Sans être nul, le rôle de l'Etat doit être circonscrit à ces quatre points spéciaux : 1° des lois égales pour tous ; 2° la création et le développement des habitations ouvrières favorisés par les caisses d'épargne ; 3° des enquêtes approfondies sur la condition des petits logements ; 4° *des mesures générales d'hygiène s'appliquant à toutes les maisons indistinctement.*

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE. — Le soixante-cinquième Congrès annuel de l'Association médicale britannique se tiendra cette année, pour la première fois depuis l'Association, hors du Royaume-Uni. Les questions d'administration et d'ordre intérieur seront traitées, à Londres, les 27 et 28 juillet ; mais les questions scientifiques seront réservées pour le congrès véritable qui se réunira à Montréal (Canada), les 31 août, 1er, 2 et 3 septembre 1897.

REMPLACEMENTS DE VACANCES. — La section de Médecine de l'Association générale des Etudiants, au moment où commence l'époque des vacances et des périodes de 28 jours, rappelle qu'un certain nombre de ses membres pourvus de 16 inscriptions se tiennent à la disposition de nos lecteurs pour faire des remplacements à Paris ou en Province.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé *Officier de la Légion d'honneur :* M. Ayme, médecin en chef des colonies. — Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'honneur* : MM. Mestayer, médecin principal des colonies. André, dit Duvigneau, médecin principal des colonies. Muret, infirmier chef de 1re classe des colonies.

L'ASSOCIATION FRANCO-ÉCOSSAISE A EDIMBOURG. — Les fêtes de l'Association franco-écossaise ont été favorisées par un temps splendide. C'était le ciel de France. Ce hasard bien rare du climat d'Edimbourg a donné aux fêtes une gaieté de plus. Les gens enthousiastes ne sont pas loin d'y voir une sorte de consécration naturelle de l'alliance du génie français et du génie écossais. M. le Pr Troost a indiqué par des noms et des faits positifs non seulement les rapports, mais même la collaboration scientifique que ce siècle a vus s'établir entre Francais et Ecossais, entre ces deux maîtres de génie, par exemple, Pasteur et Lister. Et là est l'alliance nouvelle, dans l'intellectualité et dans la science. Jeudi matin, une « lecture » a été faite, sous la présidence du comte de Franqueville, par M. Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur, qui a parlé de « Pasteur et son œuvre ».

ASSOCIATION DES AMBULANCIERS DE FRANCE. — A l'occasion de l'inauguration de ses travaux par l'ouverture des sections du canton de Puteaux, l'Association des ambulanciers de France a organisé récemment dans cette commune une fête charmante, sous la présidence d'honneur du Ministre de l'Intérieur, avec le concours de la municipalité et des sociétés de la région. Cette œuvre a pour but de créer par toute la France des postes de secours et d'enseigner au public les notions élémentaires de médecine et de chirurgie pratiques pour permettre de donner les premiers soins aux malades et blessés, en attendant l'arrivée du médecin. Elle a son siège social, 19, rue Cler, à Paris.

HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS. — *Concours pour l'Internat.* — Le mardi 14 décembre prochain, à deux heures et demie, pour trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire. — L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort, une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. (Questions ordinaires du concours d'externat des Hôpitaux de Paris). Deux heures sont accordées pour cette composition. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain. Les internes titulaires reçoivent, outre le logement, la nourriture, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 fr. (et des gratifications, quand il y a lieu). Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé, et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le 1er janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans ; les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs. Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription. Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au Secrétariat des hospices d'Orléans. Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Par arrêté ministériel en date du 30 juin 1897, M. le Dr Dubuisson (Paul-Emile), médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, est élevé à la classe exceptionnelle du cadre à partir du 1er juillet 1897. Il recevra, en conséquence, à dater de cette époque, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de 8.000 francs déterminé par le décret du 19 octobre 1894.

EMPOISONNEMENT PAR LES ESCARGOTS. — Douze personnes de Bouchemaine, près Angers, ont ressenti des symptômes d'empoisonnement après avoir mangé des escargots ramassés dans un clos de vignes sulfatées. Presque toutes sont hors de danger, sauf une, qui, n'ayant pu vomir, a été longtemps dans un état désespéré.

LA PESTE AU TRANSVAAL. — Le rapport des médecins de l'Institut Pasteur, MM. Bordes et Danys, vient d'être publié. La méthode de la sérothérapie a été appliquée à des cas de peste bovine avec beaucoup de succès ; elle consiste à inoculer à des animaux malades le sang d'animaux vaccinés. — Un *Congrès spécial* au Transvaal sera tenu prochainement et sera suivi d'un Congrès général sud-africain à Prétoria, auquel prendront part les délégués de l'Etat libre d'Orange, du Cap, de Natal, des colonies portugaise et allemande, afin de discuter la question de la peste bovine au point de vue international.

LA DYSENTERIE A BOURGES. — Une épidémie de dysenterie, qui, dans les premiers jours, a causé beaucoup d'inquiétudes, s'est déclarée au 37e régiment d'artillerie, à Bourges. Plus de soixante malades sont entrés à l'hôpital et, en deux jours, il y a eu cinq morts. L'autorité militaire a cru un instant qu'elle devrait envoyer la troupe au camp d'Avor ; mais, des mesures énergiques ayant été prises, l'épidémie paraît être complètement enrayée.

LE GALVANISME FÉLIN. — On sait que, par un temps sec, si l'on promène ses mains dans la fourrure d'un chat, on en fait jaillir des étincelles électriques. Les membres du National-Cat-Club de Londres n'ont pas hésité à tirer parti de cette particularité que présentent surtout des chats d'un certain âge, bien nourris et bien dorlotés par leurs maîtresses. Si la peau du chat est en réalité une source naturelle d'électricité, celle-ci pourra être transformée en accumulateur électrique, et partant, être mise à la disposition des névropathes et des neurasthéniques. C'est en vue de vulgariser et de propager ce mode de traitement qu'il vient de se fonder à Londres une société dont le premier soin sera de rechercher, d'acquérir et de soigner tous les chats qui présentent les meilleures conditions de tension électrique. Nous avons ainsi une nouvelle spécialité thérapeutique : *le galvanisme félin.*

RECHERCHE DES COLORANTS ARTIFICIELS DU VIN. — M. Belar indique un moyen simple permettant de rechercher dans les vins la présence de *matières colorantes dérivées du goudron de houille.* Le procédé est basé sur la solubilité de ces matières colorantes dans la nitrobenzine. Les colorants bleus et rouges d'origine végétale, de même que la matière colorante du vin, sont insolubles dans ce réactif. Le vin suspect est soumis à l'essai suivant : on place dans un tube 5 cc. de vin et 5 cc. de nitrobenzine, puis on agite doucement. Si le vin contient de la fuschine, la nitrobenzine se colore immédiatement en rouge. S'il ne se produit aucune coloration, on agite fortement et l'on chauffe un peu. Après repos, on observe la coloration de la nitrobenzine. Le bleu de méthylène colore la nitrobenzine en vert. La safranine, la rosaniline et la purpurine lui communiquent leur teinte propre. Avec l'éosine on obtient une coloration rouge sans fluorescence. Quant au carmin d'indigo, il est insoluble dans la nitrobenzine et ne saurait par conséquent être retrouvé par cette méthode.

LE CONTRÔLE DE LA PRATIQUE MÉDICALE PAR LES JOURNAUX. — Les abonnés du *Temps*, habitant Paris, assistent dans le local du journal à des conférences et expériences sur les rayons X. Grâce à la *lorgnette humaine*, qui permet de regarder directement à travers l'organisme humain, ainsi qu'à travers les corps opaques, samedi dernier, au cours d'une de ces conférences, une *expérience médicale* a été faite. Pendant l'exposé que M. A. Rémond, ingénieur, donnait à ses auditeurs, l'un d'eux, le bras en

© BIU Santé

écharpe, entouré de bandelettes de pansement, souffrant d'une fracture double, a pu, sans se dévêtir, se rendre compte par lui-même, à travers l'appareil, de la position exacte des fractures et de la remise en place que le chirurgien avait réalisée. C'est là évidemment un moyen de contrôle gratuit (extrêmement ingénieux) de la valeur de son chirurgien. Mais si l'on continue dans cette voie, qui voudra être médecin... sérieux !

LA PATENTE MÉDICALE. — Ces jours derniers MM. les Drs Isaac et Pédebidou ont présenté à la Chambres des députés, au cours de la discussion du projet de loi relatif aux contributions directes de l'exercice 1898, un amendement ainsi conçu : « Les médecins ne pourront être assujettis au payement de la patente que dans la commune où ils exerçent réellement leur profession et pour laquelle ils ont fait enregistrer leur diplôme, conformément à l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892. » Cet amendement a été renvoyé à la commission des patentes. — Excellente idée. Puisse-t-elle aboutir !

LES MÉDECINS AMANTS : L'AMOUREUX DE G. SAND. — Il y avait déjà quelque temps qu'on n'avait parlé de Lui : *il dottore Pagello*, l'un des deux « *amanti* de Venise ». Nos confrères italiens nous apprennent que l'on vient de fêter avec éclat, à Bellune, le quatre-vingt-dixième anniversaire de sa naissance. M. le Dr Pagello est doué, paraît-il, d'une santé robuste ; il a la conviction qu'il deviendra centenaire... Les habitants de Ravenne disaient jadis en montrant Dante du doigt : « Voilà l'homme qui revient des enfers ! » — Et les gens de Bellune, fiers du Dr Pagello, disent : « Voilà l'homme qui fut aimé de George Sand ! » Deux signalements également enviables ! (*Revue méd.*)

LA CHAMBRE ET LA SALPÊTRIÈRE. — Le lendemain de l'inauguration du monument Duchenne à la Salpêtrière, le *Journal* du 26 juin publiait l'entrefilet suivant : « Délicate attention. Hier, à la Salpêtrière, un des médecins a présenté à M. Barthou, sur un plat de faïence, une jolie collection de cervelles humaines toutes fraîches. Et, après un sursaut rapidement réprimé, le spirituel Ministre eut ce simple mot : « Tant de cervelles ! Je vois bien que je ne suis pas ici à la Chambre. »

NÉCROLOGIE. — M. le Dr CADE (d'Avignon), reçu en 1846. — M. le Dr HANTRAYE (de Saint-Hilaire-Harcouet, Manche), reçu en 1865. — M. le Dr LESUR (de Lanny, Ardennes), reçu en 1860. — M. le Dr RAVIER (de Morteau, Doubs), reçu en 1867. — M. le Dr LALAGUT (de Grand-Fresnoy, Oise). — M. le Dr PLONQUET, médecin à Ay, décédé à l'âge de 73 ans.

Anémie, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale : *Biosine Le Perdriel.*

Ovules Passemard-Vigier à la glycérine et à tous médicaments. *Crayons intra-utérins*, *Bougies uréthrales*, *Suppositoires*, *Balles rectales.*

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MEDICAL*

14, RUE DES CARMES.

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER. — Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Librairie A. MALOINE, 21, place de l'École-de-Médecine.

PARIS (A.). — Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Volume in-18 de 132 pages. Prix. . 3 fr.

PICHEVIN (R.). — De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale (Historique et technique de l'hystérectomie vaginale pour adénome, cancer, fibrome, lésions des annexes, prolapsus et inversion). In-8 de 204 pages, avec 28 figures. Prix . . . . . 6 fr.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES, 4, rue Antoine-Dubois.

MASSY (A.). — Formulaire clinique d'électrothérapie spéciale et appliquée. —Volume in-16 cartonné de 174 pages. Prix.. 3 fr.

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

MARAGE. — Note sur un nouveau cornet acoustique servant en même temps de masseur du tympan. — Brochure in-8 de 16 pages, avec 9 figures.

Librairie SCHLEICHER frères, 15, rue des Saints-Pères.

BINET (A.). — L'Année psychologique, avec la collaboration de MM. Beauvin (H.), Ribot (Th.), Bourdon, Courtier, Fanaud, Flournoy, Philippe, Vaschide et Warren. Secrétaire de la rédaction : M. Victor Henri. — Troisième année. Prix. . . . 15 fr.

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

AUDEBERT. — Parallèle entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie dans les bassins rétrécis de 8 c. 1/2 à 9 c. 1/2. — In-8 de 4 figures.

TERSON (A.). — Traitement chirurgical de l'ectropion sénile. — In-8 de 8 pages, avec 2 figures.

BASTIAN (H.-Ch.). — On a case of amnesia and other speech defects of eighteen years duration with autopsy. Brochure in-8 de 26 pages, avec une planche hors texte.— Londres, 1897. Librairie H. K. Lewis.

BASTIAN (H.-Ch.). — The hurterian lectures on some problems in connexion with aphasia and other speech defects. — Londres, 1897. H. K. Lewis.

BAUDIN (L.). — Le bain salin chaud au début et dans certaines formes de la phtisie pulmonaire. — Brochure in-8 de 16 pages. Paris, 1897. Imprimerie de la Cour d'appel.

CALOT. — Traitement de la bosse du mal de Pott. Brochure in-8 de 19 pages. — Paris, 1897. *Institut international de Bibliographie scientifique.*

BECHTEREW (W.).— L'automatisme considéré comme une des manifestations de la syphilis cérébrale. — In-8 de 4 pages. Chez l'auteur, à Saint-Pétersbourg.

BECHTEREW (W.).— Ueber das sog. Krampf centrum und über das centrum für die Locomotion im Niveau der Varolsbrücke. In-8 de 6 pages. Leipzig, 1897. Chez l'auteur à Saint-Pétersbourg.

BECHTEREW (W.). — Klinische Vorlesungen über Chorea gravis. — In-4 de 12 pages. Chez l'auteur, à Saint-Pétersbourg.

CHINA. — Imperial maritime customs.— II. Special series, nº 2. — Medical reports, for the half-yaar inded 31st march 1896, 51st Issin. In-4 de 102 pages, avec nombreux tableaux hors texte. — London, 1897. — King and Son.

CLARK BELL. — The case of surgeon young. — Was his death due to injurios sustained while in the hypnotic Trance, in a cataleptic state in the hands of Ignorant. Brochure in-8 de 17 pages. — New-York, 1897. — Extrait du *Medico-legal Journal.*

CORREA DE BITTANCOURT. — Ueber augenstörungen bei Béribéirikranken. Brochure in-8 de 23 pages.— Rio-de-Janeiro, 1896. Chez l'auteur.

DEWEG (R.). — Our association and our associates some relations sustained by the insane Hospital superintendent. Brochure in-8 de 21 pages. — Boston, 1896. *American Medico-Psychological Association.*

EDEBOHLS (G.-M.). — Shortening the Round ligaments ; indications, Technics and Results.— New-York, 1896. — Chez l'auteur.

HOWATSON. — (Epandage ou procédé d' —). A M. le maire et MM. les membres du Conseil municipal de Vichy. Brochure in-8 de 83 pages. — Paris, 1896. — Imprimerie Chaix.

KAES (Th.). — Beiträge zur Kumtreiss des Markfasergehaltes der Groshirnrinde bei Idioten mit vergleichenden Rindenmassungen. Brochure in-8 de 92 p. — Hamburg, 1897. — Chez l'auteur.

NEWMAN (R.). — Results of (chemical) Electrolysis versus Divulsion or Cutting in the Treatment of Urethral Strictures. Brochure in-12 de 12 pages. — New-York, 1897. — The publisher's printing company.

ORO MARIO. — Contributo clinico, istologico, batteriologico e sperimentale allo studio del Rinoscleroma. Brochure in-8 de 11 p. — Naples, 1896. — Chez l'auteur.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 32. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 7 AOUT 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Tabes juvénile et Tabes héréditaire,

par le Pr RAYMOND.

Messieurs,

Dans le courant de cette année, à une de mes consultations du mardi, j'ai eu l'occasion de vous présenter deux malades, le père et le fils, qui nous ont mis en face d'une coïncidence pathologique aussi curieuse que rare. En effet, le père est indubitablement atteint du tabes dorsalis. Quant au fils, qui est en traitement dans nos salles et que je vais vous présenter dans un instant, il réalise un ensemble de symptômes qui les uns se retrouvent dans cette même affection, tandis que les autres ressortissent à la maladie dont je vous ai entretenus vendredi dernier, à la maladie de Friedreich. Je vous rappelle que l'on confondait jadis cette affection avec le tabes dorsal, avec l'ataxie locomotrice de Duchenne.

Il s'agit là, je vous le répète, d'une coïncidence pathologique aussi curieuse que rare ; elle va me fournir l'occasion de vous exposer deux questions dont l'une est encore fort controversée et l'autre très insuffisamment connue :

La première a trait au rôle de l'hérédité dans l'étiologie du tabes dorsalis.

La seconde concerne l'histoire du tabes infantile et juvénile, du tabes vrai, survenant chez des enfants et des adolescents, éventualité extrêmement rare, je vous en fournirai la preuve.

Avant de vous mettre au courant de l'histoire de nos deux malades, je désire, en quelques mots, mettre au point la première de ces deux questions, celle qui a trait au rôle de l'hérédité dans le développement du tabes dorsalis. Je vous rappellerai donc qu'il y a plus de quarante ans, Friedreich a décrit l'affection à laquelle il a donné son nom et dont j'ai étudié l'histoire clinique, vendredi dernier. Cette affection, je vous l'ai déjà dit, se présentait sous les traits d'une *maladie* essentiellement *familiale*. Vous savez qu'on donne cette qualification à des maladies qui frappent plusieurs membres et plusieurs générations d'une même famille, et qui apparaissent dès lors comme le fruit de l'hérédité morbide. En raison de ce caractère familial, et aussi en considération de ce que l'incoordination motrice constituait son symptôme dominant, la maladie décrite par Friedreich fut d'abord considérée comme une *forme héréditaire du tabes dorsal*, comme une forme héréditaire de l'ataxie locomotrice progressive de Duchenne; de là le nom d' « ataxie héréditaire », qui lui fut donné pendant quelque temps.

Cette manière de voir était erronée; là-dessus tout le monde est aujourd'hui d'accord. J'ai contribué, pour ma part, à redresser cette erreur. Dès 1885, dans mon article : Tabes dorsalis, du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, j'ai consacré un chapitre spécial à l'affection décrite par Friedreich. J'ai insisté sur la nécessité de séparer du tabes dorsalis, cette prétendue forme héréditaire d'ataxie; j'ai conclu qu'il y avait lieu d'en faire une maladie à part, une entité clinique. J'avais même pris soin d'ajouter ces lignes, que je tiens à souligner aujourd'hui : c'est qu'il ne suffit pas qu'un malade soit devenu ataxique de par l'hérédité, pour qu'on soit autorisé à assimiler son cas aux faits décrits par Friedreich.

Je vous répète que la doctrine de l'autonomie de la maladie de Friedreich est accepte sans conteste depuis bien des années. Une fois que cette doctrine a eu pris corps, on a procédé à la revision des cas d'ataxie héréditaire. Il s'est fait voir que la grande majorité de ces cas se rattachaient à la maladie de Friedreich, qu'ils n'avaient rien de commun avec l'ataxie locomotrice progressive de Duchenne, avec le tabes dorsalis. Du même coup la transmission directe (hérédité similaire) du tabes nous est apparue comme une éventualité très rare; à peine trouve-t-on encore à en citer trois ou quatre exemples plus ou moins authentiques. Quelques auteurs vont jusqu'à nier ou mettre en doute ce mode de transmission du tabes. Pour ceux-là l'hérédité n'interviendrait jamais que par voie indirecte, dans le développement du tabes. Sans compter que l'importance de cette hérédité indirecte a été très diversement appréciée par différents auteurs; je vous édifierai à cet égard.

Quoi qu'il en soit, vous êtes maintenant à même de concevoir l'intérêt exceptionnel qui s'attache à l'étude de nos deux malades. Je vais vous mettre rapidement au courant de leur histoire, avant de discuter les opinions qu'on peut émettre relativement au genre de coïncidence pathologique, que nous constatons chez eux.

* * *

Parlons d'abord du père. Fils d'alcoolique, il s'est mis à boire d'une façon immodérée, dès l'âge de 17 ans; ses boissons favorites étaient le genièvre, l'eau-de-vie ordinaire, l'absinthe. En fait de maladies de l'enfance, il ne se rappelle avoir eu que la rougeole. A l'âge de 18 ans, il a contracté une blennorrhagie. Il prétend qu'il n'a jamais eu d'autres maladies vénériennes. Il affirme notamment, d'une façon catégorique, qu'il n'a jamais eu quoi que ce soit qui pût être imputé à la syphilis. Il ne se souvient pas d'avoir eu un chancre; il ne s'est jamais aperçu de la moindre écorchure sur le gland, ni de la moindre éruption suspecte. A 30 ans il a eu une poussée d'eczéma; depuis lors, il est resté sujet à ce genre de dermatose. Il nous a raconté aussi qu'à l'âge de 22 ans il a eu une paralysie des avant-bras, sur le compte de laquelle il n'a pu nous fournir de renseignements précis.

Cet homme s'est marié à 35 ans. Il a eu quatre enfants, deux filles et deux garçons. Les deux filles et l'un des garçons sont bien portants. L'autre garçon, âgé actuellement de 16 ans, est celui dont je vous ai déjà parlé et dont j'aurai à vous faire connaître l'histoire pathologique dans un instant.

Pour ce qui est des antécédents familiaux de cet homme, je vous ai dit que son père était un alcoolique. Sa mère est morte à l'âge de 79 ans, de vieillesse, semble-t-il. Elle a eu quatre frères et sœurs; un frère

© BIU Santé

est mort à l'âge de 5 ans, victime d'un traumatisme. Une de ses sœurs est mère d'une fille qui, à l'âge de 18 ans, a présenté des accidents paraplégiques. La paralysie s'est dissipée, en laissant à sa suite une déviation très accentuée du rachis.

Voilà à quoi se réduisent les renseignements que nous avons pu recueillir sur les circonstances familiales qui concernent nos deux malades. Je poursuis l'histoire de la maladie du père.

* * *

En 1883, cet homme a été atteint d'une paralysie subite de la sixième paire, à gauche. Cette paralysie, qui subsiste encore et qui se traduit par de la diplopie, s'est établie à la suite de trois petites *attaques* successives, constituées chaque fois par de la pâleur de la face, par une monoplégie du bras gauche, par des troubles de la parole. Chacune de ces attaques a duré environ un quart d'heure. Aucune d'elles ne s'est accompagnée de perte de la connaissance.

Rien de particulier n'est survenu pendant les années qui ont suivi. En 1890, le malade a eu une nouvelle attaque, sans perte de connaissance, suivie d'une hémiplégie complète du côté gauche. Il a dû garder le lit quinze jours. Au bout de ce temps sa face avait repris un aspect normal. C'est vous dire que la paralysie faciale s'était dissipée. Pendant six mois environ le malade a continué à traîner sa jambe gauche, qui est encore lourde; la paralysie du bras gauche a subsisté plus longtemps.

Dans la suite il est arrivé au malade, trois ou quatre fois, de tomber *sans connaissance* et de ne revenir à lui qu'au bout d'une demi-heure. Pendant ces attaques le malade avait la face congestionnée; sa respiration était stertoreuse. Lorsqu'il revenait à lui, il ne se souvenait plus de ce qui s'était passé. Il ne présentait aucun trouble de la motilité.

Depuis la fin de l'année 1894, la vue du malade s'est affaiblie, et un mâchonnement est survenu, sur lequel j'aurai à revenir.

Nous avons été à même d'examiner le malade à la Salpêtrière à une de mes consultations du mardi. Voici les principaux résultats de l'examen minutieux dont il a fait l'objet à cette époque :

* * *

Le malade ne pouvait plus marcher qu'en s'appuyant sur une canne et sur le bras d'un guide. Quand il avançait, il projetait alternativement chaque jambe en avant; le pied, en retombant, touchait le sol par le talon. Le malade était dans l'impossibilité de se tenir d'aplomb, les yeux fermés (signe de Romberg).

En examinant la face, on était frappé, à première vue, par l'existence d'un strabisme convergent bilatéral et d'une chute de la paupière supérieure gauche; en outre, le sourcil gauche était abaissé. La langue, légèrement trémulante, était déviée à droite. Le malade exécutait une sorte de mâchonnement continu, qui semblait le gêner beaucoup. Il attribuait ce mâchonnement à une sensation anormale qu'il éprouvait dans la bouche; il lui semblait qu'il avait sans cesse du sable dans le sillon bucco-gingival. A gauche, on constatait de l'anesthésie dans tout le domaine innervé par la cinquième paire; précédemment cette anesthésie était remplacée par de l'hyperesthésie, en raison de quoi le malade avait renoncé à se faire raser. L'anesthésie s'étendait à la moitié gauche de la langue et du voile du palais; elle respectait la sensibilité thermique. Par contre elle se doublait d'une anosmie complète. L'olfaction était normale. Sur la face interne de la joue gauche se voyait une plaque de psoriasis.

Indépendamment de l'hémianesthésie faciale gauche, on constatait une hémianesthésie incomplète, qui occupait le membre supérieur gauche, la moitié gauche et la partie inférieure de la moitié droite du thorax. Au niveau du membre supérieur gauche, on constatait, en outre, de la dysesthésie. Les deux membres inférieurs étaient le siège d'une anesthésie à la piqûre et aux impressions thermiques. Cette anesthésie allait en diminuant au fur et à mesure qu'on se rapprochait de la racine des membres.

Aux membres et au tronc, tous les mouvements étaient conservés, mais partout ils étaient empreints d'une incoordination manifeste. Nulle part on ne découvrait de traces d'atrophie musculaire. Aux membres supérieurs, la force musculaire était un peu diminuée; les réflexes tendineux étaient légèrement exagérés. Au contraire les réflexes rotuliens étaient complètement abolis.

Le sens musculaire était à peu près conservé. Le sens articulaire était diminué.

Le malade n'avait jamais eu de douleurs fulgurantes. Par moments il éprouvait une douleur fixe entre le gros orteil et le deuxième orteil du pied droit; cette douleur survenait principalement la nuit.

Depuis deux ou trois années déjà le malade avait de l'incontinence nocturne d'urine. Le sens génital était intact. La mémoire avait baissé, et par moments X... avait de l'agitation cérébrale.

Il présentait les signes d'une légère bronchite. En outre il avait les artères dures et sinueuses, et on notait quelques irrégularités du rythme cardiaque. On ne découvrait pas d'autres anomalies des fonctions viscérales.

L'examen des yeux a fait constater une paralysie bilatérale de la sixième paire, une inégalité du diamètre papillaire, du myosis à gauche, le signe d'Argyll-Robertson, et une atrophie double du nerf optique, plus marquée à gauche.

Actuellement cet homme est interné dans un asile de Blois; les derniers renseignements que nous avons pu nous procurer sur son compte portent que la maladie dont il est atteint, et qui n'est autre que le tabes, poursuit son évolution progressive.

* * *

Parlons maintenant du fils. C'est un garçon de 17 ans, qui exerçait la profession d'employé, avant d'entrer à la Salpêtrière. Vous connaissez l'histoire pathologique de son père. Sa mère est bien portante; elle n'a jamais fait de fausse-couche, et vous n'êtes pas sans saisir l'importance que ce renseignement offre en l'espèce. Il corrobore les raisons que nous avions déjà d'écarter l'hypothèse de l'intervention de la syphilis héréditaire dans l'étiologie du cas. Je vous avais dit que le malade a deux sœurs et un frère, plus âgés que lui, tous trois bien portants. Je vous rappelle également qu'une cousine germaine (du côté paternel) a été atteinte d'une paraplégie avec anesthésie, vers l'âge de 16 ans, et qu'elle en est guérie au bout de deux ans, mais non sans conserver une gibbosité. Il s'agissait donc vraisemblablement d'un mal de Pott.

Le malade, qu'on vient de placer devant vous, a vu le jour à la suite d'un accouchement normal. Il a com-

© BIU Santé

mencé à marcher et il a fait ses dents vers l'âge de 13 mois. Environ deux mois plus tard il a contracté successivement la rougeole et la variole; ces deux maladies ont été légères, et elles n'ont point laissé de traces à leur suite.

Le malade a toujours été d'une intelligence très bornée. Au point de vue psychique il est resté un enfant, ainsi qu'il sera facile de vous en convaincre.

La maladie qui l'a fait échouer dans cet hospice date du mois d'octobre 1895; le malade avait alors 15 ans. Un soir il s'est aperçu qu'il lui était impossible de courir parce que ses jambes étaient sans force. Il pouvait néanmoins aller et venir. Mais dans le magasin où il était employé, il lui fallait monter assez souvent sur une échelle, ce qui le fatiguait énormément, en raison de la maladresse de ses membres inférieurs. Plusieurs fois il lui est arrivé de manquer les échelons et de tomber. En outre, à plusieurs reprises, ses jambes se sont dérobées subitement sous lui, alors qu'il était debout, et il lui a fallu se retenir aux objets avoisinants pour ne pas choir. D'autres fois il laissait échapper ce qu'il tenait dans la main. Il se rendait parfaitement compte qu'il avait perdu la notion du contact des objets; il lui arrivait, par exemple, de fouiller une de ses poches et de se figurer qu'il en retirait un couteau, alors que sa main ne ramenait rien du tout. Il avait beaucoup de peine à s'habiller, parce que ses doigts trouvaient difficilement les boutons des vêtements, quand ils n'étaient pas guidés par la vue. Ainsi il ne pouvait plus mettre son faux-col, sans se regarder dans la glace.

A l'époque dont je vous parle, le malade ne ressentait pas de douleurs; par contre il éprouvait une sensation anormale dans les deux pieds, comme s'il avait eu des chaussures trop étroites. Cette sensation persistait même au lit, lorsqu'il avait les pieds nus.

De plus en plus le malade a perdu l'assurance de ses mouvements, quand il se déplaçait. Sa démarche est devenue titubante. Enfin il est devenu sujet à de l'embarras de la parole; certains mots étaient prononcés d'une façon tout à fait indistincte.

* * *

Le malade a été admis dans le service le 28 janvier 1896; voici, en termes aussi succincts que possibles, quel était son état, à cette date :

X... était de petite taille (1 m. 63), mais bien développé. L'inspection du crâne, de la face, des dents, des oreilles ne dénotait rien d'anormal. Les organes génitaux présentaient un développement moyen. A la région dorsale supérieure on constatait une scoliose à convexité droite, très peu accentuée.

Le malade ne marchait pas trop péniblement quand il n'était pas fatigué. On remarquait cependant un défaut d'assurance dans la manière dont il soulevait les jambes; en outre, il frappait le sol du talon. Enfin il titubait légèrement, ainsi qu'il était facile de s'en convaincre, lorsqu'on lui faisait suivre une ligne droite tracée à la craie, sur le parquet. *La ligne de marche*, suivie par le malade, *était très nettement festonnée*, et les festons allaient en s'accentuant, une fois que le malade se sentait fatigué. Toutefois, circonstance à noter, X... ne fixait pas les pieds en marchant.

L'occlusion des yeux avait pour conséquence d'accentuer tous ces désordres et d'autres encore, dont il me reste à vous parler. Ainsi quand le malade se tenait debout, les pieds rapprochés, il avait beaucoup de peine à se maintenir d'aplomb. Sitôt qu'il fermait les yeux, il se mettait à osciller, et il finissait par choir.

De même, l'incoordination des membres supérieurs augmentait sensiblement sous l'influence de l'occlusion des yeux, au point que le malade ne parvenait plus à atteindre avec le doigt le bout de son nez ou telle autre partie de son corps, qu'on lui assignait comme but. En même temps la main en mouvement décrivait des oscillations considérables.

En outre, le malade était dans l'impossibilité de saisir un objet placé à sa portée, sur le lit, sans doute en raison d'un trouble de la sensibilité profonde. En effet, il était incapable de distinguer au toucher et d'après le poids, une pièce de cinq francs en argent d'une pièce de cinquante centimes, ou encore un crayon d'un canif. Bref, il ne se rendait pas compte de la nature des objets qu'il tenait dans sa main, et il finissait par les laisser tomber, sans se rendre compte de la chose. Il n'avait pas non plus conscience des mouvements qu'on imprimait, avec une certaine lenteur, aux différentes phalanges des doigts, des orteils, aux différents segments des membres inférieurs, ou bien il n'en avait conscience que longtemps après, preuve que la sensibilité articulaire était compromise.

En explorant la sensibilité superficielle, aux membres et au tronc, on constatait du ralentissement dans la perception des impressions périphériques, ainsi que des erreurs d'interprétation; les impressions de chaud développaient des sensations de pression; la piqûre était ressentie comme une impression tactile, etc.

Les réflexes rotuliens, ceux des tendons d'Achille, du coude, du poignet, étaient absolument abolis. Par contre, les réflexes plantaires, crémastériens et abdominaux étaient bien conservés.

A l'inspection de la langue, on découvrait du tremblement fibrillaire très net; de temps en temps, l'organe était projeté d'avant en arrière, ou d'arrière en avant, par une secousse subite. Même dans le regard direct les yeux étaient agités par des secousses nystagmiformes. Les pupilles, moyennement dilatées, étaient d'un diamètre égal; elles réagissaient encore aux efforts d'accommodation, mais plus du tout aux impressions lumineuses. A l'époque dont je vous parle, la vision était normale.

On ne constatait ni troubles trophiques, ni troubles des fonctions viscérales.

Les fonctions intellectuelles, ainsi que je vous l'ai dit, étaient en assez piètre état, sans qu'on pût incriminer, d'une façon spéciale, ni la mémoire, ni le jugement. Le malade riait souvent, à propos de choses insignifiantes, ou sans motif, d'un rire niais.

* * *

Actuellement, l'état du malade est, à peu de chose près, celui que je viens de vous décrire, avec un symptôme en plus, sur l'importance duquel j'aurai à m'appesantir : *le malade est, depuis quelque temps déjà, complètement privé de la vue*. On vient de le déshabiller. Vous pouvez vous rendre compte, *de visu*, de ce que ses membres ont conservé un aspect normal. Vous voyez que la colonne vertébrale décrit une courbure à convexité dirigée en arrière et à droite (cyphoscoliose), au niveau des cinquième et sixième vertèbres dorsales; il nous semble que cette déformation est un peu plus accentuée que précédemment.

La langue du malade est trémulante, mais peut rester longtemps tirée hors de la bouche. Lorsque le cou est resté tendu pendant quelque temps, la tête est animée d'une sorte de tremblement à oscillations irrégulières. Ces oscillations sont à rapprocher de celles qui

© BIU Santé

animent les membres supérieurs, le gauche principalement, lorsque le malade maintient ces membres tendus. Voyez aussi comme les mouvements exécutés par le malade avec ces mêmes membres, sur commandement, sont interrompus par des saccades et n'atteignent le but qu'après des hésitations multiples.

Cette même incoordination motrice, nous la retrouvons aux membres inférieurs, ainsi que l'ataxie statique; en outre, des oscillations vibratoires agitent les membres au repos.

Quand le malade est debout, il ne peut se maintenir en équilibre, les pieds joints; lorsqu'il maintient les pieds écartés, il peut se maintenir d'aplomb pendant quelque temps, mais non sans exécuter avec le tronc et les membres des oscillations qui dénotent que son centre de gravité est en déplacement continu. Le malade peut à peine faire quelques pas sans être soutenu. Quand il est assisté par un aide, sa ligne de marche décrit des sinuosités très accusées, ce qui est le propre de la démarche dite *ataxo-cérébelleuse*. On relève aussi une diminution notable et de l'inégalité dans la longueur des pas. Avec cela la force musculaire est conservée; les sphincters fonctionnent convenablement. Partout les réflexes tendineux sont abolis.

Les troubles de la sensibilité se réduisent à de l'anesthésie articulaire aux quatre membres, et à quelques désordres paresthésiques aux mains et aux doigts : retard, perversion, absence des sensations. Du reste, ces désordres varient d'une minute à l'autre, de sorte qu'il est impossible d'en donner une représentation schématique.

En raison de l'anesthésie articulaire, le malade est dans l'impossibilité de se servir de ses mains pour s'habiller ou pour d'autres usages. Il lui est impossible aussi de reconnaître au toucher les objets qu'on lui met dans la main; il lui arrive, par exemple, de confondre un crayon avec une montre. Souvent aussi il lui arrive de se cogner la tête avec l'une des mains, dans l'inconscience où il est de la position de ses membres supérieurs.

Les sens autres que celui de la vue fonctionnent normalement.

A l'examen des yeux on constate toujours des mouvements nystagmiformes, quand le malade promène le regard dans le plan horizontal et surtout quand il le porte à droite. Les pupilles, d'un diamètre égal, sont moyennement dilatées. L'examen ophtalmoscopique a révélé cet état des papilles, qui est considéré comme appartenant en propre au tabes (papilles tabétiques).

* * *

Récapitulons maintenant, à traits rapides, l'histoire de nos deux malades :

Chez le père nous voyons s'établir à demeure une *paralysie de la sixième paire*, à la suite de trois légères attaques au cours desquelles le malade a présenté de la pâleur de la face, une monoplégie brachiale gauche, très fugace, et un peu d'embarras de la parole. Les choses restent ainsi *in situ*, pendant près de sept ans. Puis survient une nouvelle attaque, accompagnée, cette fois, d'une perte totale de la connaissance, et suivie d'une hémiplégie de tout le côté gauche, qui a mis plusieurs mois à se dissiper. D'autres pertes de connaissance suivent à des intervalles plus ou moins éloignés. Quatre années se passent ainsi, puis le malade s'aperçoit d'un *affaiblissement de la vue* ; en même temps il est pris d'un mâchonnement particulier, sollicité par une sensation anormale qu'il localise dans le sillon gingivo-buccal. C'est l'entrée en scène des troubles sensitifs. Vers la même époque, l'*ataxie* a dû faire son apparition d'une façon insidieuse, car lorsque le malade s'est présenté à la Salpêtrière, au début de l'année dernière (1896), sa démarche réalisait d'une façon très nette les caractères qu'on lui trouve dans les cas de tabes dorsalis, et tous les mouvements, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, trahissaient l'incoordination motrice. Le malade présentait d'autres manifestations du tabes, c'est-à-dire: le *signe de Romberg*, une *hémianesthésie incomplète* du membre supérieur gauche, de la moitié correspondante du tronc, d'une partie de la moitié droite du thorax et des deux membres inférieurs; une *douleur fixe entre le gros orteil et le deuxième doigt de pied* à droite, une *diminution du sens articulaire* aux quatre membres, de l'*incontinence nocturne d'urines*. Enfin l'examen des yeux a fait constater, indépendamment de la paralysie de la sixième paire gauche, qui a ouvert la marche des accidents, un *strabisme convergent* bilatéral, du *ptosis* à gauche, du *myosis*, et une *atrophie des deux papilles*, plus marquée à gauche.

Messieurs, après cette simple énumération, une réflexion a déjà dû surgir dans l'esprit de ceux d'entre vous qui sont tant soit peu familiarisés avec la connaissance des maladies du système nerveux, c'est que ce premier malade est évidemment affecté du tabes dorsalis. Effectivement, à ne considérer les choses qu'au point où elles en sont actuellement, ce diagnostic me paraît s'imposer. M. Sauvineau, qui a pratiqué l'examen des yeux du malade, a cru devoir porter le diagnostic de tabes, d'après la seule constatation des manifestations oculaires. Aussi bien, ces manifestations constituent un ensemble tout-à-fait caractéristique, qu'on ne rencontre que dans la maladie de Duchenne. Les troubles de la sensibilité superficielle et profonde, l'abolition du phénomène du genou, l'incontinence d'urine, l'ataxie aux quatre membres, les caractères de la démarche, le signe de Romberg, bref tous les éléments du tableau symptomatique relevé chez le malade concourent à corroborer ce diagnostic. Une seule circonstance pourrait faire naître un point de doute dans l'esprit de ceux qui ne connaissent le tabes dorsalis que par la lecture des traités classiques. Cette circonstance est relative à l'évolution du cas. Rappelez-vous que la maladie de cet homme a débuté par de petites attaques de monoplégie transitoire, et que ces attaques ont laissé comme trace durable, cette paralysie de la sixième paire, qui subsiste encore. Rappelez vous qu'un intervalle de onze années s'est écoulé entre l'apparition de cette première manifestation tabétique (paralysie de la sixième paire) et l'apparition de la seconde manifestation de même ordre, sous la forme d'un affaiblissement de la vue; rappelez-vous que pendant ce long intervalle de temps, le malade a eu plusieurs attaques de perte de connaissance, dont l'une a laissé à sa suite une hémiplégie complète, assez durable. Est-ce que pareille évolution s'observe dans des cas de tabes ? Oui, Messieurs, cela se voit, à titre d'éventualité exceptionnelle ajouterai-je, mais enfin cela se voit. Mon collègue et ami le Pr A. Fournier a été, je crois, le premier à attirer l'attention des médecins sur les faits de ce genre. Il leur a consacré un très intéressant chapitre, dans ses leçons sur l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (1), à propos des phénomènes cérébraux qui

(1) Fournier.—*De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, Paris, 1882.

© BIU Santé

SELS EFFERVESCENTS LE PERDRIEL

SELS DE LITHINE Effervescents LE PERDRIEL
Contre la **Goutte**, la **Gravelle** et les **Rhumatismes**
Assimilation Sûre.

ANTIPYRINE Effervescente LE PERDRIEL
Contre **Douleurs, Migraines, Mal de Mer,** etc.
Ne produisant ni Crampes ni Nausées.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

Produit nouveau granulé au Glycérophosphate et à la Kola

NEURO-KOLA

CHAPOTOT

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX

Neurasthénie — Atonie musculaire — Anémies — Convalescence des maladies infectieuses — Influenza
Rougeole — Fièvre typhoïde — Diphtérie — Rhumatisme

DOSE POUR ADULTES : 3 à 4 cuillerées à café de granulés avant les repas.

Pharmacie CHAPOTOT, 56, boulev. Ornano, PARIS

VOYAGE CIRCULAIRE EN BRETAGNE

BILLETS D'EXCURSIONS DÉLIVRÉS TOUTE L'ANNÉE

(1re CLASSE : 65 fr. — 2e CLASSE : 50 fr.)

Les Compagnies de l'Ouest et d'Orléans délivrent, toute l'année, aux prix très réduits de 65 fr. en 1re classe et 50 fr. en 2e classe, des billets circulaires valables 30 jours, comprenant le tour de la presqu'île bretonne savoir : *Rennes, Saint-Malo, Dinard, Saint-Brieuc, Lannion, Morlaix, Roscoff, Brest, Quimper, Douarnenez, Pont-l'Abbé, Concarneau, Lorient, Auray, Quiberon, Vannes, Savenay, Le Croisic, Guérande, Saint-Nazaire, Pont-Château, Redon et Rennes.*

Ces billets peuvent être prolongés trois fois d'une période de 10 jours moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 0/0 du prix primitif.

Le voyageur partant d'un point quelconque des réseaux de l'Ouest et d'Orléans pour aller rejoindre cet itinéraire, peut obtenir, sur demande faite à la gare de départ, 4 jours au moins à l'avance, en même temps que son billet d'excursion, un billet de parcours complémentaire comportant une réduction de 40 0/0, sans condition d'un parcours minimum de 150 kilomètres ou payant comme pour 150 kilomètres.

La même réduction lui est accordée après l'accomplissement du voyage circulaire, soit pour revenir à son point de départ initial, soit pour se rendre sur tel autre point des deux réseaux qu'il a choisi.

AFFECTIONS CARDIAQUES

CONVALLARIA MAIALIS
LANGLEBERT

SIROP : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
PILULES : 6 par jour.
GRANULES de CONVALLAMARINE : 4 par jour.

NEURASTHÉNIE

GLYCÉROPHOSPHATES de BRUEL

ÉLIXIR : 2 à 4 cuillerées à soupe pour les adultes, 2 à 4 cuillerées à café pour les enfants.
SIROP : Mêmes doses que l'Élixir.
GRANULÉ : 1 à 4 cuillerées à café pour les adultes, 1/2 à 2 — — enfants.
SOLUTION INJECTABLE (de Glycérophosphate de Soude) : 1 à 2 seringues par jour pour les adultes, une demi-seringue pour les enfants.

ANTIPYRINE

du Dr KNORR, fabriquée à CREIL (Oise).
Spécifique certain des MIGRAINES et NÉVRALGIES
Pour garantie, exiger dans toutes les pharmacies, les Véritables Cachets d'Antipyrine du Dr Knorr, préparés par LECERF, pharmacien.
Vente gros : GARNIER Fils et LECERF, 56, R. des Francs-Bourgeois, Paris.
Cachets de 1 gramme, 0f30c; 0gr. 50, 0f 20c.
Exiger sur chaque Cachet la Marque et la Signature ci-contre : Knorr

CHATEL-GUYON

SOURCE GUBLER
CONSTIPATION, DYSPEPSIE, OBÉSITÉ, ENGORGEMENTS du FOIE, AFFECTIONS des REINS et de la VESSIE, GASTRO-ENTÉRITE FIÈVRES et ANÉMIES des Pays chauds.

ROYAT

St-MART. — Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR. Anémie, Chlorose, Voies respiratoires. (FERRO-ARSENICALE)
CÉSAR. — Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.



PHOTOGRAPHIE à travers les corps.

La Mon RADIGUET, 15, Bd Filles-du-Calvaire (Cirque d'Hiver), PARIS, Pas de Succursale, exécute les radiographies nécessaires à la conduite et à la vérification des opérations chirurgicales.
Matériel spécial pour MM. les Docteurs.

RÖNTGEN

© BIU Santé

Très agréable au goût, la **NUTRITINE** doit ses qualités spéciales à la présence de la diastase engendrée par la germination, grâce à laquelle tous les principes alibiles (*organiques et minéraux*) des céréales sont préalablement **solubilisés** (**physiologiquement** digérés par la nature) et prêts pour l'**assimilation intégrale**.

Non seulement elle se digère très bien, mais encore elle fait digérer.

Les **Phosphates organisés** qu'elle contient favorisent la **Dentition** et le développement **des Os**, en même temps que, chez l'adulte, ils ont pour effet de remédier à la **Déphosphatisation**.

Alimentation Rationnelle des Enfants, des Vieillards et des Personnes délicates par la

NUTRITINE DEJARDIN

(Diastase végétale et Phosphates minéraux organisés)

DIRECTEMENT ASSIMILABLE

aux Malts d'orge, d'Avoine et de Froment associés dans des proportions indiquées à tous les âges de la vie, telles que cette

Véritable Farine de Santé,

Ces remarquables propriétés font de la **Nutritine** le complément indispensable du traitement par l'**EXTRAIT de MALT FRANÇAIS.** et plus légère que **LE LAIT.** est infiniment plus nourrissante dans les affections si multiples des organes de la **DIGESTION.**

PRIX { La Boîte : 3 fr. 50 / 1/2 Boîte : 2 fr.

109 Boulevard Haussmann PARIS.

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DEJARDIN

Bière de Santé Diastasée Phosphatée.

Spécifique de **l'ANEMIE, des TROUBLES DIGESTIFS** et des **AFFECTIONS** de l'**ESTOMAC.**

L'énergie des ferments, la puissante action de la **Quassine** et autres **toniques** en font le plus remarquable agent d'assimilation intégrale qui existe.

E. DEJARDIN, Phien-Chien de 1re cl., 109, Bd Haussmann, Paris.

PILULES DE SURINAM

(Quassine, Maltine et Lupuline pure)

DIGESTIVES, TONIQUES, NÉVROSTHÉNIQUES ET LAXATIVES

Spécifique des **DYSPEPSIES** et de la **CONSTIPATION** (même la plus opiniâtre).

E. DÉJARDIN, Phien-Chien. 109, Boul Haussmann, Paris.

LITS, FAUTEUILS, VOITURES ET APPAREILS MÉCANIQUES

pour Malades et Blessés

DUPONT

FABRICANT BREVETÉ (S. G. D. G.)

Fournisseur des Hôpitaux

à PARIS, 10, Rue Hautefeuille

(PRÈS L'ÉCOLE DE MÉDECINE)

Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.



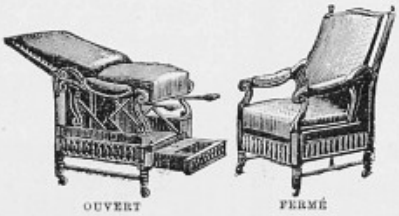
Table à **spéculum** et à opérations, à transf^ons diverses, système du professeur BOUILLY, de Paris.



Table Aseptique.
Plan incliné facultatif, sy tème du Dr H. DELAGENIÈRE, d Mans.



Table métallique, Patins à coulisses, Coussins mobiles, hauteur réglable.



OUVERT FERMÉ

FAUTEUIL à SPÉCULUM

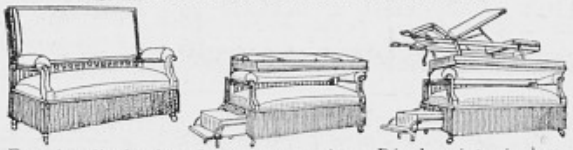


TABLE à SPÉCULUM et opérations. Système du Prof. Pozzi. Cuvette émaillée pour lavages.

CANAPÉ à SPÉCULUM et à OPÉRATIONS



Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.



Fermé et dissimulé. Ouvert pr ausculter. Développé pr spéculum.

Sur demande, envoi **franco** du Grand Catalogue Illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TÉLÉPHONE

ASTHME et CATARRHE

Guéris par les CIGARETTES ou la POUDRE **ESPIC**

Oppressions, Toux, Rhumes, Névralgies. Tres Pilules, 2 fla Ble. Vente gros : 20, r. St-Lazare, Paris.

Exiger la Signature ci-contre sur chaque Cigarette.

VALS

Eaux Min^les Nat^les admises dans les Hôpitaux

Saint-Jean. Maux d'estomac, appetit, digestions.
Précieuse. Foie, calculs, bile, diabète, goutte.
Dominique. Asthme, chlorose, debilités.
Désirée. Calculs, coliques. ***Magdeleine.*** Reins, gravelle
Rigolette. Anémie. ***Impératrice.*** Maux d'estomac.

Très agréables à boire. Une Bouteille par jour.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE des EAUX VALS (Ardèche)

BAIN DE PENNÈS

Hygiénique, Reconstituant, Stimulant

Remplace ***Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,*** surtout les ***Bains de mer.***

Exiger Timbre de l'Etat. — PHARMACIES, BAINS

OBÉSITÉ – GOITRE MARQUE DE FABRIQUE **MYXŒDEME**

THYROÏDINE FLOURENS

PASTILLES { ADULTES, 2 à 5 pr jour. / ENFANTS, 1 à 2 pr jour. } suivant tolérance. | **PILULES** { ADULTES, 8 à 20 pr jour. / ENFANTS, 1 à 8 pr jour. } suivant tolérance.

Expérimentées dans les hopitaux, ces préparations rigoureusement dosées ont donné les résultats les plus satisfaisants Chaque pastille contient exactement 20 centigrammes de corps thyroïde frais et sain provenant du mouton et les pilules 5 centigrammes.

Leur mode d'administration est facile, leurs effets sont très rapides et l'amélioration qu'elles déterminent est de longue durée.

PHARMACIE FLOURENS, à BORDEAUX ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

PARIS, Société Française de Produits Pharmaceutiques, *9 et 11, Rue de la Perle.*

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUVARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Infér^re, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1877.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharm. GERBAY, à Roanne (Loire).

© BIU Santé

préludent quelquefois au tabes. Fournier a placé dans un groupe à part, les cas où la maladie a été inaugurée en quelque sorte par des *ictus congestifs*, apoplectiformes, et dans un autre groupe, les cas où un malade ne guérit d'une ou de plusieurs attaques d'hémiplégie que pour tomber dans le tabes. Vous voyez que le cas de notre malade ressortit à la fois à ces deux groupes. D'ailleurs Fournier avait reconnu que chez un même sujet le tabes peut être précédé par des phénomènes cérébraux de différents ordres. Je vous parle là de notions qui sont devenues classiques, depuis que Fournier a eu le mérite de les mettre au jour.

* * *

Il n'y a donc pas d'hésitation possible, c'est bien d'un cas de tabes dorsalis qu'il s'agit, chez le père.

En est-il de même chez le fils? Il me sera facile de vous convaincre que cette question est beaucoup plus délicate à trancher que celle qui est relative au diagnostic de la maladie du père. L'évolution du cas, d'une part, et, de l'autre, certains des éléments du syndrome clinique laissent planer l'incertitude sur la nature de la maladie de ce jeune homme. J'espère vous amener sans difficulté à partager mes doutes.

Rappelez-vous que notre second malade avait quinze ans, lorsque son attention a été attirée sur certains troubles de la locomotion, dont le début paraît avoir été soudain. Un soir, cet adolescent s'est trouvé dans l'impossibilité de courir. Puis il est devenu sujet à une grande fatigue musculaire et à une grande maladresse des mouvements.

Obligé, de par ses occupations, à monter souvent sur une échelle, il a fait des chutes répétées. A la même époque il a présenté des troubles du toucher, car il lui arrivait à tout bout de champ de laisser échapper les objets qu'il tenait à la main, parce qu'il n'avait pas conscience de les tenir. Aux pieds il éprouvait une sensation anormale persistante; nuit et jour il lui semblait qu'il était chaussé de souliers trop étroits. Sa démarche a pris le caractère titubant. Enfin le malade est devenu sujet à un léger embarras de la parole, dont le mot de bafouillement, emprunté à notre langue vulgaire, exprime bien la nature.

Eh bien! voilà une évolution qui serait tout à fait insolite, si elle devait s'appliquer à un cas de tabes. Voilà un ensemble symptomatique qui se rapporte bien plus à la maladie de Friedreich qu'à la maladie de Duchenne; ceux qui ont assisté à ma leçon de vendredi dernier ont déjà dû se faire cette réflexion.

Je dis que l'évolution serait insolite s'il s'agissait d'un cas de tabes dorsalis. En effet, le début a été marqué par un désordre de la locomotion qui, suivant toutes les apparences, tenait de l'incoordination motrice, de l'ataxie. Or quoi de plus rare que de voir le tabes dorsalis débuter par l'ataxie? Quoi de plus rare que de voir la période préataxique faire complètement défaut? Quoi de plus rare que de voir l'incoordination motrice évoluer sans qu'apparaisse une de ces manifestations constitutives de la période préataxique, douleurs fulgurantes, paralysie de quelque muscle de l'œil, signe d'Argyll-Robertson, trouble de l'urination, etc.?

J'ai dit aussi que, dès le début, l'ensemble symptomatique se rapportait bien plus à la maladie de Friedreich qu'au tabes dorsalis. Effectivement, l'embarras de la parole présenté par le malade, le caractère titubant de sa démarche sont étrangers au tabes et font partie intégrante du tableau de la maladie de Friedreich; les désordres ataxiques et les troubles de la préhension, qui se sont montrés à la période de début, s'observent dans les deux maladies.

Pendant les premiers temps que le malade a été en observation dans nos salles, notre incertitude n'a fait que s'accroître. En effet, une étude attentive de la démarche du malade nous a montré qu'il s'agissait bien de la *démarche ataxo-cérébelleuse*, telle qu'on l'observe dans les cas de maladie de Friedreich. L'inspection du torse nu nous a révélé l'existence d'une scoliose du segment dorsal à convexité latérale droite. L'examen des yeux nous a fait constater des mouvements nystagmiformes, manifestation étrangère à la symptomatologie du tabes dorsalis, et qui est fréquente, habituelle, dans la maladie de Friedreich.

A côté de cela nous observons des phénomènes qui, dans les descriptions classiques de cette maladie, sont représentés comme n'ayant rien à voir avec elle: je veux parler de l'abolition du réflexe lumineux, du ralentissement de la transmission des impressions sensitives, et des erreurs d'interprétation qu'on relève à l'examen de la sensibilité superficielle, dans certaines régions. L'abolition du réflexe rotulien, l'incoordination motrice sont des manifestations communes aux deux affections, tabes dorsalis et maladie de Friedreich; il est vrai qu'on admet communément que, dans cette dernière, l'occlusion des yeux est sans influence sur le degré de l'incoordination motrice, et c'est l'inverse que nous observons chez notre jeune malade.

Enfin l'amblyopie, qui est survenue chez le malade, depuis son entrée à la Salpêtrière, et qui a dégénéré en amaurose complète, ne figure pas non plus au nombre des manifestations de la maladie de Friedreich. Elle se présente avec tous les caractères ophthalmoscopiques qu'on lui trouve dans les cas de tabes vrai. C'est donc un trait à ajouter à ceux qui rattachent le cas de notre malade à cette dernière affection.

Dans ces conditions, il nous a bien fallu renoncer à l'idée première qui nous était venue à l'esprit lorsque nous avons eu à examiner une première fois ce jeune homme en même temps que son père. L'idée en question était celle-ci : voici un fils d'ataxique ou, pour parler plus rigoureusement, un fils de tabétique. Il présente lui-même de l'incoordination motrice associée à d'autres manifestations du tabes. N'aurions-nous pas affaire à un cas de tabes transmis par voie d'hérédité directe?

Eh bien! non; cette idée, il nous a fallu l'abandonner. Ce n'est évidemment pas à un cas de tabes que nous avons affaire chez ce jeune homme; ce n'est pas non plus à un cas typique de maladie de Friedreich, c'est à un de ces cas *hybrides*, dont je vous ai longuement entretenus vendredi dernier, qui empruntent leurs traits à deux ou trois maladies ou espèces morbides classées. J'ajoute que le nombre de ces faits apparaît considérable, quand on se donne la peine d'entrer dans le détail des observations qui ont été publiées sous le titre de maladie de Friedreich ou qui se rapportent à d'autres maladies familiales. *Il semble qu'il n'y ait presque pas deux maladies familiales qui se ressemblent d'une façon exacte;* il semble que chaque fois qu'une tare héréditaire se glisse dans une famille, pour devenir le germe d'une maladie nerveuse qui se transmet ensuite à plusieurs membres de celle-ci, cette maladie porte l'empreinte d'une sorte d'individualisme, qui la distingue des maladies plus ou moins semblables qu'on observe dans d'autres familles.

Relativement au diagnostic anatomique de ce second cas, nous en sommes réduits à émettre des hypothèses gratuites; je m'abstiendrai donc de m'aventurer sur ce terrain. (*A suivre*).

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Prompts Secours à l'Exposition de Bruxelles en 1897.

Lors de notre récente visite à l'importante Exposition internationale de Bruxelles, un des premiers points, qui ait attiré notre attention, a été l'organisation du Service des Prompts Secours en cas d'accidents dans l'enceinte de l'Exposition au cours des travaux et après l'inauguration.

Dès l'entrée, on peut remarquer de nombreuses affiches, portant en tête une Croix-Rouge de Genève, indiquant qu'un poste de secours est installé dans l'Exposition, au voisinage de la section britannique, et que le service en est assuré par la Croix-Rouge de Belgique, société analogue à celle du même nom qui fonctionne en France.

Sur la foi de ces multiples avis, nous nous sommes rendu au petit baraquement de bois, objet de notre curiosité. Le bâtiment, dans son ensemble, ressemble assez, — côté artistique en moins —, à ce que nous avons vu à Bordeaux, lors de la dernière exposition dont le service fut organisé par notre ami, M. le Dr Mauriac. Le pharmacien et le médecin de garde, de même que les deux ambulanciers bénévoles, nous ont fait, avec la plus charmante bonne grâce, les honneurs de leur modeste local.

Ce dernier comprend quatre petites chambres : 1° une sorte d'antichambre, qui sert en même temps de salle de pansements ; 2° un cabinet pour le pharmacien et une tisanerie ; 3° le poste des ambulanciers, avec le bureau du médecin ; et 4° une salle de malades, comprenant deux lits de fer.

Le personnel, qui est un personnel roulant, et qui opère comme en 1889 à Paris, est amplement suffisant ; mais les moyens qu'il a à sa disposition sont, par contre, un peu trop rudimentaires. La salle d'opérations n'existe pas à proprement parler, et il serait impossible d'y pratiquer une intervention sérieuse quelconque. Tout au plus pourrait-on y faire une ligature ou une suture ; encore l'installation n'a-t-elle rien de vraiment chirurgical. C'est propre ; mais c'est tout. Par contre, on dispose d'un ou de deux brancards, qui permettent de transporter, avec la lenteur classique des Belges, le blessé du lieu de l'accident au poste de secours. Mais pas une seule voiture d'ambulances, malgré l'étendue de l'Exposition ! Il n'y a pas non plus de moyens d'avertissement rapide. Quand un accident se produit, il faut d'abord trouver et prévenir un garde. Or, ceux-ci sont assez rares et assez difficiles à découvrir ! Puis il faut le prier d'aller chercher un brancard à 700 ou 800 mètres de distance ; les ambulanciers ont le même chemin à faire pour venir au lieu de l'accident et la même route à parcourir à nouveau pour retourner au baraquement, où se tient en permanence le médecin. On voit le temps que demandent pareils voyages ; et, quand ils se répètent, les ambulanciers sont sur les dents !

D'après le *Journal officiel de l'Exposition*, il y a, en moyenne, les jours de la semaine, c'est-à-dire en temps ordinaire, 14.000 entrées. Et on a, par jour, environ cinq ou six interventions, soit médicales, soit chirurgicales. Ces chiffres se rapportent à l'Exposition proprement dite, celle qui siège en ville, au bas de la rue de la Loi. Nous laissons complètement de côté ce qui a trait à Tervueren (Exposition du Congo), où fonctionne d'ailleurs une garde médicale spéciale, car cette annexe de l'Exposition est située à une très grande distance de la ville (1 heure en tramway électrique). Le jour où nous avons visité l'Exposition, c'était un dimanche, et, à 4 heures du soir, on avait déjà enregistré, comme cas de chirurgie seulement, une plaie contuse de la face, une conjonctivite traumatique, une brûlure par anhydride sulfureux, une plaie contuse de la main gauche. Le jour de l'ouverture de l'Exposition, les deux lits de la chambre des malades furent insuffisants ; on dut coucher trois malades. Nous avons relevé encore, un jour donné, une fracture d'une phalange, une brûlure, etc. Jusqu'ici on a enregistré deux morts.

Ces chiffres ne sont certainement pas comparables à ceux de Paris pour 1889 et encore moins à ceux de 1893 pour Chicago ! Mais ils n'en montrent pas moins l'intérêt que présente l'organisation de ces services médico-chirurgicaux des Expositions ; et il est fort regrettable que les administrations européennes, mal renseignées, ne veulent pas, sur ce point, suivre l'exemple de l'humanitaire Amérique ! Elles y viendront certainement. Mais que de temps n'y mettront-elles pas !

Si, à l'Exposition de Bruxelles, le service est aujourd'hui rudimentaire, on se préoccupe pourtant, dans cette grande et belle ville, d'organiser les Prompts Secours d'une façon vraiment rationnelle. A chacun de nos voyages, notre excellent ami, M. le Dr Gallet, rédacteur en chef de *La Clinique*, nous en reparle. Espérons qu'il recevra de son entourage des encouragements suffisants pour lui permettre de commencer bientôt, dans son pays, la campagne que nous avons menée sans relâche à Paris et qui malheureusement n'est pas encore complètement terminée ! En tous cas, nous souhaitons qu'il communique son enthousiasme à ses confrères de Bruxelles, et tenons, par avance, à lui assurer publiquement qu'il trouvera toujours auprès de nous le concours le plus dévoué et le plus actif. Marcel Baudouin.

Le Congrès international de Médecine légale de Bruxelles.

Le Congrès international de Médecine légale s'est ouvert à Bruxelles, lundi dernier, à 3 heures de l'après-midi, au Palais des Académies, dans la salle de l'Académie de Médecine. Parmi les nombreux médecins composant l'assistance, nous avons remarqué M. le Pr Brouardel (de Paris) et notre ami, M. le Dr Mosny, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Descouts (de Paris) ; M. le Pr Gosse (de Genève) ; M. le Pr Pribram (de Prague) ; M. le Pr Kossorotoff (de Pétersbourg) ; M. le Dr J. Moritz Appelin (de Stockholm) ; M. le Dr Bradel (de Sofia) ; M. le Dr Simamas y Larze (de Madrid), etc., etc.

M. le Ministre de la Justice belge a inauguré le Congrès par un discours de bienvenue et le président d'honneur du Comité d'organisation, M. le Dr Vleminckx, a retracé l'histoire des Congrès de Médecine légale. Le Président, M. le Dr Miot (de Charleroi), a exposé le programme et on a procédé à la nomination des membres du Bureau. M. le Pr Brouardel, appelé à la présidence d'honneur, a

© BIU Santé

remercié, au nom des savants étrangers, le Gouvernement belge de son hospitalité.

Le lendemain, mardi, matin et soir, et mercredi, par une chaleur torride, le Congrès s'est occupé d'abord des *aliénés criminels*, puis de l'*intoxication par l'oxyde de carbone*.

Après la lecture de l'excellent rapport de M. de Buschère, conseiller à la Cour d'appel de Bruxelles, sur les aliénés criminels et les maisons-asiles, et après une importante discussion, une Commission s'est réunie pour étudier de plus près encore cette question. Voici ce que le Congrès a finalement décidé sur ce sujet de capitale importance, après avoir pris connaissance des conclusions du rapport de M. de Buschère, qu'on pourra lire dans la brochure publiée, et de celles du travail de M. Charles Constant sur les aliénés criminels et la nécessité d'une législation spéciale (Paris, 1897).

1° Le Congrès est d'avis qu'en principe tout individu ayant commis un crime ou un délit et acquitté ou renvoyé des poursuites pour irresponsabilité, soit interné dans un asile spécial établi à cet effet par l'Etat. La juridiction pénale, quelle qu'elle soit, devra constater dans sa décision l'état mental de l'inculpé au moment de l'action, lorsqu'il a été le motif déterminant du relaxe ou de l'acquittement, et il appartiendra à l'autorité judiciaire seule de statuer sur l'internement de l'inculpé ainsi acquitté ou relaxé.

2° En principe, tout condamné pour crime ou délit, devenu aliéné, sera interné dans un asile spécial ou tout au moins dans un quartier spécial d'un asile.

3° Il n'y a de dérogation au principe d'internement dans les asiles ou quartiers spéciaux, que lorsque cette dérogation ne peut léser en rien l'intérêt social ou l'intérêt des malades de l'asile ordinaire, dans lequel l'internement serait proposé.

4° La main-levée de l'internement dans les asiles ou quartiers spéciaux ne peut être ordonnée que par l'autorité judiciaire et seulement lorsque la guérison de l'affection morbide est considérée comme définitive et exempte de toute probabilité de rechute. L'autorité judiciaire pourra rendre provisoirement, à titre d'essai, ou même en la subordonnant à certaines conditions, la main-levée de l'internement.

5° Toute main-levée de l'internement est révocable, dès que l'état mental de l'individu qui en a été l'objet inspire des craintes sérieuses de rechute.

Conclusion additionnelle. — Le Congrès est d'avis qu'il y a lieu d'appliquer ces mesures de préservation sociale aux individus condamnés comme ayant commis un crime ou un délit et dont la peine a été atténuée en raison de leur état mental. Si l'internement est nécessaire au moment de l'expiration de la peine, il sera ordonné par la juridiction qui les a jugés.

Le rapport sur l'*intoxication par l'oxyde de carbone* a été fait par MM. Bergé et de Nobele, et discuté par M. Malvoz, etc. Les conclusions en sont trop nombreuses pour que nous puissions les résumer dans ce premier article. Nous nous bornerons à ajouter, pour aujourd'hui, que les autres travaux discutés au Congrès aurait trait au *secret professionnel*, à la *valeur médico-légale des ecchymoses sous-séreuses*, au rôle et devoir du médecin légiste dans les *expertises*, à la *docimasie pulmonaire*, à la *responsabilité partielle*, à la *putréfaction des cadavres*, à l'*hypnotisme dans ses rapports avec la criminalité* (Dr Moreau, de Charleroi) (1).

En somme, réunion d'hommes fort compétents, qui a fait et va faire de l'excellente besogne, mais qui aurait pu être plus fructueuse, si une publicité suffisante avait été donnée en temps voulu aux programmes du Congrès. Beaucoup de médecins français entre autres ignoraient en effet, hier encore, l'existence de cette réunion internationale (2). Notre ami, M. C. Moreau, secrétaire général, ainsi que M. le Dr Lebœuf, ont droit à tous nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle ils nous ont accueilli.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

LE CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE.

TOULOUSE, 1897.

Le lundi 2 août a été ouvert à Toulouse le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française, dans la salle des illustres du Capitole. On devait inaugurer les bustes de Pinel et d'Esquirol, bustes absents d'ailleurs.

Sur une estrade, installée au-dessous du plafond peint par Henri Martin, avaient pris place MM. Serres, Ritti, président du huitième Congrès des aliénistes et neurologistes français ; Landard, préfet de la Haute-Garonne ; Labéda, doyen de la Faculté de Médecine ; Marty, secrétaire général de la Préfecture ; Drouineau, inspecteur principal de l'Assistance publique, délégué par le Ministre de l'Intérieur, et Marveaux, médecin principal.

M. le Dr Ritti a pris le premier la parole et a retracé, en termes éloquents, le rôle joué en médecine mentale par les deux aliénistes célèbres, Pinel et Esquirol. Nous regrettons que les limites de ce compte rendu ne nous permettent pas de reproduire en entier le discours du savant médecin de Charenton. En voici le résumé :

Mesdames, Messieurs,

La loi religieuse de l'Islam impose à tous ses fidèles la stricte obligation de faire une fois au moins dans leur existence le

(1) Parmi les autres communications annoncées, citons : M. le Pr Gosse (de Genève) : *Nouvelle manière de faire des recherches dans les cas de plaies par armes à feu.*—M. le Dr Barella (de Chapelle-lez-Herlaimont) : *De la déclaration de naissance et de l'article 361 du Code pénal.*—M. Etienne Martin (de Lyon) : *Du spasme cadavérique. La fonction glycogénique du foie dans ses rapports avec les expertises médico-légales.* — M. le Dr Norman Kerr (de Londres) : *Responsabilité de l'ivrogne vis-à-vis des lois. Asile pour les ébrieux.*—M. le Dr Clark Bell (de New-York) : *The subconscious mind. Sub liminal consciousness.* — M. Ogier (de Paris) : Questions relatives à la recherche de l'*empoisonnement par l'hydrogène sulfuré.* — M. le Dr Daniel (de Bruxelles) : *Intoxication par l'oxyde de carbone, méthode calorimétrique.*

(2) Les membres du Congrès ont été reçus aux Instituts universitaires (parc Léopold, rue Belliard), le mercredi 4 août, à 4 h. 1/2, par M. le Pr Heger. La réception à l'Office international de Bibliographie (Bibliothèque royale, place du Musée), a eu lieu le vendredi 6 août, à 4 h. 1/2, par MM. P. Otlet et La Fontaine. Les membres du Congrès ont visité la prison de Saint-Gilles, où ils ont été reçus sur la présentation de leur carte d'adhésion. La première visite a eu lieu le mardi 3 août, à 5 heures. Le Comité organisateur a offert aux membres du Congrès et à leurs dames, le jeudi 5 août, une excursion à Tervueren, où ils ont visité l'Exposition coloniale et les villages congolais. Ils y ont été guidés par les officiers qui ont organisé cette exposition. Un lunch a été servi à l'arrivée du train spécial électrique à trolley, qui a conduit les invités à Tervueren. Un banquet par souscription a eu lieu le mercredi 4 août, à 7 heures, au Chien-Vert, à Bruxelles-Kermesse, Exposition.

© BIU Santé

pèlerinage de la Mecque, berceau de la religion, patrie du prophète. S'inspirant de cette pratique pieuse, le Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes a voulu commencer son deuxième septenaire en venant siéger au centre de ce Languedoc, un des plus exquis joyaux de notre belle France, qui compte parmi ses illustrations les deux fondateurs de la médecine mentale de notre siècle.

Nous sommes ici dans la patrie de Pinel et d'Esquirol, et c'est pour moi la satisfaction la plus douce, ce sera l'honneur le plus grand de ma vie d'avoir été choisi par mes pairs pour présider cette huitième session dans cette ville de Toulouse, qui a vu naître mon illustre prédécesseur à la Maison de Charenton.

Ce choix, dicté par un sentiment de délicate attention, dont je suis profondément touché et reconnaissant, m'impose une obligation à laquelle je me soumets avec d'autant plus de bonne grâce qu'elle répond à un véritable besoin de ma nature, celui de rendre justice aux grands esprits, nos maîtres et nos guides dans la recherche de la vérité. Non pas que je veuille prononcer un panégyrique en règle de Pinel et d'Esquirol ; mais il me semble que placer nos travaux sous les auspices de ces noms qui dominent de si haut l'histoire de notre spécialité, ce serait pour eux une garantie de succès. Et, de plus, n'est-ce pas le moyen le meilleur, le plus digne, de reconnaître l'hospitalité si brillante de la grande cité languedocienne, que de lui offrir notre tribut d'admiration, de respect, pour leurs éminents compatriotes, initiateurs tous deux dans le domaine du savoir comme dans celui de la bienfaisance ?

Qu'il se signale dans la pensée ou dans l'action, « un grand homme est, selon la belle formule de l'éminent philosophe, M. Pierre Laffitte, celui qui résout pour les successeurs un problème difficile, préparé par les prédécesseurs ». Telle est bien la tâche que Pinel et Esquirol ont accomplie en médecine mentale.

S'ils n'ont pas résolu définitivement le problème, à la fois si redoutable et si complexe, de la folie — et le résoudra-t-on jamais ? —, ils édifièrent du moins, à l'aide des documents légués par la tradition et de ceux puisés dans leur expérience personnelle, une admirable synthèse provisoire, qui a servi de guide à plusieurs générations d'aliénistes, dont nous sommes bien encore un peu les tributaires.

. . . . . .

Observateurs d'une rare pénétration, le premier avec des tendances philosophiques, le second plus clinicien, ils ont enrichi la science d'acquisitions nombreuses et capitales, qu'ils portèrent du premier coup à un rare degré de perfection.

Est il nécessaire de rappeler le remarquable mémoire de Pinel sur la manie périodique ou intermittente, qu'il considérait déjà comme une des aliénations les plus héréditaires ? N'est-ce pas lui, aussi, qui, le premier, fit de la craniométrie chez les aliénés ? En étudiant les diverses dimensions de leur crâne, en établissant la fréquence des « défauts de symétrie », des « vices de conformation » de cette enveloppe osseuse dans l' « idiotisme originaire », il se trouve être le précurseur dans ces recherches sur les stigmates physiques de la dégénérescence qui ont illustré Morel et ses élèves.

Quant à Esquirol, qui n'admire l'incontestable originalité de ses travaux sur les hallucinations et les illusions, la merveilleuse sagacité clinique dont il fait preuve dans son mémoire sur l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices ? Je n'oublie pas cette étude sur l'isolement des aliénés, d'une analyse si pénétrante, d'une logique très serrée, où la question est traitée d'une façon si magistrale, si complète, qu'on n'y a presque rien ajouté depuis l'année 1832, où elle a été communiquée à l'Institut.

Mais avec cette puissance créatrice qui se manifestait en des sujets si divers, avec cette acuité d'observation qui leur permettait de fouiller les faits jusque dans leurs moindres détails, ces deux grands esprits possédaient le talent rare de reproduire exactement et fidèlement tout ce qu'ils avaient vu. Il y avait en eux de l'artiste, du peintre : leurs descriptions de maladies mentales ressemblent à ces grandes compositions où tout est sacrifié à l'ensemble ; leurs observations de malades sont, toutes, des tableaux de genre d'un scrupuleux réalisme.

Aussi la majorité des faits, dont leurs écrits sont parsemés, ont-ils encore de l'actualité ; vus il y a plus de soixante ans, ils sont pour ainsi dire d'aujourd'hui et ne dépareraient certes pas le plus moderne des traités de médecine mentale.

Qu'on relise, pour s'en convaincre, ces observations si complètes, si suggestives, de folie à double forme, de délire de persécution avec idées de grandeur, de folie du doute avec délire du toucher, même d'inversion sexuelle, dont Pinel et Esquirol ont illustré leurs livres et qui en constituent la partie la plus vivante, la plus durable.

S'ils n'ont pas su les interpréter comme nous, s'ils n'en ont pas tiré les conséquences que nous en tirons, c'est qu'il manquait à la chaîne qui unit leurs théories aux nôtres toute une série d'anneaux intermédiaires que le temps et l'expérience ont seuls pu forger. Tant il est vrai que le progrès de la science n'est pas le fait d'une génération spontanée, mais d'une lente évolution.

Ce qui n'empêche que ces grands esprits nous ont laissé nombre de vues géniales, véritables éclairs projetés sur l'avenir, qui, sous la forme aphoristique où elles sont exprimées, pourraient servir d'épigraphes à bien des travaux récents.

. . . . . .

Tous ces germes d'idées, ainsi jetés à pleines mains dans les écrits et dans l'enseignement des deux illustres penseurs, furent recueillis avec soin, fécondés et développés par leurs élèves. Enthousiastes du bien comme du vrai, Pinel et Esquirol surent communiquer leur enthousiasme ; ils firent école, et l'on vit se grouper autour d'eux toute une phalange de disciples qui devaient porter très loin et très haut les idées et la méthode qui leur étaient enseignées.

. . . . . .

C'est le traitement vaguement présenté, mais à peine indiqué par leurs prédécesseurs, qui constitue le plus grand titre de gloire de Pinel et d'Esquirol. Avant eux l'aliéné était considéré comme une sorte d'être intermédiaire entre le criminel et la bête fauve ; ils eurent l'honneur de l'élever à la dignité de malade.

. . . . . .

Sur les instances de Cabanis, avec lequel il s'était lié d'une étroite amitié, Pinel accepta d'être nommé médecin de l'hospice de Bicêtre ; il entra en fonctions le 11 septembre 1793. Date mémorable, non pas seulement de l'histoire de l'Assistance publique, mais aussi de l'histoire de l'humanité !

Aidé du surveillant Passin, son intelligent et dévoué acolyte, il fit tomber les chaînes des aliénés ; puis, les arrachant des réduits infects où ils croupissaient, il les rendit à l'air et à la lumière dont ils étaient depuis si longtemps privés. A la barbarie et à la brutalité, il fit succéder la douceur et la bienveillance.

M. Ritti rappelle ensuite à quel traitement barbare étaient soumis les malades avant leur entrée dans les asiles d'aliénés. C'est Pinel qui réclama et obtint non sans peine, la suppression de ce traitement préalable.

Ce traitement moral de la folie, dont il fut l'initiateur, l'apôtre convaincu et écouté, poursuit M. Ritti, Pinel en traça les règles précises dans son célèbre *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale*. On ne relit pas sans une poignante émotion ces chapitres où il indique les préceptes à suivre et les écueils à éviter, ceux surtout où, après avoir raconté avec une éloquente simplicité les réformes qui lui sont dues, il nous fait entrevoir celles qu'il espère du temps et du progrès des connaissances. Sur ces pages admirables, tout empreintes du sentiment humanitaire de la philosophie du grand XVIIIe siècle, sont vraiment inscrits les droits de l'aliéné à la sympathie universelle et, aussi, les devoirs du médecin envers ce malheureux blessé de l'intelligence.

« Si Pinel, dans son immortel ouvrage, a le premier révélé les traitements barbares que subissaient les aliénés dans les hospices de la capitale, s'il a brisé les fers qui torturaient leurs membres, Esquirol a la gloire d'avoir fécondé l'œuvre du génie et de la bienfaisance. » Ces paroles de Falret père, écrites il y a plus d'un demi-siècle, ont été ratifiées par la postérité, ce « juge sans reproche ». Cette heureuse continuité

© BIU Santé

dans une grande œuvre philanthropique unit intimement et à jamais dans la mémoire des hommes le maître et le disciple, à tel point que le nom de l'un équivoque aussitôt dans notre esprit le nom de l'autre.

Le fils du capitoul de Toulouse, de l'officier municipal qui, dans les heures douloureuses de la Révolution, préserva ses concitoyens des horreurs de la famine, — Esquirol, hérite de son père cette ardeur pour le bien, cet amour des malheureux qui fut la plus grande passion de sa vie.

Il trouva sa vraie vocation le jour où, jeune encore, il fut attiré par le besoin de s'instruire, dans le service de Pinel, à la Salpêtrière. Dès qu'il fut entré dans l'intimité du maître, son cœur battit à l'unisson du sien et il résolut de dévouer comme lui son existence à la réforme du traitement et de l'assistance des aliénés.

Pendant quarante ans on le vit n'épargner ni ses efforts, ni sa peine, mettre au service de la plus noble des causes son dévouement enthousiaste, cette chaleur communicative dont il avait le secret.

Inspecteur sans titre, sans mission officielle, il parcourut toute la France, allant de ville en ville visiter les établissements qui recevaient les insensés. Son cœur sensible saigna douloureusement au spectacle des faits lamentables qu'il eut à constater, qu'il résuma ensuite en ces quelques lignes d'une si navrante éloquence :

« Ces infortunés qui éprouvent la plus redoutable des misères humaines, je les ai vus, s'écrie-t-il, nus, couverts de haillons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif, et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à des véritables geoliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enchaînés dans des antres où l'on craindrait de renfermer des bêtes féroces que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales. »

Voilà ce qu'on voyait presque partout en France et à l'étranger, en 1817, vingt ans après la grande réforme introduite par Pinel à Bicêtre et à la Salpêtrière; tels sont les maux que dépeint Esquirol avec une sobriété émouvante et une éloquente simplicité, dont il indique les remèdes avec une admirable précision, dans le célèbre mémoire qu'il présenta au ministre de l'intérieur, en septembre 1818.

Ces pages courageuses, où éclate à chaque ligne l'indignation de l'homme de bien, furent comme un cri d'alarme. Il fut entendu. A la voix du grand aliéniste, l'inhumaine routine fut mise en complète déroute; les administrations publiques et les corps élus, pris d'une noble émulation, rivalisèrent de zèle pour soulager la plus lamentable des infortunes et lui offrir des asiles. En moins d'un demi-siècle la transformation était complète.

. . . . . .

Cet admirable mouvement philanthropique dont il fut le promoteur, Esquirol en resta toute sa vie l'âme directrice. Aussi, peu d'années avant sa mort, jetant un regard en arrière, il pouvait dire avec raison : « J'ai assisté aux améliorations apportées au régime et au traitement des aliénés; j'ai suivi depuis quarante ans les progrès de ces améliorations auxquelles je n'ai point été tout à fait étranger. Je les ai secondées de tous mes efforts par mes publications, par mon enseignement et par mes voyages. Consulté par le gouvernement, les préfets, les administrations locales, les architectes, je me suis empressé de livrer les résultats de mes observations, de mes essais et de ma longue pratique; j'ai vu mes principes et mes conseils accueillis et appliqués dans plusieurs établissements consacrés aux aliénés. »

Et cette haute autorité spirituelle qu'il s'était acquise par son caractère et ses talents dont il faisait un si noble usage, Esquirol s'attachait à la perpétuer après lui, en s'entourant de nombreux disciples qu'il pénétrait de ses idées et animait de son ardeur pour le bien. Il avait souci de la continuité de son œuvre et chargeait volontiers sa vie, selon le mot du fabuliste, des soins d'un avenir qui n'était pas fait pour lui. Et si, comme nous n'en doutons pas, il entrevoyait toutes les conséquences sociales et morales de son labeur, il pouvait avec une légitime fierté et à plus juste titre que le vieillard de Lafontaine, se répéter :

Cela même est un fruit que je goûte aujourd'hui.

L'année 1838 réservait à l'illustre maître une de ses dernières de ses plus grandes joies : la loi sur les aliénés qu'il appelait de tous ses vœux, à laquelle il avait activement collaboré, ainsi que deux de ses élèves les plus distingués, Ferrus et Falret, fut votée définitivement et promulguée. Tout ce qui avait été fait jusque-là sous son influence, obtenait ainsi une sanction légale.

. . . . . .

Rappelant ensuite les réformes accomplies depuis près de cent ans, grâce à Pinel et à Esquirol, M. Ritti ajoute :

« Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les servir. » Cette belle maxime d'Esquirol est aussi la nôtre. Mais cet amour ne doit pas être comme l'autre, — celui qui porte un bandeau sur les yeux; — il doit être très clairvoyant, sans cesse éclairé par le flambeau de la clinique. Notre bienveillance à l'égard des infortunés confiés à notre sollicitude doit être incessante et inaltérable; que de fois cependant un médecin aliéniste est obligé de s'armer de sa bonté, contre sa bonté même, selon le mot du grand Turgot à Louis XVI !

. . . . . .

La postérité pour laquelle ils ont tant travaillé, n'a pas oublié les deux grands réformateurs. Les noms de Pinel et d Esquirol restent profondément gravés dans la mémoire des hommes; leurs œuvres sont inscrites dans l'histoire de la science et aussi dans les annales de l'Assistance publique. La patrie reconnaissante leur a consacré des monuments commémoratifs, à Paris, dans ces hospices mêmes où ils conçurent leurs remarquables travaux, au milieu des malades qu'ils ont tant aimés, dont l'amélioration a été l'objet de leurs constants efforts : la statue de Pinel s'élève sur la place de la Salpêtrière, celle d'Esquirol dans la cour d'honneur de la Maison nationale de Charenton.

. . . . . .

Après avoir adressé des remerciements à tous ceux qui ont prêté au Congrès un appui moral ou matériel, le distingué médecin, directeur de l'Asile de Charenton, termine par cette éloquente péroraison :

Le public qui suit avec tant d'intérêt les discussions sur l'hygiène générale, ne peut manquer de se préoccuper aussi de problèmes tels que l'alcoolisme, le goitre et le crétinisme, l'hérédité et la prophylaxie des maladies mentales et nerveuses. Ne sont-ce pas là, en effet, des questions sociales pressantes qui s'imposent à la sollicitude de tous, de la solution desquelles dépend l'avenir de la patrie, celui même de notre race? En les creusant de plus en plus avec toute la précision scientifique dont nous sommes capables, en nous appliquant à discerner dans ces maux dont souffre notre société, ce qu'il y a de fatal et ce qu'il y a de guérissable, en nous efforçant de trouver les remèdes à leur appliquer, nous nous montrerons vraiment dignes des sympathies qui nous entourent, nous ferons œuvre utile et demeurerons fidèles à la grande et noble devise de la civilisation moderne : Progrès par la science, pour l'Humanité.

D'unanimes applaudissements ont accueilli les dernières paroles de M. Ritti, auquel M. Labéda, doyen de la Faculté de Médecine, a succédé, en prononçant le discours suivant :

« Mesdames, Messieurs,

« J'étais loin de m'attendre à l'honneur de prendre la parole dans cette cérémonie, qui honore à la fois Toulouse et le Congrès par la glorification d'Esquirol, Toulousain, qui le premier, donna des lois à l'étude méthodique de l'aliénation, et de Pinel, né à Saint-Paul, près Lavaur, à dix lieues d'ici, de Pinel, qui ouvrit les cabanons et conquit pour les pauvres fous le droit à la dignité de malades.

« Mais Pinel fut un nosographe éminent, et il a rendu, en

© BIU Santé

son temps, à la pathologie générale des services qui ne doivent pas être oubliés ici. Tel a été, du moins, le sentiment de plusieurs membres, les plus autorisés du Congrès, et j'en ai reçu à la dernière heure l'invitation d'associer la Faculté de Médecine de Toulouse aux hommages adressés à Pinel.

« Plein de déférence pour le désir du plus éminent de nos hôtes, mais fort mal préparé professionnellement, et pressé par le temps, je vous apporte ici une esquisse à peine équilibrée du haut et vaste sujet qui m'a été proposé si fortuitement. Puisse ma bonne volonté au service de ma cité natale et du Congrès, vous donner, messieurs, l'indulgence nécessaire pour en écouter le sommaire développement.

« Le 27 octobre 1826, la Faculté de Médecine de Paris allait rester muette devant la tombe de Pinel, un de ses plus glorieux professeurs, il est vrai récemment frappé de disgrâce, lorsque Cruveilher, élève et ami de l'illustre défunt, et déjà illustre lui-même, vint, fendant la foule, célébrer son ancien maitre. et rappeler quels titres le rattachaient à la savante Compagie, quels titres le recommandaient aux hommages reconnaissants de la postérité. Echo, après trois quarts de siècle, de cette voix du bon et savant Cruveilher, la Faculté de Médecine de Toulouse récemment restaurée, désire, elle aussi, apporter son tribut d'éloge et d'admiration à la mémoire de Pinel, d'autant que ce grand maitre avait commencé par s'asseoir sur les bancs de l'ancienne Faculté, dont nous nous honorons d'être les continuateurs.

Entrant dans son sujet, M. le doyen montre ce qu'il faut entendre par classification des maladies, expose à cet égard la conception de Pinel, et le caractère artificiel de sa classification, qui constituait cependant un progrès considérable sur les essais de groupement tentés par Sauvage.

Il entre dans quelques détails sur la rivalité de deux écoles parisiennes de l'époque : Ecole de la Salpêtrière (Pinel), Ecole de la Charité (Corvisart), et la ruine commune de ces deux écoles devant l'organicisme de Broussais et les progrès de l'anatomie pathologique.

Enfin, après avoir esquissé la fin de la vie de Pinel qui ne fut pas exempte de déboires supportés avec dignité, M. Labéda constate en ces termes que le côté philanthropique de l'œuvre de Pinel est le fondement assuré de la gloire persistante de ce médecin illustre :

« Pourtant, il faut bien le dire, le savant, le médecin, n'atteignirent pas chez Pinel à la célébrité du philanthrope. Mais ce côté si intéressant et si important de la figure de notre compatriote vient d'être mis en lumière avec bonheur par le savant président de ce huitième Congrès, et je ne saurais rien ajouter aux paroles de l'honorable M. Ritti.

« Je me bornerai à une dernière réflexion : C'est avec raison que la philanthropie de Pinel a le plus contribué, aux yeux des foules, à sa gloire et à sa renommée, car les hommes passent, la science marche d'une poussée formidable, plongeant dans l'oubli les efforts du passé ; mais leur bonté, la miséricorde, la pitié aux malheureux, noble et touchante parure de l'austère vérité, méritent de subsister et, en effet, subsistent éternellement. »

Ce nouvel et éloquent hommage, rendu à la mémoire de de Pinel et d'Esquirol, a terminé la séance du matin, qui a été levée à 11 heures, par M. Ritti.

Le soir, à 2 heures, à la Faculté de Médecine, dans le grand amphithéâtre, la seconde séance a été ouverte par M. Pitres doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux et président du congrès de Nancy en 1896. Le bureau du huitième Congrès a été ainsi constitué : Président, M. Ritti ; vice-président, M. Dubuisson, directeur de l'Asile départemental de la Haute-Garonne ; secrétaire général, M. Parant, directeur de la maison de santé de Toulouse ; secrétaires des séances, MM. Noguès, Anglade et Parant fils.

Puis a eu lieu la nomination des présidents d'honneur : MM. le ministre de l'intérieur ; Monod, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publiques ; Landard, préfet de la Haute-Garonne ; Drouineau, inspecteur général de l'Assistance publique ; Labéda, doyen de la Faculté de Médecine de Toulouse ; M. Falret, médecin de la Salpêtrière.

Première question. — *Paralysie générale.*

Après la lecture, par M. Ritti, de deux lettres d'excuses d'adhérents qui n'ont pu se rendre au Congrès, et d'une lettre de M. Monod, annonçant que M. le Ministre de l'Intérieur délègue au Congrès M. Drouineau, la parole est donnée à M. Arnaud, médecin-directeur adjoint de la maison de santé de Vanves (Seine), sur la première question du Congrès : *Diagnostic de la paralysie générale.*

Les points essentiels de cette étude sur le diagnostic de la maladie ont été résumés par l'auteur en quelques propositions sur lesquelles la discussion pouvait être engagée. La paralysie générale, maladie intermédiaire aux psychoses et aux affections organiques du cerveau, est caractérisée par une double série de symptômes psychiques et physiques en rapport avec des lésions particulières (meningo-encéphalite chronique diffuse). Ceci élimine la prétendue paralysie générale sans aliénation et les états psychopathiques sans substratum anatomique appréciable ou dépendant de lésion en foyer, d'altérations athéromateuses, etc.

Bien qu'ayant des caractères distinctifs, aucun des symptômes de la paralysie générale n'est pathognomonique. On n'est pas autorisé à poser le diagnostic *uniquement* d'après les signes physiques ou d'après les symptômes psychiques ; il est nécessaire que les *deux ordres* de symptômes soient représentés dans le tableau clinique, au moins par les plus essentiels d'entr'eux. Ce sont, dans l'ordre mental, la *démence généralisée et progressive* à laquelle les *délires* empruntent leur physionomie spéciale ; dans l'ordre physique, l'*embarras de la parole*, les *troubles oculo-pupillaires* (ophtalmoplégie interne, graduelle et progressive), l'*ataxie psycho-motrice* et les *accidents cérébraux*. La démence généralisée et progressive, avec les caractères particuliers que j'ai essayé de décrire, est le *symptôme cardinal* de la paralysie générale ; elle constitue un véritable *stigmate paralytique*.

Dès le début de la maladie, l'état démentiel commençant se trahit par l'impuissance mentale, par l'*absurdité des opérations intellectuelles* (association des idées, raisonnement, jugement), plus encore que par l'absurdité des idées ; — par les lacunes de la mémoire par les altérations du sens moral, de la conduite et des actes, etc. Survenant chez un adulte, l'époque où l'énergie de l'esprit est au maximum, ces différents symptômes ont vraiment une signification particulière. Malheureusement, la constatation n'en est pas toujours possible par l'examen direct du malade, la connaissance des antécédents, toujours très utile, peut devenir indispensable. Dans certains cas même, ni les renseignements sur le début de la maladie, ni l'examen direct du malade ne suffisent à établir un diagnostic légime (certaines *folies congestives* et *pseudo-paralysies*) ; il faut alors se résigner à attendre que l'évolution des symptômes vienne faire la lumière. — A la *période prodromique*, la paralysie générale peut être *soupçonnée*, mais il n'existe pas de signes permettant de l'affirmer.

En dehors de ces considérations générales, je crois que de l'étude des faits l'on peut déduire quelques *règles pratiques* pour le diagnostic.

A partir de cinquante-cinq ans, la paralysie générale devient vraiment rare. En présence d'un sujet de cet âge et à bien plus forte raison après soixante ans, il convient de redoubler d'attention et de n'admettre le diagnostic de paralysie générale que sous le bénéfice d'un inventaire rigoureux et plusieurs fois répété.

Devant un malade ayant dépassé 50 ans et présentant des signes d'*artério-sclérose*, il faut se souvenir que l'athérome cérébral généralisé peut simuler cliniquement la paralysie générale et que, d'autre part, il peut lui être associé et en modifier la physionomie. De là l'obligation d'une critique des symptômes délicate et approfondie et la nécessité de sérieuses réserves.

De même, la constatation d'une *hémiplégie vraie*, si elle n'est pas de nature à faire éliminer d'emblée la paralysie générale, doit imposer un doute persistant ; les probabilités de paralysie générale sont, dans ces cas, très faibles, et, tout au moins, il y a certitude d'une association avec un autre état pathologique.

© BIU Santé

On peut en dire autant de la cécité qui, même à titre de complication, est exceptionnelle dans la paralysie générale; elle est donc contraire plutôt que favorable au diagnostic de paralysie générale.

Enfin, si l'affection qui éveille l'idée d'une paralysie générale se montre chez un alcoolique avéré, si elle a eu pour point de départ un état infectieux ou toxique et surtout si le développement de cette affection a été rapide, la nécessité s'impose d'attendre et d'en appeler, pour fixer le diagnostic, à la marche de la maladie.

MM. Régis, chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de Bordeaux, et de Perry, ont pris la parole après M. Arnaud et ont insisté sur les *rapports de la paralysie générale avec la syphilis et diverses autres maladies infectieuses aiguës.*

M. Paul Garnier, médecin chef de la préfecture de police à Paris, est intervenu dans la discussion et a montré que l'*alcoolisme et la syphilis* préparent le terrain où pourra se développer la paralysie générale.

MM. Charpentier, médecin de Bicêtre; Giraud, directeur de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure); Petrucci, directeur de l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire), et Briand, médecin chef de l'asile de Villejuif (Seine), ont également pris part à cette très intéressante discussion qui s'est prolongée jusqu'à 6 heures.

Enfin MM. Mossé, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse, et Cavalié, prosecteur à la Faculté, ont fait une communication sur un cas de *neuro-fibromatose centrale du cervelet et de la base de l'encéphale.* C'est là une maladie intéressante, à forme inconnue et qui n'a pas encore été décrite. Cette longue mais fort intéressante séance a été levée à 6 heures et demie. Séance mardi, à 8 heures du matin.

Deuxième Question. — *Sur l'hystérie infantile, sa nature et ses causes.*

Rapport de M. le Dr P. Bézy.

M. Bézy. — L'histoire de l'hystérie infantile a commencé le jour où a été détruite la théorie qui plaçait dans l'utérus le siége de la cause première de la névrose. Les travaux les plus importants sur ce sujet ont été écrits en France sous l'influence de l'école de la Salpêtrière, influence qui s'est étendue aussi à bon nombre de travaux étrangers.

Ce serait une tâche difficile et d'une utilité contestable de rapporter ici ne fût-ce qu'une citation de chacun des travaux écrits sur ce sujet; aussi avons-nous pensé qu'il valait mieux se borner à un simple exposé montrant les grandes lignes de la question. Tous les auteurs que nous allons citer donnent eux-mêmes dans leurs travaux une bibliographie abondante; il sera donc plus simple de se reporter à eux pour les recherches bibliographiques. Avec la lecture de ces auteurs et les indications que nous aurons soin d'ajouter, on aura, nous l'espérons du moins, une bibliographie, sinon complète, du moins très suffisante. L'histoire de l'hystérie infantile peut être divisée en trois périodes.

Dans la première, les anciens reconnaissent que l'hystérie convulsive existe, non pas seulement chez la femme, mais chez la petite fille, chez l'homme et chez le petit garçon. Ils en parlent, mais sans la décrire.

La seconde période est remplie par les travaux de la Salpêtrière, qui établissent bien nettement les limites de l'hystérie, ses formes, son traitement. Naturellement l'hystérie infantile profite de ces éclaircissements. Non seulement elle est reconnue, mais elle est décrite; non seulement elle est reconnue dans ses formes convulsives, mais elle est dépistée sous ses formes non convulsives, et mêmes larvées.

La troisième période, qui chevauche un peu sur la précédente et arrive jusqu'à nos jours, comprend les travaux des médecins d'enfants.

Nous n'insisterons pas sur les erreurs qui règnent jusqu'à l'apparition de l'important travail de Briquet en 1859: *Traité de l'hystérie.* On trouvera, du reste, dans les travaux indiqués, tous les renseignements à ce sujet. Nous ne pourrions que les recopier ici. Mais nous devons une mentions spéciale à l'importante monographie de Clopatt. On trouve tous les détails qui intéressent particulièrement l'hystérie infantile, soit dans l'historique placé au commencement, soit surtout dans l'appendice placé à la fin, qui rapporte comme première observation en date celle d'une fille de douze ans, citée par Willis; puis viennent celles d'Hoffmann; enfin, les autres, au nombre de deux cent soixante-douze, y sont résumées et placées dans leur ordre chronologique jusqu'à l'année 1888, époque de l'apparition de ce très important travail.

Pour la période qui nous occupe en ce moment, Clopatt cite, à côté de Briquet, les noms de Dubois (d'Amiens), de Brachet, de Willis, de Sydenham, d'Hoffmann, de Georget, de Landouzy et enfin de Bouchut qui, en 1877, combat les idées de Briquet, et attribue ses observations d'hystérie infantile à des erreurs de diagnostic, ces cas devant être classés dans l'épilepsie, la chorée, le nervosisme.

Deuxième période. — Elle est tout entière résumée dans le nom de Charcot. Dans ses leçons cliniques de la Salpêtrière il en est une, celle du mardi 21 février 1888, où il est dit: « On commence sans doute à parler de l'hystérie chez les jeunes garçons, et le niveau de nos connaissances sur la pathologie infantile commence à s'élever, grâce à nos jeunes collègues. » C'est là, enfin, que sont posées ces deux principes capitaux, que les troubles psychiques persistants ne sont qu'un prolongement de la phase des hallucinations, et qu'il faut prendre cette affection pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour une maladie psychique par excellence.

Aux travaux de Charcot et de ses élèves, qui traitent de l'hystérie en général, Bernutz, Grasset, Pitres, Blocq, Gilles de la Tourette, etc., il convient aussi de rattacher plusieurs monographies dignes d'attention: tout d'abord, il faut citer les importants travaux de Bourneville et de ses élèves, dont nous donnerons la nomenclature au chapitre de la forme convulsive, et que l'on trouve en partie dans l'Iconographie de la Salpêtrière de Bourneville et Reynard et la Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.

La thèse de Peugniez (Paris, juillet 1885) est inspirée par Charcot. Elle a pour titre: *De l'hystérie chez l'enfant.* On y trouve la description des diverses formes de l'hystérie à cet âge, notamment le début par les troubles des facultés affectives. L'auteur insiste sur la bénignité du pronostic, lorsque le diagnostic et le traitement sont établis de bonne heure, et signale la forme épidémique. Peu après paraît la thèse de Mlle Hélène Goldspiegel, *Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants.* Paris, octobre, 1888. Enfin paraît, en 1888, l'importante monographie d'Arthur Clopatt, datée d'Helsingfors (J.-J. Franck et fils), mais sortie de la Salpêtrière et de Bicêtre, où elle fut préparée en 1887. En comptant seize observations personnelles sur lesquelles nous reviendrons plus loin, l'auteur rapporte deux cent soixante-douze cas plus ou moins résumés. Ces deux cent soixante-douze cas, classés par ordre chronologique et par pays d'origine, montrent bien les phases de la question et le point où elle était au moment où parut cet important travail.

3e *Période.* — En mars 1880 parut la thèse de Paris, inspirée par J. Simon « sur l'hystérie infantile considérée *dans ses sources, ses caractères, son traitement.* » L'auteur dit que l'hystérie des fillettes est redoutable par sa durée; il insiste sur ce point intéressant qu'elle peut être méconnue parce qu'elle se réduit souvent à des troubles psychiques et digestifs.

En avril 1880 paraît la thèse de Giraud, inspirée par J. Simon. Elle a pour titre: *Essai sur l'hystérie précoce se développant, chez les petites filles, avant la puberté.* L'auteur insiste sur les troubles psychiques et préconise le bromure et l'hydrothérapie. Ces deux thèses parlent surtout de l'hystérie chez les petites filles; en décembre 1884, la question fait un pas avec la thèse de Casaubont, intitulée: *L'hystérie chez les jeunes garçons.* L'auteur prend pour point de départ une observation personnelle et s'inspire des travaux de Bourneville. Il insiste sur la bénignité du pronostic; mais l'intérêt capital de cette thèse se résume dans cette conclusion: la grande hystérie ou hystéro-épilepsie existe chez les garçons; elle est fréquente à treize, quatorze, dix-sept et dix-neuf ans. En 1889 paraissent les cliniques d'Ollivier, qui mettent en vue l'urticaire et l'hémoptysie hystériques chez l'enfant, et touchent dans plusieurs leçons à l'hystérie infantile.

C'est sous l'inspiration de ce regretté clinicien que paraît,

© BIU Santé

en fevrier 1891, la thèse de Burnet qui souleva une grosse question, non complètement jugée encore. Elle traite, en effet, de l'hystérie infantile et de sa fréquence au-dessous de l'âge de cinq ans.

Cette même question est soulevée la même année devant l'Académie par Chaumier (de Tours), qui l'avait déjà traitée au Congrès de Grenoble en 1885. Ce travail fut l'objet d'un rapport d'Ollivier à l'Académie en 1892. Nous reviendrons sur ces travaux en discutant la question de l'âge du début de l'hystérie infantile.

En janvier 1893 paraît la thèse de Bardol. Dans ce travail encore c'est un point de vue spécial qui va être étudié; il s'agit, en effet, de l'hystérie simulatrice des maladies de l'encéphale chez l'enfant.

A Nancy parut en février 1894 la thèse de Fischer « sur l'*hystérie infantile*, observée à la *clinique des enfants de la Faculté de Médecine de Nancy pendant l'année scolaire* 1892-93 ». Cette thèse rapporte trois cas d'hystérie infantile pris dans le service de P. Simon.

En février 1896 paraît, à Montpellier, la thèse d'Isnard sur les manifestations de l'hystérie dans l'enfance. Cette thèse, inspirée par Bosc, renferme plusieurs observations intéressantes, défend la cause de l'hystérie des très jeunes enfants, mais en protestant contre une trop grande généralisation, et donne plusieurs observations fort intéressantes.

En décembre 1896 est soutenue, à Paris, par J. Conturies, une thèse sur l'hystérie chez les jeunes enfants, qui relate des observations de Chaumier, l'observation personnelle d'un garçon de trois ans présentant des attaques convulsives et une monoplégie très rapidement guérie. L'auteur parle de cas nombreux d'hystérie infantile qu'il a vus dans le service de J. Simon. Enfin, nous signalons pour mémoire une courte communication que nous fîmes à la Société de Médecine de Toulouse, en février 1896, dans laquelle nous rapportions quatre observations personnelles d'hystérie infantile se répartissant ainsi : garçon, douze ans, hystérie convulsive avec arc de cercle; garçon, sept ans, boule; fille, cinq ans et demi, clou hystérique; garçon, onze ans, contracture; garçon, onze ans, attaques épileptoïdes cessant brusquement par compression du point iliaque (cette dernière observation fut relevée par notre interne, M. Bize, sous la la direction de M. le professeur agrégé Rispal, qui était alors notre chef de clinique et qui voulait bien nous remplacer à ce moment).

Etiologie. — Nous nous bornerons à quelques considérations sur ce qui touche particulièrement l'enfance.

En première ligne, il faut inscrire la tare héréditaire. L'hérédité peut être directe ou indirecte. Charcot et Peugniez ont insisté sur l'influence de l'hérédité sur l'enfance, qui se trouve plus rapprochée des ascendants que l'âge adulte; d'où la fréquence de l'hystérie similaire chez l'enfant et ce principe que plus l'hystérie débute de bonne heure plus elle est similaire. A côté de l'hérédité similaire il faut placer l'hérédité de toute la famille névropathique, épilepsie, migraine, excitabilité nerveuse, etc. Certaines diathèses peuvent aussi se transformer. C'est ainsi que Mossé a depuis longtemps appelé l'attention sur l'influence de la goutte. Il rapporte notamment l'histoire d'un garçon de 10 ans ayant des attaques hystériformes et une hérédité goutteuse très chargée. Dans le même travail, l'auteur se demande si les hémoptysies hystériques ne reconnaîtraient pas pour cause l'hérédité tuberculeuse qui donnerait ainsi au poumon, *locus minoris resistentiæ* par le fait de cette hérédité, la propriété de *fixer* la névrose. Nous signalons en passant ce fait sur lequel nous aurons à revenir, en rappelant, au chapitre des formes cliniques, les cas de ce genre, cités par Ollivier, si importants à diagnostiquer chez l'enfant.

C'est dans le même ordre d'idées que Grasset a étudié les rapports de l'hystérie avec la scrofule et la tuberculose Cette hérédité se manifeste aussi bien à la campagne qu'à la ville, à l'hôpital que dans les classes aisées. Si Baginski dit qu'on la rencontre d'une façon effrayante dans la classe aisée, Charcot insiste sur l'influence de la misère, et Grancher montre combien les enfants sont gâtés et névrosés dans certains ménages d'ouvriers.

Tout héréditaire de ce genre porte donc en naissant sa tache originelle et les manifestations se produiront plus ou moins tard, selon l'occasion. On naît hystérique, dit Pitres, on ne le devient pas. Une fois l'hérédité constituée, trois causes principales chez l'enfant peuvent faire éclater les accidents : l'éducation, les émotions, la contagion.

L'éducation a une influence primordiale. Que de fois on voit l'hystérie s'installer chez l'enfant en vertu de ce facteur ! Au lieu d'envoyer les fillettes nerveuses se coucher de bonne heure après une journée tranquille, certains parents exigeront de cet enfant trop de travail ou trop d'excitation (visites où l'on s'occupe trop des enfants, jeux trop agités, etc.), et le soir les mèneront au théâtre. Que dire de ceux qui, au lieu d'y mener leurs enfants en spectateurs, leur font confier ce qu'on appelle « un petit rôle », ce que l'on voit fréquemment dans les ménages d'artistes ?

L'abus des histoires effrayantes ou des pratiques superstitieuses constitue encore un de ces vices de l'éducation qui font apparaître souvent l'hystérie chez l'enfant. M. Baratoux, cité par Gilles de la Tourette, a donné la relation d'une épidémie d'hystérie qui sévit sur six enfants de la même famille bretonne qu'on avait bourrés à satiété de contes fantastiques dans lesquels les sorciers et les revenants jouaient les principaux rôles. — Des faits identiques ont été mis récemment en lumière par le Dr M. Terrien dans une thèse soutenue devant la Faculté de Toulouse. L'auteur, qui a exercé en Vendée, y a fréquemment rencontré l'hystérie infantile qu'il attribue, en partie à des mariages consanguins entre nerveux et alcooliques, en partie aux histoires fantastiques racontées aux veillées devant les enfants.

Le surmenage scolaire est très contesté par Guinon.

On connaît assez l'influence de l'émotion sur le développemen de l'hystérie. Nous n'y insisterons pas, nous contentant de signaler combien sont dangereuses les frayeurs provoquées chez les enfants. La crainte des examens est un facteur qu'il ne faut pas négliger chez l'écolier. Vient ensuite l'imitation.

On trouve dans la thèse d'Aemmer la relation d'une épidémie qui atteignit, dans une école de Bâle, soixante-six fillettes. Dans la classe dont faisait partie la première malade atteinte, et qui comptait quarante-quatre élèves, plus de la moitié fut atteinte. Palmer rapporte aussi une épidémie de ce genre dans une école et dans la classe des petites filles. La fréquence de cette cause est une des raisons qui expliquent pourquoi l'on voit l'hystérie infantile se manifester chez plusieurs enfants d'une même famille. Comme on le voit, les cas de contagion nerveuse soint loin d'être rares dans l'histoire de l'hystérie infantile, et les épidémies d'écoles semblent remplacer de nos jours les épidémies du moyen âge.

Le traumatisme a aussi une influence comme chez l'adulte. Giuseppe Villani a relaté le cas d'un garçon de quinze ans qui eut de l'hystérie manifeste à la suite d'un traumatisme. Bosc rapporte une observation personnelle chez un enfant de dix-huit mois, qui, présentant très nettement de l'astasie-abasie, portait un prépuce très long. Dénucé a rapporté des cas analogues, insistant sur l'état nerveux causé par l'état préputial, et qui disparaissent quand le chirurgien est intervenu.

Les maladies infectieuses peuvent, comme chez l'adulte, être des agents provocateurs de l'hystérie. Isnard rapporte, dans sa thèse citée (p. 14), un cas, d'après Railton, d'un enfant de six ans ayant eu de l'hystérie à la suite de l'influenza. La névrose fut de courte durée et se montra pendant la convalescence. L'enfant n'avait pas d'antécédents héréditaires de nervosisme. Nous avons relaté un cas de délire consécutif à une fièvre typhoïde qui, d'après Comby, devait être rattaché aux prodromes de l'hystérie. Nous ne revenons pas ici sur la tuberculose, dont on peut placer l'histoire à côté de celles d'autres causes héréditaires.

A. MARIE.

HOSPICES INTERCOMMUNAUX. — La Chambre des Représentants de Belgique vient d'adopter le projet de loi concernant l'organisation de ces utiles établissements hospitaliers, dont plusieurs sont sur le point de fonctionner. (*Le Scalpel*, 1er août 1897).

HÔPITAUX DE PARIS. — MM. les Drs THIERRY et GUILLEMAIN viennent d'être nommés chirurgiens des hôpitaux.

DISPENSAIRES DE LYON. — M. le Dr NAVARRE est nommé médecin honoraire du Dispensaire général de Lyon.

© BIU Santé

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER

HYGIÉNIQUES & MÉDICAMENTEUX

Savon doux ou pur, **S.** hygiénique, **S.** surgras au Beurre de Cacao, **S.** à la glycérine (*pour le visage, la poitrine, le cou*, etc). — **Savon** Panama, **S.** Panama et goudron. **S.** Naphtol, **S.** Naphtol soufre, **S.** Goudron et Naphtol (*pour les soins de la chevelure, de la barbe, pellicules, séborrhée. alopécie, maladies cutanées*). — **Savon** Sublimé, **S.** Phéniqué, **S.** Boriqué, **S.** Créoline, **S.** Eucalyptus, **S.** Eucalyptol, **S.** Résorcine, **S.** Salicylé, **S.** Salol, **S.** au Solvéol, **S.** Sulfate de cuivre, **S.** Thymol (*accouchements, anthrax, rougeole, scarlatine, variole*, etc.). — **Savon** à l'Ichthyol, **S.** Panama et Ichthyol, **S.** Sulfureux, **S.** à l'huile de Cade, **S.** Goudron, **S.** Boraté, **S.** Petrole, **S.** Goudron boriqué. — **Savon** iodé à 5 0/0 d'iode. — **Savon** mercuriel à 33 0/0 de mercure.

SAVON DENTIFRICE VIGIER

Le Meilleur Antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives, des muqueuses et pour éviter les accidents buccaux chez les syphilitiques.

Prix de la Boîte porcelaine 3 francs.

PARIS — Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle — PARIS

KÉPHIR SALMON

LAIT DIASTASÉ

Acide lactique, Acide carbonique, Diastase et Peptones

ALIMENTATION DES DYSPEPTIQUES ET DES TUBERCULEUX

KÉPHIR N° I. Laxatif. — N° II. Alimentaire. — N° III. Constipant

PULVO-KÉPHIR

Pour préparer soi-même le Képhir lait diastasé

Le *PULVO-KÉPHIR* a été fait pour permettre aux personnes éloignées de Paris de préparer elles-mêmes le Képhir.

PRIX DE LA BOITE DE 10 DOSES 3 FRANCS

Société d'alimentation lactée, 28, rue de Trévise. — Fournisseur des Hôpitaux.

VICHY

SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS, GRANDE-GRILLE, HOPITAL

PASTILLES VICHY-ETAT

SELS VICHY-ETAT

COMPRIMÉS DE VICHY

PARIS, 24, BOULEVARD DES CAPUCINES, PARIS

LAURENOL

ANTISEPTIQUE

Désinfectant — Inodore

SANS MERCURE

Échantillon et notice franco sur demande

Écrire : LAURENOL, 8, rue Hérold, PARIS

LAURENOL

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

POUR LE TRAITEMENT ET L'ÉDUCATION

DES ENFANTS NERVEUX ET ARRIÉRÉS

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BOURNEVILLE

Médecin de la section des enfants arriérés et nerveux de Bicêtre

à Vitry, près Paris, 22, rue Saint-Aubin

L'Institut médico-pédagogique est destiné

1° Aux enfants présentant de l'*instabilité mentale* et sujets à des *impulsions maladives* qui les empêchent, quoique possédant un certain développement de l'intelligence, de se soumettre à la règle des lycées ou des pensions, et qui ont par conséquent besoin à la fois d'une *méthode d'éducation spéciale*, et d'une *discipline particulière*;

2° Aux *enfants arriérés, faibles d'esprit* à tous les degrés;

3° Enfin aux *enfants atteints d'affections nerveuses* compliquées ou non d'accidents convulsifs.

Les enfants de ces diverses catégories forment des groupes tout à fait distincts.

L'établissement, où se trouvent réunis tous les moyens d'instruction et d'éducation employés dans le service de Bicêtre, est placé au milieu d'un parc superbe, sur le versant d'une colline, et dans les meilleures conditions d'hygiène. Les enfants y sont l'objet de soins spéciaux appropriés à leur situation intellectuelle et physique.

Moyens de communication : Tramways du Châtelet à Vitry et à Choisy-le-Roi. — Voitures de place

S'adresser pour renseignements à M. le Dr BOURNEVILLE, 14, *rue des Carmes, à Paris, le mercredi et le vendredi, de 1 heure à 2 heures, ou par lettre*

Dans les **CONGESTIONS** *et les* **Troubles fonctionnels du FOIE**, *la* **DYSPEPSIE ATONIQUE**, *les* **FIÈVRES INTERMITTENTES**, *les* **Cachexies** *d'origine paludéenne* et consécutives au long séjour dans les pays chauds

On prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ELIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : VERNE, Professeur à l'École de Médecine GRENOBLE (France)

Et dans les principales Pharmacies de France & de l'Étranger

Pour les annonces, s'adresser à M. H. DURAND, 14, rue des Carmes.

© BIU Santé

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

ANTHEAUME (A.). — De la toxicité des alcools (Prophylaxie de l'alcoolisme). Volume in-8 de 174 pages.

SOLLIER (P.).— Genèse et nature de l'hystérie. 2 volumes grand in-8, formant ensemble 866 pages, avec figures. Prix. . . 20 fr.

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

COUSTAN (A.). — Aide-mémoire de médecine militaire. — Volume in-18 relié, de 360 pages. — Prix. . . . . 3 fr.

TRAITÉ DE MÉDECINE ET DE THERAPEUTIQUE publié sous la direction de MM. BROUARDEL et A. GILBERT. Tome IV : *Maladies du tube digestif, maladies du péritoine*, par MM. Teissier, Roque, Galliard, Hayem, Lion, Laboulbène, Hutinel, Thiercelin, Dupré. Volume in-8 de 882 pages. Prix. . . . . 12 fr.

Librairie G. CARRÉ et C. NAUD.
3, rue Racine.

BAQUÉ. — Le Salophène (Recueil d'observations cliniques et thérapeutiques). Volume in-8 de 96 pages.

Librairie COCCOZ,
11, rue de l'Ancienne-Comédie.

BAUDRAN (G.).— De l'habitation dans le département de l'Oise, son hygiène, accompagné de plans et vues photographiques. Volume in-8 de 200 pages. Prix. . . . . 6 fr.

DELEFOSSE. — Traitement de la blennorrhagie. Volume in-18 de IX-261 pages, avec 29 figures. Prix. . . . . 3 fr.

DAGRON. — Vingt cas de fractures de clavicule traités par le massage. — Brochure in-8° de 16 pages. — Prix. . . . 1 fr.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.). — Le rôle de la graisse dans les hernies. Applications thérapeutiques. Prévention des hernies. Préparation des sujets à opérer. Traitement palliatif des sujets inopérables. — Brochure in-8° de 20 pages. — Prix. . . . . 1 fr.

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

CARTIER (A.). — Traitement de la syphilis par les injections intramusculaires de bichlorure de mercure. Brochure in-8 de 12 pages.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES,
4, rue Antoine-Dubois.

ANGLAS (J.), RUSSEL (W.), TOMBECK et NIEWENGLOWSKI. — Précis de sciences physiques, chimiques, naturelles à l'usage des candidats au certificat d'études P. C. N. — Tome I. *Physique*. Volume in-12 de IX-362 pages, avec 211 figures. — Prix. . 6 fr.

Tome II. *Chimie*. Volume in-12 de VIII-300 pages, avec 78 fig. — Prix. . . . . 4 fr. 50

DAUCHEZ (H.). — Vade-mecum de posologie et de thérapeutique infantiles appliquées. Volume in-12 de 66 pages. Prix. 1 fr. 25

PLUMANDON (J.-R.). — Les poussières atmosphériques, leur circulation dans l'atmosphère et leur influence sur la santé. Volume in-12 de 130 pages. Prix. . . . . 2 fr. 50

Librairie A. MALOINE,
21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

GARNAULT (P.). — Le traitement chirurgical de la surdité et des bourdonnements. Brochure in-8 de 44 pages.

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

CALOT.— Note sur la correction opératoire des scolioses graves. Brochure in-8 de 12 pages, avec 8 planches hors texte.

PARANT (P.). — Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France. Huitième session. Rapports. 1re partie. Volume in-8 de 319 pages.

REGNARD (P.). — La cure d'altitude. Volume in-8 relié de VIII-436 pages, avec 20 planches hors texte et 110 figures dans le texte.

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

LANDOLT (E.). — Le dosage dans l'opération du strabisme et un procédé d'avancement musculaire. Brochure in-8 de 6 pages.

ASTIER (C.) et ASCHKINASI (J.). — Surdi-mutité surdité psychique, exercices acoustiques méthodiques. Brochure in-8 de 28 pages.— Bar-sur-Aube, 1897. Typographie Lebois.

BECK (C.). — When shall we operate for cholalithiasis. Brochure in-8 de 22 pages. — New-York, 1897. *New-York medical Journal*.

BECK (C.). — Description of Specimen Taken from a Hermaphrodite. Brochure in-12 de 8 pages. — New-York, 1897. The Publishers Printing Company.

BECK (C.). — A case of Hermaphrodism. Brochure in-12 de 7 pages, avec 4 figures. — New-York, 1896. The Publishers Printing Company.

BONNET (D.). — De l'actinomycose de la langue. Brochure in-8 de 63 pages. — Lyon, 1896. Imprimerie des Facultés.

BOULOUMIÉ (P.). — Maladies des femmes. Etude de thérapeutique comparée, chirurgicale et hydrologique. Introduction à une discussion générale. — Paris, 1895. Extrait des *Annales de la Société d'hydrologie*.

BOULOUMIÉ (P.). — Quelques mots sur la cure de Vittel, son action, ses résultats, ses indications et ses contre-indications. Brochure in-8 de 16 pages. — Nancy, 1896. Typographie Crépin-Leblond.

DELÉAGE (P.).— Le traitement de la goutte à Vichy.— Brochure in-12 de 23 pages. — Paris, 1897. *Revue internationale de thérapeutique*.

DUCAMP (A.). — L'idée médicale dans le roman naturaliste (Discours prononcé à l'inauguration de l'Université de Montpellier, le 5 décembre 1896). Brochure in-8 de 17 pages. — Montpellier, 1896. — Imprimerie J. Martel ainé

FRIENDENWALD (J.). — The action of Taka-Diastase in Various Gastric Disorders. Brochure in-8 de 10 pages.— New-York, 1897. — *New-York Medical Journal*.

GRAUET (J.). — Rapport sur le traitement du tabes. Volume in-8 de 91 pages. — Montpellier, 1897. Typographie Ch. Bochm.

HUMANE SOCIETY (The). — Of the commonwealth of Massachussetts. Instituted 1785, avec figures. Incorporated, 1791. — Boston, 1895-96. Nathan Sawyer and Son, printers.

JALANCOURT (P.). — Dictionnario-memento de thérapeutique médicale et d'hygiène thérapeutique. Volume in-4 de 260 pages.— Paris, 1897. Administration : 81, rue Madame.

JOB (E.). — De l'actinomycose des centres nerveux. Volume in-8 de 107 pages.— Lyon, 1896. Imprimerie des Facultés.

LUSTIG (A.) e GALEOTTI (G.). — Ricerche sulla vaccinazione degli animali contro la peste bubbonica. Brochure in-8 de 11 pages. — Turin, 1897. Extrait dal giornale della *R. Accad. di Med.*

MANGIANTI (E.).— Sifilide creditaria tardiva ed idrocefalo. Brochure in-8 de 32 pages. — Roma, 1897. Tipografo E. Voghera.

MIDDLESEX (THE HOSPITAL W. OF).— Reports of the Medical, Surgical, and pathological Registrars for the year, 1895. Volume in-8 de 386 pages. — London, 1896. Hr K. Lewis.

ORO MARIO. — Un caso di dermatite mercuriale maligna ad exito letale. Brochure in-8 de 8 pages, avec une planche hors texte. — Naples, 1896. — Chez l'auteur.

ORO MARIO. — Nota clinica istologica su di un caso di critema balsamico. Brochure in-8 de 5 pages, avec une planche hors texte. — Naples, 1896. — Chez l'auteur.

ORO MARIO. — Su di un raro caso di sarcoma del capo. Brochure in-8 de 6 pages, avec une figure. — Naples, 1896. — Chez l'auteur.

PHILBERT (E.). — Etude sur les eaux de Brides de Salins (Savoie). Brochure in-8 de 16 pages. — Paris, 1896. — Imprimerie Noizette.

RAMONDINI (C.). — Sulle cause delle diversita funzionali degli organi intratoracici. Brochure in-8 de 23 pages.— Napoli, 1896. Tipo-litografico N. Stabili et C.

RICCI (A.). — La spugna sterilizzata applicata nelle ferite. Brochure in-8 de 5 pages. — Forli, 1897. — Litografia demografica.

ROSSOLIMO (Q.). — Ueber hémianopsie und einseitige Ophthalmoplegie vasculären Ursprungs. Brochure in-8 de 12 pages, avec 11 figures. — Moskou, 1896. Chez l'auteur.

ROSSOLIMO (Q.). — Ueber resultate der Trepanation bei Hien tumoren. Brochure in-8 de 19 pages. — Moskou, 1896. Chez l'auteur.

ROUFFIANDIS (E.). — Sur une dermite perlée non décrite à allure clinique d'actinomycose. Volume in-8 de 36 pages. — Lyon, 1896. Librairie Stack.

SCHLEICHER (W.). — Essai expérimental sur l'ozène. Brochure in-8 de 16 pages. — Anvers, 1897. — Typographie Buschmann.

© BIU Santé

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 juillet 1897.

Sur les applications nouvelles du courant ondulatoire en thérapeutique électrique.

M. le Dr Apostoli. — Note présentée par M. d'Arsonval. L'appareil à courant sinusoïdal du Pr d'Arsonval permet, par un dispositif très simple, d'obtenir un courant sinusoïdal passant seulement par zéro, *sans changement de sens*. C'est là un *courant ondulatoire* d'après M. d'Arsonval. Le courant ondulatoire, entièrement inédit jusqu'à ce jour en gynécologie, a été l'objet, depuis 1896, de la part du Dr Apostoli, d'une série de recherches nouvelles dont voici l'exposé synthétique. Le courant ondulatoire justifie pleinement les découvertes physiologiques du Pr d'Arsonval, dérivées de la connaissance de la *caractéristique d'excitation neuro-musculaire* et de ses rapports avec la forme de l'onde électrique. Il met très bien en relief les propriétés variables des ondes électriques dont il augmente la tolérance et surtout la puissance par les trois caractères suivants : Suppression de l'alternance ou du renversement; conservation de la courbe sinusoïdale; adjonction du pouvoir électrolytique avec direction polaire constante. Ainsi, avec une onde électrique non alternante ni renversée, frappant toujours dans le même sens, associant les effets variables aux effets continus et électrolytiques du courant, variant son voltage, le nombre de ses périodes et par suite son intensité même, suivant la volonté de l'opérateur, on vérifie dans les meilleures conditions les propriétés déjà formulées par le Pr d'Arsonval du courant alternatif sinusoïdal, et on étend même en l'élargissant le champ d'application thérapeutique de ce dernier. L'épreuve clinique a été, entre les mains du Dr Apostoli, pleinement confirmative de ces prémisses physiques et physiologiques et voici les résultats thérapeutiques généraux qu'il a constatés après une expérimentation commencée en 1896 et d'après les réponses faites au total par 145 malades, dont 108 pour la gynécologie seulement. La présente note ne vise que les seules réponses obtenues en gynécologie; l'épreuve parallèle que le Dr Apostoli a faite depuis 1896 sur *trente-sept* malades contre des troubles nerveux, douloureux ou trophiques de nature variée, soit en applications dans l'eau, soit en applications externes, en dehors du bain liquide, seront l'objet d'un prochain mémoire. Le courant ondulatoire a été appliqué au total 1.170 fois, avec la collaboration de ses assistants MM. Marquès et Laquerrière, du 1er avril au 1er juillet 1897, à 108 malades atteintes des affections gynécologiques les plus diverses, sauf les collections purulentes et les neoplasmes malins. L'application quotidienne, ou tous les deux jours, faite cinq minutes chaque fois, soit exclusivement dans le vagin (786 fois) avec une électrode protégée par la ouate, soit dans l'utérus, dans la cavité cervicale seule (384 fois), à l'aide d'une électrode nue en platine, le circuit étant toujours fermé sur le ventre par un gâteau de terre glaise, a été constamment d'une innocuité absolue. La dose moyenne, progressive, très bien tolérée (sans aucune réaction opératoire ou post-opératoire autre qu'une fatigue ou une courbature de courte durée, sans fièvre ni douleur) a varié entre 15 et 25 milliampères; très rarement elle a atteint 50 milliampères; la vitesse a oscillé entre 1.800 et 2.500 périodes par minute et le voltage moyen a été de 15 à 25 volts.

Résultats anatomiques. — Le courant ondulatoire, jusqu'ici sans action appréciable sur le volume des fibromes, aide à la résorption des exsudats péri-utérins et à la libération de leurs adhérences périphériques.

Résultats symptomatiques. — Douleurs intermenstruelles. C'est un analgésique puissant qui, par une sorte de massage vibratoire, calme la douleur, l'atténue ou la fait disparaître le plus souvent s'il est assez longtemps continué, sauf dans les tumeurs malignes ou suppurées où, du reste, il n'a pas été appliqué. Tout puissant par son application vaginale et surtout intra-cervicale contre les douleurs abdominales, lombaires, inguinales, crurales, sciatiques ou rectales, il conserve toutefois très peu d'efficacité par cette même localisation contre les douleurs ombilicales et épigastriques. — *Dysménorrhée.* Presque constamment, elle est très favorablement influencée et ne tarde même pas à disparaître sous l'influence des applications, soit vaginales, soit intra-cervicales, assez fréquemment répétées et assez voisines de l'apparition des règles. — *Hémorragies.* Les applications vaginales sont peu ou pas efficaces contre les hémorragies utérines. Au contraire, lorsque l'électrode métallique est appliquée dans l'utérus, on obtient fréquemment un effet hémostatique; mais à un degré qui paraît encore inférieur à l'action des galvano-caustiques positives. — *Leucorrhée.* Peu ou pas efficace contre la leucorrhée lorsqu'il est appliqué dans le vagin, ce même courant devient plus actif et présente quelquefois une réelle efficacité contre ce symptôme dans ses applications intra-cervicales. — *Aménorrhée.* L'application polaire négative du courant ondulatoire est généralement moins active et moins efficace contre l'aménorrhée que celle du courant continu. — *Constipation.* Elle a été fréquemment et très favorablement combattue, mais par les applications intra-cervicales seules.

En résumé. — Le courant ondulatoire, en gynécologie, d'une innocuité absolue et d'une tolérance constante, sans action appréciable sur l'évolution des néoplasmes utérins ou annexiels, paraît être jusqu'ici le médicament par excellence de la *douleur*. Moins souverain, mais fréquemment efficace quand même contre les hémorragies, contre la leucorrhée et la constipation, il aide encore très favorablement à la résorption des exsudats péri-utérins et il constitue un *analgésique* et un décongestionnant de premier ordre. Ainsi, le courant ondulatoire est une acquisition précieuse pour la thérapeutique électrique et est destiné, d'après le Dr Apostoli, à prendre une place très importante à côté des autres modes électriques déjà connus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 juillet 1897. — Présidence de M. Gley.

M. Déjerine, en réponse à la note de M. Marinesco sur la *main succulente*, rapporte un grand nombre d'observations montrant que ce type dépend surtout de l'attitude verticale du bras paralysé et qu'il n'est pas caractéristique de la syringomyélie.

M. Ch. Richet a constaté qu'on pouvait *injecter à peu près impunément de l'eau chaude à 60°* dans la trachée et les poumons du chien. En revanche, les injections chargées de principes médicamenteux, sublimé ou iode, sont très rapidement dangereuses.

M. Noury décrit un *Streptocoque saprophyte* qu'il a isolé sur les graines de Légumineuses en germination.

M. Charrin présente des chiens atteints de *taches pigmentaires* brunes dispersées, à la suite de l'injection d'extrait glycériné de capsules surrénales de cobayes à des doses considérables; trente à quarante capsules par chien. Il ne sait si cette pigmentation se maintiendra.

M. Charrin présente un *monstre double formé de deux cobayes*; la mère avait subi des injections de toxines.

M. Maurel a étudié les *globules blancs dans la leucocythémie splénique* et a constaté qu'ils présentaient de plus grandes dimensions qu'à l'état normal, une moindre activité et une moindre résistance aux températures extrêmes.

M. Paul Courmont (de Lyon) a constaté que la *formation de la substance agglutinante* chez les typhiques paraît avoir surtout la signification d'une réaction de défense de l'organisme dirigée contre l'agent pathogène lui-même, pendant la période d'infection.

M. Courmont adresse une seconde note sur les *différences morphologiques et vitales* qui existent entre le Streptocoque de Marmoreck et celui de l'érysipèle et se déclare partisan de la pluralité des streptocoques.

M. Azémar (de Montpellier) adresse une note sur l'*acétonurie expérimentale*, à la suite de l'ingestion de phloridzine, de l'extirpation du pancréas, etc.

M. Dominici a constaté que dans *les infections expérimentales* on pouvait constater dans le sang la présence d'hématies nucléées.

MM. Camus et Gley ont constaté que les *glandes vésicales* sécrétaient un liquide contenant une enzyme particulière, résistante à la dessiccation, qu'ils proposent d'appeler *vésiculase*.

© BIU Santé

M. Valenza a étudié, dans le laboratoire de M. Déjerine à la Salpêtrière, les *prolongements protoplasmiques et cylindraxiles* qui s'entrecroisent dans la commissure grise postérieure de la moelle épinière et a trouvé qu'ils provenaient de cellules ganglionnaires spéciales.

M. F. Regnault a constaté sur les pièces du musée Dupuytren *le mal vertébral de Pott* et ses conclusions ne sont pas favorables au redressement brusque de la gibbosité accentuée.

M. Paul Gibier a constaté que les *microbes cultivés au contact du bacille de Koch*, par exemple le *Bacille Anthracis*, acquéraient la propriété momentanée de ne pas se décolorer par l'acide nitrique, tout comme le bacille de Koch lui-même.

MM. Charrin et Chassevant rapportent deux observations de *malades atteints de chorées* et traitées sans grands résultats par l'ingestion de moelle osseuse.

M. Beauregard montre que dans les *calculs d'ambre gris du cachalot* existe un spirille qui vit encore au bout de plusieurs années, et qui modifie peu à peu le calcul en lui faisant perdre son odeur stercorale. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 août 1897. — Présidence de M. Caventou.

Conditions de solidité dans la cure radicale des hernies.

M. Championnière montre qu'une condition indispensable de solidité dans la cure radicale des hernies est la suppression de l'infundibulum profond et la réparation de la paroi dans toute son épaisseur. Les injections de chlorure de zinc ne sauraient remplir cette condition. Les observations de M. Lannelongue sont d'ailleurs toutes récentes, quelques mois pour les plus anciennes, et la récidive reste à craindre. Les opérations complètes mettent à l'abri de ces récidives même chez des ouvriers ne portant aucun bandage. Chez les sujets jeunes exempts de toute tare organique la mortalité de l'opération ne dépasse pas un sur cinq cents. L'opération doit être très complète. Les temps indispensables sont les suivants : ouverture large de la hernie jusque dans l'abdomen, de façon à voir et à réparer le plus haut possible. Excision de tout epiploon accessible. Destruction du sac et de son infundibulum supérieur. Eloignement de tout repli péritonéal de la région herniaire Réparation des parois par croisement et non par réunion, juxtaposition simple, de façon à doubler la paroi de toute la région. Fermeture avec drainage. On peut arriver ainsi à une réparation presque mathématique de la paroi. Mais ce ne sera jamais que par une opération très délicate et très complète.

Traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

M. Péan regarde la thyroïdectomie comme supérieure quand ce traitement est indiqué soit à l'exothyropexie, soit à la section du sympathique cervical. Le seul danger de la thyroïdectomie, l'hémorragie, disparaît avec le procédé de la forcipressure. Dans un cas de résection du sympathique, M. Péan n'a obtenu qu'un résultat incomplet, diminution des symptômes de compression, sans amélioration des accidents nerveux.

La variole aux colonies.

M. Hervieux insiste sur la fréquence de la variole dans les colonies françaises. Cette fréquence est due en grande partie à l'usage de la variolisation. Il faudrait à celle-ci substituer la vaccine obligatoire.

Les navires hôpitaux.

M. Le Roy de Méricourt lit un rapport sur un travail de M. Bureau montrant les services que ces navires peuvent rendre dans les expéditions tropicales. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 juillet 1897. — Présidence de M. Berger.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Quénu. — Il y a plusieurs questions soulevées par l'étude de M. Richelot : question d'indications opératoires, question de manuel opératoire ; ces questions ont été examinées par M. Segond auquel il s'associe complètement.

M. Nélaton pense que c'est au procédé de Doyen que l'on aura de plus en plus recours. La question du drainage mérite d'arrêter un instant l'attention. Doyen ferme en bourse. Pour lui, il propose de drainer le vagin avec une mèche de gaze et de fermer au-dessus d'elle le péritoine.

M. Routier. — L'hystérectomie abdominale totale doit s'appliquer au traitement des salpingites purulentes. Il est partisan du drainage vaginal qui donne une grande sécurité. Il le pratique dans les cas d'ablation grave des annexes. Il n'ouvre le cul-de-sac postérieur qu'après l'ablation des annexes, et jamais il n'a observé d'infection ascendante de cause vaginale. Actuellement, il enlève l'utérus quand celui-ci est trop saignant ou infecté, mais dans ces cas seulement après ablation du pyosalpinx. De plus, il fait la ligature en masse de la partie inférieure du ligament large et il évite ainsi le temps perdu à faire l'hémostase définitive après l'ablation de l'utérus. Il fait passer les chefs dans le vagin.

Paralysie du nerf cubital.

M. Routier fait un rapport sur un travail de M. Juillé (de Versailles). Une section du nerf cubital avait eu lieu par chute sur une faucille, à quatre travers de doigt au-dessus de l'épitrochlée. Compression cicatricielle. Paralysie du cubital. Libération. Guérison.

Fistule vésico-utérine.

M. Ricard fait un rapport sur une observation de M. Latouche (d'Autun). Dans le cas de M. Latouche, il était nécessaire d'avoir recours à un procédé de suture directe. Peut-être eût-il été possible d'opérer par l'abaissement de l'utérus. M. Ricard aurait voulu voir l'auteur discuter un peu les divers procédés avant d'entrer délibérément dans la vessie (Opération pelvienne après cystotomie sus-pubienne). Au point de vue opératoire, il est utile de se servir, dans le premier temps, du ballon de Petersen, qui devient gênant dans le second temps. C'est une opération difficile, plus difficile que celle faite par la voie vaginale.

M. Walther. — *Luxation ancienne de la hanche. Section de la tête du fémur. Guérison* maintenue après trois ans.

M. Broca fait un rapport sur un cas de *tumeur de la langue*, observé par MM. Braquehaye et Sabrazès.

M. Schwartz. — *Tumeur érectile de la joue.*

M. Reclus. — *Fracture de jambe et méthode ambulatoire.*

M. Robert. — *Fracture de la mâchoire, coups de feu.*

M. Cerné. — *Anévrisme artérioso-veineux de la cuisse.*

M. Berger. — *Résection de l'omoplate pour sarcome.* M. B.

CORRESPONDANCE

Médecins et Maires.

Clermont-Ferrand, le 20 juillet 1897.

Monsieur le Directeur,

Nous vous prions de vouloir bien insérer dans un de vos prochains numéros la lettre suivante, que nous avons reçue à la date du 16 juillet courant :

« Monsieur le Président du Syndicat médical du Puy-de-Dôme,

« J'ai l'honneur de vous signaler, en mon nom et au nom de mon confrère le Dr Chouvet, les faits suivants : Dans la nuit du 27 au 28 juin dernier, entre 11 heures et minuit, un individu de Sainte-Florine (Haute-Loire), le nommé Setier, se rendait chez moi pour me prier de venir voir un malade à Sainte-Florine. Ma mère se trouvant seule à la maison, n'entendit pas les appels réitérés de Setier, qui dut se retirer et aller frapper à la porte de mon confrère Chouvet. Ce dernier étant aussi hors de chez lui, Mme Chouvet répondit que le docteur était absent. L'individu de Sainte-Florine repartait tranquillement pour sa localité, lorsqu'il fut accosté par le citoyen *Jean-Louis Sauvat*, maire de Brassac-les-Mines, qui s'enquit du motif de sa présence sur sa commune, à lui Sauvat, à une heure si tardive. Dès que cet honorable magistrat eut été mis au courant de ce qui s'était passé, il affirma « qu'il saurait bien, « lui, faire lever ces *cochons de médecins*, ces fainéants », etc. Accompagné de deux de ses administrés, il s'empressa de conduire Setier à la gendarmerie, somma deux gendarmes d'avoir à se lever et à l'accompagner. Les deux gendarmes, sans aucun mandat

© BIU Santé

de réquisition, se hâtèrent d'exécuter l'ordre de M. le Maire et toute la bande se rendit en face de mon habitation. Là, les deux gendarmes et l'individu de Sainte-Florine ouvrirent la petite grille, pénétrèrent dans la cour et le jardin (la maison est à 20 mètres environ de la route) et allèrent frapper à ma porte. Ma mère fut éveillée, et, malgré ses affirmations que j'étais absent, les gendarmes ne se retirèrent qu'après s'être assurés qu'un de mes chevaux manquait à l'écurie ; pendant ce temps Jean-Louis Sauvat et ses deux acolytes surveillaient de la route cette remarquable opération. De chez moi le cortège se rendit chez notre confrère, M. le Dr Chouvet, où la même cérémonie se reproduisit. Tels sont les faits. Plainte a été portée à M. le procureur de la République à Issoire, qui ne nous a pas encore répondu. Comme il y va de la dignité du corps médical, j'ai pensé devoir vous en aviser pour que vous nous aidiez à réprimer cet inqualifiable abus de pouvoir.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, etc.

« Dr MENUT (Brassac-les-Mines). »

Le Bureau du Syndicat médical se porte garant de l'authenticité des faits ci-dessus relatés et s'efforcera de leur donner la plus grande publicité possible. Considérant que, dans les actes rapportés par M. le Dr Menut, il y a eu non seulement atteinte à la dignité du corps médical, mais *violation nocturne* du domicile de deux de nos concitoyens, le Syndicat médical du Puy-de-Dôme, chargé de faire respecter les prérogatives du corps médical dans ce département, demande à l'autorité compétente de faire respecter les droits des citoyens.

Il se solidarise en cette circonstance avec ses confrères de Brassac et s'efforcera par tous les moyens légaux de leur faire rendre justice.

Pour le Bureau du Syndicat,
Le Président : Dr H. BOUSQUET.

VARIA

École du Service de santé militaire.

Liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir l'épreuve orale d'admissibilité du concours d'admission à l'École du service de santé militaire de Lyon.

MM. Alayrac, Alphand, Armeilla, Arrault, Aversenq. — Baffet, Bailliart, Bargy, Bastide, Battez, Baurrier, Belgodère, Benoit, Bertrand (Lucien-Gustave), Bertrand (Lucien-Jean), Besnier, Besson, Boigey, Bonnet, Borderies, Bordet, Borie, Bourguet, Bourlier, Boutin, Bresselle, Brionval, Bruas. — Cahuzac, Cardot, Cariès, Carret, Cazaux, Castéret, Caujole, Célérier, Cenet, Champeaux, Chapellier, Charbonniaud, Chavanne, Chevalier (Georges-Stéphan-Marie-Yves-Willem), Chevalier (Raoul-Henri), Chrétien, Clément, Colineau, Comte, Cormier, Cornet, Cortez.— Degris, Delacourt, Delmas, Demanneville, Desdouits, Dodier, Dreyfus (Lucien), Dreyfus (Achille-Abraham), Dubois, Dugast, Dumoulin, Durand, Dusserre, Duvau.— Erlanger, Escher, Escluse, Evrard.— Fau, Feldmuller, Ferron, Fontagné, Frizac. — Gailhard, Garnier, de Gaulejac, Gœpfert, Gomma, Grenier, Grosjean, Guérin, Guerrier, Guilhaumon, Guillon.— Haméon, Henry, Herscher, Heuls, Houpert.— Joly, Jouve, Julien-Laferrière, Jullien.— De Kermabon, Knoll. —Labat, Labelle, Lajoux, Lannaux, Lantiéri, Lionnard, Louis. Maître, Mannaud, Mandoul, Manuel, Marcailhou-d'Americ, Marchetti, Marland, Marty, Massol, Mayrac, Métoz, Michel, Miécamp, Millet. — Nicolle, Notin. — Pasteur, Pelloux, Petit, Picaud, Pichon, Piétrement, Poissonnier, Pons, Pourtoy, Poutet, Prat. — Rinn, Rivault, Roualet, Roudié. — Santini, Sibille. — Taillasson, Taillefer, Téchoueyres, Testart, Troller.— Vennat. — Zerlaut.

Les candidats auront à se rendre à la date fixée pour les épreuves orales dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

Instruction prophylactique relative à l'ophtalmie des nouveau-nés. Examen du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

L'ophtalmie des nouveau-nés est une maladie des yeux qui peut entraîner la perte complète de la vision et qui est très contagieuse ; elle se montre en général du 1er au 10e jour après la naissance, se manifestant par de la rougeur de la conjonctive, du gonflement des paupières, et une sécrétion qui, d'abord citrine et transparente, se transforme bientôt en un pus jaunâtre et abondant. La déclaration de la maladie par les sages-femmes est obligatoire. Le médecin doit être appelé immédiatement et surtout lorsque l'enfant ne peut entr'ouvrir les yeux. En attendant l'avis du médecin, il convient de nettoyer chaque heure les yeux ou l'œil de l'enfant en se servant d'un linge propre et d'eau boriquée froide qui restent en permanence sur les yeux...

Il existe un moyen préventif de l'ophtalmie des nouveau-nés d'une efficacité à peu près certaine : ce moyen consiste dans l'instillation entre les paupières de deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 ou mieux, dans le lavage des yeux, aussitôt après la naissance, avec une solution contenant 5 grammes d'acide citrique pour 100 grammes d'eau. Ces moyens ne seront pas appliqués d'une façon uniforme, mais on y aura recours lorsque la mère aura présenté un écoulement du côté des organes génitaux pendant les derniers mois de la grossesse, quand les enfants mis au monde antérieurement auront eu de l'ophtalmie ou quand il s'agira d'un enfant venu avant terme et que cet enfant sera chétif. L'entourage sera prévenu de la nature contagieuse de l'ophtalmie des nouveau-nés et du danger de transport du pus provenant de l'enfant atteint de l'ophtalmie. Les linges salis par le pus doivent être détruits ou désinfectés. A. PROUST et P. BROUARDEL.

Enseignement médical libre.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du Faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2, aux jours ci-après désignés : Mardi, M. Verchère (*Gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Electrothérapie. — M. L.-R. REYNIER fait tous les mardis, à 4 h. 1/2, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité, des conférences sur les applications courantes de l'électrothérapie et de l'électrodiagnostic.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 25 juillet au samedi 31 juillet 1897, les naissances ont été au nombre de 1.131, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 440, illégitimes, 153. Total, 593. — *Sexe féminin* : légitimes, 392, illégitimes, 164. Total, 538.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 juillet au samedi 31 juillet 1897, les décès ont été au nombre de 856, savoir : 461 hommes et 405 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 0, T. 3 — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 6, T. 12. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 4, T. 5. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 1, T. 4. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 98, F. 62, T. 162. — Méningite tuberculeuse : M. 5, F. 7, T. 12. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 10, T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 6, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 24, F. 39, T. 63. — Méningite simple : M. 10, F. 8, T. 18. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 22, F. 14, T. 36. — Paralysie, M. 0, F. 3, T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 5, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 19, T. 40. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 4, T. 6. — Bronchite chronique : M. 3, F. 3, T. 6 — Broncho-pneumonie : M. 10, F. 13, T. 23. — Pneumonie : M. 10, F. 15, T. 25. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 10, F. 9, T. 19 — Gastro-entérite, biberon : M. 78, F. 63, T. 141. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 6, T. 11. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 11, F. 10, T. 21. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 7, F. 5 T. 12 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 9, F. 7, T. 16. — Sénilité : M. 12, F. 14, T. 26 — Suicides : M. 14, F. 11, T. 25. — Autres morts violentes : M. 6, F. 4, T. 10. — Autres causes de mort : M. 66, F. 52, T. 118. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 1, T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 92, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 18 Total : 53 — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 13 Total : 39.

© BIU Santé

UNIVERSITÉS DE FRANCE. — Le *Journal officiel* contient plusieurs décrets concernant les universités : 1° décret portant règlement pour le conseil des universités ; 2° décret relatif au régime scolaire et disciplinaire des universités ; 3° décret portant règlement d'administration publique pour l'acceptation des fonds et legs faits en faveur des universités, des facultés et des écoles d'enseignement supérieur ; 4° décret portant règlement d'administration publique sur le régime financier et la comptabilité des Universités ; 5° décret portant règlement d'administration publique sur le régime financier et la comptabilité des Facultés.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AIX-MARSEILLE. — M. FABRY, docteur ès sciences, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences d'Aix-Marseille, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — M. JUMELLE, docteur ès sciences, maître de conférences de botanique à la Faculté des sciences de Grenoble, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

M. BEAULARD, docteur ès sciences, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Grenoble, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. BRUNHES, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Dijon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un concours s'ouvrira, le 1er février 1898, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — Pendant la période des vacances, M. DELBET, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Il commencera ce cours le mercredi 4 août 1897, à 10 heures du matin, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Clinique chirurgicale de la Charité. — Pendant la période des vacances, M. WALTHER, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale à la Charité. Il commencera ce cours le jeudi 5 août 1897, à 10 heures, et les continuera les samedis et jeudis suivants, à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. RODET, agrégé des facultés de Médecine, est nommé professeur de microbiologie à la Faculté de Médecine de Montpellier.

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. BOUQUELOT, agrégé de de pharmacie, est nommé professeur de pharmacie galénique à l'Ecole de pharmacie de Paris.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — Cette semaine s'est ouverte dans les galeries de zoologie du Muséum l'exposition des collections d'histoire naturelle recueillies par M. Chaffanjon, au cours de sa mission en Sibérie et en Asie centrale.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Armée active.* — Promotions au grade de médecin principal de 1re classe : M. Corties. — Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Malinas et Vautrin. — Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Jacquey, Coquand, Mistarlet, Bodinier, Faure-Lacaussade, Courtot et Paquy. — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Patris de Broé, Biscons, Blum, Sibut, Bonnet, Chambaud, Decaux, Spillmann, Georges, Maré, Fromont, Pichon, Iversenc, Vialaneix et Darricarrère.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE. — Le quatrième Congrès pour l'étude de la tuberculose aura lieu à Paris, dans la dernière semaine de juillet 1898, sous la présidence de M. Nocard, d'Alfort. Les quatre questions suivantes seront mises en discussion : 1° Des sanatoria comme moyens de prophylaxie et de traitement de la tuberculose (rapporteurs : MM. Le Gendre, Netter et Thoinot ; 2° Des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose (rapporteurs : MM. Landouzy et Maragliano) ; 3° Des rayons X dans le diagnostic de la tuberculose (rapporteurs : MM. Bouchard, Claude et Teissier) ; des rayons X dans le traitement de la tuberculose (rapporteur : M. Lortet) ; 4° La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie (rapporteurs : Nocard et Bang.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DES CHEMINS DE FER ET DE LA NAVIGATION. — La deuxième conférence internationale concernant les services sanitaires et l'hygiène des chemins de fer et de la navigation, sous la présidence d'honneur de M. le Ministre de l'Agriculture et des Travaux publics, se réunira à Bruxelles les 6, 7, 8 septembre prochain, dans la salle du Palais des Académies.

CONGRÈS DE MOSCOU. — M. le Pr Lannelongue, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, a été nommé président de la délégation française composée des délégués qui ont mission de représenter au Congrès de Moscou les diverses Universités de France. C'est en cette qualité qu'il prononcera, en séance solennelle, un discours sur la thérapeutique générale des tuberculoses d'ordre chirurgical. Le président et deux membres de la délégation seront reçus par le tsar à Saint-Pétersbourg le 17 août.

LE CONGRÈS DES ALIÉNISTES FRANÇAIS. — *Excursions.* — Ce congrès annuel, qui est le huitième, se tient à Toulouse depuis le 2 août. La séance d'ouverture a eu lieu dans la salle des Illustres au Congrès Capitole. Dans cette séance on a procédé à l'installation des bustes de Pinel et d'Esquirol parmi les célébrités qui ont déjà leur place dans le Panthéon Toulousain. Après les divers travaux scientifiques des jours suivants, le Congrès visitera Carcassone sous la direction de M. Cartailhac, un de nos archéologues le plus justement estimés. Enfin, le 7 août une excursion finale sera faite à Luchon. La municipalité a offert un banquet aux Congressistes dans la salle de théâtre du casino.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. QUANTIN, sous-chef de laboratoire de taxidermie au Muséum d'histoire naturelle. M. Quantin était âgé de cinquante-trois ans. — M. le Dr GUARDIA (José-Miguel), docteur ès-lettres et docteur en Médecine, reçu docteur à Montpellier en 1833. — M. MACQUART, médecin à Somme-Suippe (Marne), reçu en 1852. — M. le Dr Eug. JANSSENS (de Bruxelles). — M. le Dr POCHOY (de Voiron). — Nous enregistrons avec regret la nouvelle de la mort de M. Wilhelm PREYER, professeur de physiologie à Iéna. M. Wilhelm Preyer est certainement connu d'un public français étendu ; les physiologistes n'ont pas oublié ses nombreux mémoires et un petit traité de physiologie intéressant ; les psychologues connaissent son étude sur l'âme de l'enfant, traduit en français (F. Alcan). Les anatomistes et embryologistes apprécient son fort volume sur le développement de l'embryon (également traduit) et beaucoup ont entendu parler de ses recherches sur l'hypnotisme et la catalepsie chez les animaux. C'était un savant fort distingué et laborieux dont la perte est certainement fort regrettable. — M. le Dr DREYER-DUFER (de Gallice), décédé à Paris, le 28 juillet, après une douloureuse maladie contractée pendant la guerre gréco-turque. — M. le Dr KUSS (de Brignoles), fils du Pr Küss, dernier maire français de Strasbourg, député à l'Assemblée nationale. Le Dr Küss était très aimé à Brignoles, et un grand concours de population a assisté à ses obsèques.

Anémie, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale : *Biosine Le Perdriel.*

Ovules Passemard-Vigier à la glycérine et à tous médicaments. *Crayons intra-utérins, Bougies uréthrales, Suppositoires, Balles rectales.*

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MEDICAL*
14, RUE DES CARMES.

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER. — Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Librairie F. ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

REVUE PHILOSOPHIQUE. — Sommaire du numéro de juillet 1897 (22e année) : Dunan : L'âme et la liberté. — G. Le Bon : Le socialisme suivant les races. — E. Pillon : La philosophie de Secrétan. — IV. Observations historiques et critiques (fin). — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Correspondance : L. Arnult : L'optique physiologique et l'esthétique visuelle. — Livres nouveaux. — *Abonnement* : Un an, Paris, 30 francs : départements et étranger, 33 francs. La livraison, 3 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 33. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 14 AOUT 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Tabes juvénile et Tabes héréditaire,

par le Pr RAYMOND.

Fin (1).

Cela dit, il me reste à examiner deux questions :

La première est d'ordre étiologique. Elle concerne les relations éventuelles de la maladie du père et de la maladie du fils.

La seconde se rapporte à l'histoire clinique du tabes infantile et juvénile : le plus jeune de nos deux malades est atteint d'une affection hybride, qui a débuté dans l'enfance, et qui tient à la fois du tabes dorsal et de la maladie de Friedreich. Dans ces conditions nous avons intérêt à interroger les faits, afin de savoir comment le tabes se présente sous le rapport de son expression symptomatique et de son évolution, lorsque ses débuts remontent à l'enfance ou à l'adolescence. Supposez que les faits connus nous montrent que le tabes, dans ces conditions, manifeste une tendance à s'écarter de son expression et de son évolution classiques, pour se rapprocher de la maladie de Friedreich, tout en conservant suffisamment de ses traits propres pour ne pas s'identifier avec celle-ci. Ce sera là, évidemment, un argument à invoquer en faveur de la transmission directe de l'affection du père au fils, chez les deux malades dont je viens de vous raconter l'histoire.

Dans l'éventualité contraire, un pareil argument nous échappe. Et si d'autre part les faits nous montrent que l'hérédité directe joue un rôle nul ou insignifiant dans l'étiologie du tabes, force nous sera de conclure qu'elle n'est pour rien dans le développement de la maladie de ce jeune homme.

La solution de la première question est donc en partie subordonnée à une connaissance exacte des caractères cliniques et de l'évolution du tabes juvénile. Il me paraît donc rationnel d'élucider d'abord ce premier point, sauf à examiner ensuite ce que nous savons du rôle de l'hérédité directe dans l'étiologie du tabes.

* * *

Je vous ai dit qu'il est extrêmement rare que le tabes dorsal se développe chez des enfants et chez des adolescents ; je vous ai promis de vous édifier à cet égard, en vous mettant sous les yeux des documents précis. Eh bien ! c'est tout au plus si, en compulsant les nombreux écrits parus sur le tabes, j'ai pu réunir une demi-douzaine d'exemples de tabes juvénile. Il importe que vous vous fassiez une opinion exacte sur la valeur de ces faits.

Mais d'abord, j'élimine des cadres du tabes juvénile l'observation d'un auteur américain, Kellog (2), que je ne connais que d'après une citation empruntée au *Traité des maladies de la moelle*, du Pr Erb (p. 601). En parlant de la forme héréditaire de l'ataxie locomotrice, Erb a fait remarquer que vraisemblablement les deux observations de Kellog, dant l'auteur n'avait donné qu'une relation des plus fragmentaires, se rattachaient à la maladie décrite par Friedreich. Effectivement, d'autres membres de la même famille étaient signalés par Kellog, comme atteints de la même affection. Je m'autorise précisément de ce caractère familial, pour distraire les observations de Kellog du tabes dorsalis juvénile ; vraisemblablement c'est la maladie de Friedreich qui était en cause.

Je serai moins affirmatif touchant le cas d'un malade dont il est question en quelques mots, dans un travail d'Althaus sur les scléroses de la moelle (1). Il s'agit d'une fillette âgée de 9 ans, qui se trouvant au bord de la mer, avait beaucoup pataugé dans l'eau, les pieds nus. Au bout de quelque temps elle était devenue sujette à des douleurs lancinantes en diverses régions du corps. De plus, les réflexes patellaires étaient abolis des deux côtés. L'hérédo-syphilis n'était pas en cause. De l'avis d'Althaus, il ne s'agissait point, dans ce cas, du tabes typique. Il eût été plus juste de dire que chez cette enfant on se trouvait en présence d'un début de tabes classique, mais de tabes fruste ; seule l'évolution ultérieure du cas était à même de corroborer ce diagnostic ou de le faire repousser. Bien entendu qu'à défaut de renseignements sur le sort de cette fillette, il ne saurait être question de rattacher son cas au tabes juvénile.

Dans deux observations d'un auteur allemand, Freyer (2), et qu'on a prétendu rattacher au tabes juvénile (3), le diagnostic est sujet à caution, ainsi que vous allez en juger. Ces deux observations concernaient deux frères ; nous nous trouvons donc ici en présence d'une maladie familiale. Du reste, un autre enfant de la même famille, le plus jeune, présentait à l'état d'ébauche, la même maladie que ses deux aînés. Chez ceux-ci les troubles de la coordination ont ouvert la marche. Ainsi l'aîné avait été obligé de s'aliter à l'âge de 11 ans, parce qu'une tumeur fluctuante s'était formée à sa cuisse gauche. L'incision de cette tumeur donna issue à une grande quantité de pus. L'enfant garda le lit pendant dix semaines. Lorsqu'il se releva, il avait de la peine à marcher, ce qu'on mit d'abord sur le compte de la faiblesse. Dans la suite, le désordre de la marche ne s'atténua en rien. A l'âge de 16 ans, le malade entra dans une institution, d'où il fut renvoyé au bout de quelques semaines, parce qu'il était sujet au vertige et qu'on lui avait découvert une affection cardiaque. Effectivement il était atteint d'une insuffisance aortique.

M. Freyer a vu le malade à cette époque. Il a constaté l'existence de troubles très prononcés de la coordination sur lesquels je ne crois pas devoir m'appesantir. Ce qui m'importe davantage, c'est la constatation d'un *nystagmus*, qui se manifestait surtout quand

(1) Voir *Progrès médical*, n° 31.

(2) KELLOG. — Two cases of loc. ataxy in children (*Archiv. of Electrol. and Neurolog.*, 1875, vol II, p. 182).

(1) ALTHAUS. — Ueber Sklerose des Rückenmarks, Leipzig, 1884, p. 73.

(2) Freyer. — Zur Tabes im jugendlichen Alter. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, n° 6, p. 91.

(3) A. Hildebrandt. — Ueber Tabes dorsalis in den Kinderjahren. *Inaugural-dissertation*, Berlin, 1892.

© BIU Santé

le malade se mettait à fixer un objet du regard, c'est aussi l'existence de certains *troubles du langage* : le malade parlait lentement et bredouillait par moments. Sans doute il lui était impossible de se tenir d'aplomb, les yeux fermés; sans doute les réflexes patellaires étaient abolis. Mais les pupilles, également dilatées, réagissaient très bien aux efforts d'accommodation et aux impressions lumineuses. La vue était intacte; le fond de l'œil était normal. Les troubles de la sensibilité se réduisaient à fort peu de chose. Le malade n'avait jamais eu de douleurs fulgurantes. Par moments, il ressentait des fourmillements et de l'engourdissement à la plante des pieds, et plus souvent encore une sensation de constriction thoracique. Par places, les impressions tactiles n'étaient pas perçues d'une façon très nette; il y avait même des plaques d'anesthésie tactile. La sensibilité à la douleur et aux impressions de température était intacte, de même que le sens musculaire et les sens spéciaux. Il n'y avait pas non plus de troubles des fonctions génito-urinaires et de l'intestin.

Le frère puîné du précédent malade avait présenté des désordres de la marche et de la maladresse dans les membres supérieurs, depuis sa tendre enfance. A l'âge de 16 ans, lorsqu'il fut examiné par M. Freyer, il présentait les mêmes symptômes que son aîné, sauf qu'il n'avait pas de lésion cardiaque, qu'il n'avait pas non plus de nystagmus et que chez lui les troubles de la sensibilité se réduisaient à un peu d'hypoesthésie tactile.

Enfin, le plus jeune des enfants de la famille, un garçon de 9 ans, était pris d'une sorte d'agitation musculaire, sitôt qu'il se voyait observé; ses doigts exécutaient par moments des mouvements choréiformes. Il ne pouvait se tenir d'aplomb, les yeux fermés. En outre, les réflexes tendineux étaient abolis aux genoux et aux pieds.

Avais-je raison de dire que, dans ces trois cas, le diagnostic de tabes dorsalis est sujet à caution? Déjà le caractère familial de la maladie et le début par l'incoordation motrice sont propres à mettre en doute qu'il se soit agi du tabes vulgaire, de la maladie de Duchenne. L'embarras de la parole, qui existait chez les deux malades les plus âgés, le nystagmus, constaté chez l'aîné, l'absence de troubles oculo-pupillaires et d'anomalie du fond de l'œil, le peu d'importance des troubles de la sensibilité sont autant de caractères propres à faire pencher notre jugement en faveur du diagnostic de maladie de Friedreich. Aussi bien, l'auteur de ces trois observations ne s'était pas dissimulé qu'il avait eu affaire à une forme spéciale de cette maladie. Il s'ensuit qu'il avait cru devoir faire ressortir, en les exagérant un peu, les caractères différentiels qu'on pouvait relever entre ces trois cas et ceux décrits par Friedreich. Le point essentiel à retenir est que les cas de Freyer se rapprochent bien plus de la maladie de Friedreich que du tabes dorsal vulgaire; ils se rattachent aux formes hybrides, intermédiaires à ces deux maladies, dont je vous ai parlé longuement vendredi dernier.

* * *

La même décision s'applique à une observation publiée jadis par MM. A. Gombault et Mallet, sous le titre de : « Un cas de tabes ayant débuté dans l'enfance » (1). Cette observation a été revendiquée par M. Déjerine comme un exemple de névrite interstitielle hypertrophique.

Pour M. G. Marinesco, elle se rattacherait à la forme d'atrophie musculaire progressive, connue sous le nom de type Charcot-Marie. Elle concerne un malade chez lequel, les accidents ont débuté par des désordres du mouvement. Indépendamment de ces désordres, on a constaté une paralysie flasque, complète, des membres inférieurs, une scoliose considérable, une déformation des deux pieds en varus équin, une atrophie en masse des muscles des cuisses et des jambes, une atrophie très avancée des muscles de la main et de l'avant-bras, moins prononcée au bras, bref un ensemble de manifestations étrangères au tabes. A l'autopsie du sujet on a trouvé une sclérose des cordons postérieurs, une atrophie de la substance grise de la moelle, une sclérose hypertrophique des racines rachidiennes et des nerfs périphériques.

C'est donc bien à tort qu'on a prétendu voir dans ce cas un exemple de tabes juvénile.

* * *

Vient ensuite une observation publiée par le Pr Strümpell (1), et qui est en réalité un exemple de paralysie générale juvénile, avec immixtion de symptômes du tabes. Or, vous n'êtes pas sans savoir, je suppose, que ce genre d'association morbide s'observe assez souvent chez l'adulte.

L'observation de Strümpell concerne une fillette de 13 ans, dont le père avait contracté la syphilis en 1870. Il avait présenté des accidents secondaires, peu de temps après, c'est-à-dire deux ans avant la naissance de la fille en question. Celle ci, très débile, avait eu des éruptions, dans le cours de plusieurs années. On avait mis ces éruptions sur le compte de la scrofule.

A l'âge de 13 ans, la fillette, dont l'intelligence s'était bien développée jusqu'alors, fut prise d'une attaque assez bizarre. Elle appela sa mère à son secours, en la priant de lui saisir le bras droit. Ce membre, de même que la jambe droite, était devenu inerte et rigide, en même temps que froid et privé de sentiment. Au bout d'une demi-heure environ, tout était rentré dans l'ordre. Quinze jours plus tard, on assista à une seconde attaque, semblable à la première, mais accompagnée d'une perte momentanée de la parole, par suite de l'impossibilité où se trouvait l'enfant de remuer la langue.

Pendant une année environ, les attaques se sont reproduites toutes les trois ou quatre semaines, leur durée variait d'une demi-heure à une heure. Dans l'intervalle, les parents s'étaient aperçus que leur fillette devenait torpide, inattentive, qu'elle apprenait mal, que sa parole était embarrassée, sa démarche incertaine. La dépression intellectuelle alla en s'accentuant. L'enfant devint sujette aux évacuations involontaires d'urine et de matières fécales.

Au mois de juin 1897, l'enfant fut admise dans le service de Strümpell. Elle présentait alors, de la façon la plus nette, les symptômes de la paralysie générale. En fait de signes somatiques communs à cette maladie et au tabes, on lui a trouvé de l'inégalité de dilatation des pupilles; celles-ci ne réagissaient plus aux impressions lumineuses.

En fait d'anomalie du fond de l'œil, l'examen ophtalmoscopique n'a révélé qu'une certaine décoloration

(1) A. Gombault et Mallet. — Un cas de tabes ayant débuté dans l'enfance. *Archives de médecine expérimentale*, 1889, p. 385.

(1) A. Strümpell. — Progressive Paralyse mit Tabes bei einem 13 jæhrigen Mædchen. *Neurologisches Centralblatt*, 1888, n° 5, p. 122.

© BIU Santé

des papilles, avec une étroitesse manifeste des artères rétiniennes. Enfin, en fait de manifestations appartenant en propre au tabes, l'enfant présentait de l'ataxie aux membres inférieurs, l'abolition des réflexes patellaires, et un certain degré d'hyperalgésie.

Il s'agissait donc, avant tout, dans ce cas, d'un exemple de paralysie générale juvénile. A vrai dire, étant donnée l'étroite parenté du tabes dorsalis et de la paralysie générale, cette observation est propre à démontrer que les deux maladies peuvent se développer l'une et l'autre dans le jeune âge, sous l'influence d'une même cause occasionnelle, la syphilis.

* * *

Je passe maintenant aux faits que l'on peut considérer comme des exemples authentiques de tabes juvénile.

Je vous citerai d'abord un cas mentionné par Leyden (1), dans son traité des maladies de la moelle (1863). Il concerne un malade qui, à l'âge de 14 ans, avait été pris de douleurs fulgurantes dans les jambes, avec sensation d'engourdissement à la plante des pieds. Deux ans plus tard, l'ataxie s'était montrée aux membres inférieurs, et plus tard aux membres supérieurs. Le malade avait eu de la diplopie transitoire, de l'incontinence des matières fécales. Il était devenu sujet aux crises gastriques. Il présentait des troubles très prononcés de la sensibilité superficielle et profonde, et de l'hypotonie musculaire à un degré considérable. En dernier lieu, l'incoordination motrice était très prononcée aux quatre membres.

Voilà donc un exemple bien net de tabes juvenile.

En voici trois autres, qui ont été publiés par B. Remak (2); ils ont été tirés de la clinique de Hirschberg, un oculiste bien connu :

Une fillette, issue de parents syphilitiques, avait fait une chute sur l'occiput, à l'âge de neuf ans. Peu de temps après, elle était devenue sujette à une incontinence d'urine, nocturne d'abord, puis diurne et nocturne. Ce symptôme alla en s'aggravant. Puis il s'y associa de l'incontinence des matières fécales. Les manifestations subséquentes ont consisté en pertes de connaissance, vomissements, douleurs intermittentes très fortes, siégeant à la région occipitale ; ptosis à gauche, diplopie, faiblesse croissante de la vue, en rapport avec une atrophie double du nerf optique ; sensation de constriction en ceinture, hypoesthésie tactile et hypoalgésie, accusée surtout au niveau des jambes, douleurs lancinantes dans les quatre membres ; il n'y avait pas d'ataxie.

La plupart de ces symptômes se sont amendés dans la suite ; finalement, il ne subsistait plus que l'incontinence d'urine, l'amblyopie et l'abolition des réflexes patellaires. Je vous dirai tout à l'heure ce qui est advenu de cette fillette.

La seconde observation concerne un garçon de 14 ans, qui était venu consulter Hirschberg, parce que depuis environ six mois sa vue avait baissé progressivement. L'examen du fond de l'œil fit constater une atrophie double du nerf optique. Le réflexe patellaire était aboli des deux côtés. En outre, l'enfant avait de l'incontinence d'urine depuis environ une année ; nocturne d'abord, cette incontinence était devenue incessante. On n'avait pas pu découvrir d'autres manifestations du tabes. Les parents de l'enfant niaient avoir eu la syphilis. Cependant une amélioration survint dans l'état de la vue, après qu'on eut soumis l'enfant à un essai de traitement mixte.

Enfin, chez un adolescent de 16 ans, qui se plaignait de ce que sa vue avait baissé depuis quelques semaines, l'examen ophtalmoscopique fit également découvrir une atrophie bilatérale du nerf optique. Depuis trois années, le malade avait de l'incontinence d'urine. Depuis deux années, il avait eu, à plusieurs reprises, de violentes douleurs lancinantes au niveau des incisives ; celles-ci étaient d'ailleurs parfaitement saines. Avec cela, on constatait l'existence du signe de Romberg, l'abolition du phénomène du genou des deux côtés, de l'hypoesthésie tactile et de l'hypalgésie disséminée par plaques, au niveau des membres inférieurs. L'enquête faite sur les antécédents de ce jeune homme a donné des résultats particulièrement instructifs : la mère avait eu deux avortements ; le père avait contracté la syphilis à l'âge de 25 ans. Depuis des années il se plaignait de douleurs rhumatismales dans les bras et les jambes ; à plusieurs reprises il avait éprouvé des troubles de la miction. E. Mendel, qui l'a examiné à fond, a constaté chez lui un ensemble de manifestations qui autorisaient le diagnostic de tabes incipiens : signe de Romberg ; perte de l'équilibre à la suite d'un rapide mouvement de conversion ; inégalité de dilatation des pupilles, douleurs fulgurantes dans les membres ; anesthésie au niveau des doigts et des orteils ; par endroits, ralentissement de la perception ; abolition du réflexe patellaire et du réflexe plantaire.

Bien entendu, j'aurai à revenir sur ces deux cas de tabes chez le père et le fils.

* * *

Voici maintenant deux observations publiées par E. Mendel, dont la première fait double emploi avec une de celles qui précèdent. En effet, elle concerne le sujet de la première des trois observations de B. Remak. Elle nous renseigne sur l'évolution subséquente du cas.

Il s'agissait, je vous le rappelle, d'une fillette qui avait présenté les premières manifestations du tabes à l'âge de dix ans. A un moment donné, une amélioration considérable était survenue dans l'état de l'enfant. Cette amélioration n'a pas persisté. Dans les dix années qui ont suivi, la maladie a repris sa marche progressive. L'amblyopie a dégénéré en amaurose complète. L'ataxie a fait son apparition aux membres inférieurs d'abord, puis aux mains. En dernier lieu, les membres inférieurs avaient été frappés d'une paralysie complète, qui s'était étendue aux sphincters de la vessie et de l'anus. La malade était clouée au lit depuis des années, à l'époque où Mendel (1) a fourni sur son compte les renseignements que je viens de vous communiquer.

La seconde observation, publiée par Mendel, concerne un jeune homme de 21 ans, manifestement entaché de la syphilis héréditaire. A l'âge de onze ans, il avait été atteint d'une faiblesse de la vue, qui, peu à peu, avait abouti à une cécité complète. Depuis deux années, ce jeune homme était tourmenté par des douleurs fulgurantes dans les jambes et par des maux de tête. Par moments, il avait de l'ischurie et une légère incontinence. Il n'avait jamais eu d'érections ni de pollutions. Ses

(1) Leyden. — Die graue Degeneration der hinteren Rückenmarkstrænge. Berlin 1863, p. 270.

(2) B. Remak. — Drei Fælle von Tabes im Kindesalter. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1885, n° 7, p. 105.

(1) E. Mendel. — Die hereditaere Syphilis in Beziehung z. Entwickelung von Krank. des Nervensystems. — *Festschrift gewidmet.* G. Lewin. — Berlin, 1896, p. 141.

© BIU Santé

pupilles étaient dilatées, la droite plus que la gauche ; elles ne réagissaient plus. Des deux côtés il y avait atrophie de la papille. De *nystagmus*, point. Il y avait en outre de l'hypoalgésie au niveau des jambes et une légère diminution de la sensibilité profonde aux pieds. Le réflexe patellaire était aboli des deux côtés. Enfin, il n'existait aucune trace d'incoordination motrice, en dehors d'un certain degré d'incertitude de la démarche.

* * *

Voila donc quatre autres observations de tabes juvénile qui rentrent dans les cadres du tabes classique. Un symptôme prédominant leur est commun à toutes les quatre, c'est l'amblyopie symptomatique d'une atrophie bilatérale du nerf optique. Cette atrophie est survenue à titre de manifestation, sinon *initiale*, du moins *précoce*. Contrairement à ce qui s'observe d'habitude chez l'adulte, ce *début par l'atrophie du nerf optique n'implique pas une lenteur insolite de l'évolution du tabes*. C'est chose démontrée, et j'ai insisté là-dessus, dans une de mes leçons de l'année dernière (1) que le tabes quand il débute chez un adulte par l'atrophie du nerf optique, est en quelque sorte enrayé dans son évolution progressive. L'expression clinique, dans ces cas-là, a une tendance à se résumer dans l'amaurose symptomatique d'une atrophie du nerf optique ; tout au plus l'amaurose s'accompagne-t-elle de douleurs fulgurantes et de l'abolition du phénomène du genou. En tout cas l'incoordination motrice se montre très tardivement, si tant est qu'elle se montre. Rien de pareil n'avait lieu dans les quatre cas de tabes juvénile que je viens de passer en revue. Si nous trouvons l'atrophie du nerf optique associée à des troubles oculo-pupillaires, à des paralysies des muscles extrinsèques de l'œil, à de l'incontinence des sphincters, à des troubles objectifs de la sensibilité, etc., voire à de l'incoordination motrice, sans compter bien entendu l'abolition du phénomène du genou et les douleurs fulgurantes, sans compter que dans les quatre cas l'évolution a été à la fois progressive et à marche relativement rapide.

* * *

Est-ce à dire que toujours l'amblyopie en rapport avec une atrophie du nerf optique figure parmi les manifestations précoces du tabes juvénile ? Non pas ; indépendamment de l'observation de Leyden, dont je viens de vous parler, je suis à même de vous en citer quatre autres qui prouvent le contraire ; ils sont de publication récente :

La première a fait l'objet d'une présentation à la Société royale de Médecine de Londres, de la part de M. Thomas Wilson, dans le courant de l'année dernière. Elle concerne une jeune femme de 26 ans, qui avait été prise de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, à l'âge de 16 ans. Cette femme s'était mariée à 23 ans, et elle avait eu six grossesses, dont une, l'avant-dernière, avait abouti à une fausse-couche. Au moment de la présentation de cette malade, on constatait chez elle, en fait de manifestations du tabes : des arthropathies de la hanche et du genou aux deux membres ; le signe de Romberg ; de l'hypoesthésie cutanée, la perte du sens musculaire ; des troubles du côté des sphincters ; le signe d'Argyll-Robertson (la malade avait eu du strabisme passager). La syphilis ne paraissait être pour rien dans le développement du tabes, chez cette femme.

(1) F. Raymond. — Clinique des maladies du sytème nerveux. *Deuxième série*. Paris 1897, p. 574

A l'occasion de cette présentation le Dr Norman Moore a mentionné le cas d'une jeune fille de 16 ans, qui présentait, indépendamment de certains stigmates irrécusables de la syphilis héréditaire, un ensemble de manifestations autorisant le diagnostic de tabes dorsalis : abolition du phénomène du genou, signe de Romberg, signe d'Argyll-Robertson, strabisme intermittent, anesthésie superficielle, perte du sens musculaire, fracture spontanée.

Les deux autres figurent dans un travail de M. Berbez (1). L'une concerne un malade, fils d'une mère épileptique, qui avait présenté les premières manifestations du tabes à l'âge de 16 ans, sous la forme de douleurs fulgurantes et d'un mal perforant. Il présentait en outre le signe de Romberg, l'abolition des réflexes plantaires et rotuliens, le signe d'Argyll-Robertson, de la diplopie intermittente, des crises de douleurs urétro-iléo-scrotales, des crises laryngées, etc., etc. Chez l'autre malade, une jeune fille, le tabes avait débuté à l'âge de 17 ans, à la suite d'une tentative de suicide, par des douleurs fulgurantes dans les membres et la ceinture. Plus tard on a noté, entre autres manifestations du tabes, l'abolition des réflexes, le signe de Romberg, la diplopie, du myosis, la chute des ongles et des dents, des plaques disséminées d'anesthésie, de l'incoordination motrice, des crises gastriques, laryngées, pseudo-néphrétiques, etc., etc.

* * *

En dehors de ces neuf observations, je ne connais guère que deux cas susceptibles d'être rattachés au tabes juvénile. L'un est mentionné en termes très sommaires par mon collègue et ami A. Fournier, dans ses *leçons sur la période préataxique du tabes d'origine syphilitique* (p. 335) ; l'autre, publié par M G. Ballet (2), est sujet à caution. En effet, suivant le propre diagnostic de mon prédécesseur Charcot, cette observation de M. Ballet se rapportait à un cas d'ataxie locomotrice *anormale*. Le sujet, un homme de peine, avait 17 ans passés, lorsqu'un matin il se réveilla avec des fourmillements dans le bras gauche. Ces fourmillements ont persisté pendant plus de deux mois. Puis le malade a présenté successivement une paralysie faciale gauche, la perte de l'ouïe de ce même côté, de la diplopie, du strabisme de l'œil gauche avec une paralysie de la sixième paire, de la déviation de la langue, une certaine gêne pour parler et pour avaler, de l'anesthésie avec parésie motrice aux membres du côté gauche. Le malade marchait difficilement et il avait de la tendance à aller à gauche. Plus tard, passé vingt ans, il a eu des douleurs dans les jointures ; son coude gauche était devenu raide et le siège d'une tuméfaction indolente. Enfin, en dernier lieu, il présentait une hémiatrophie de la langue et une atrophie du deltoïde, des muscles sous-épineux, du biceps, des muscles de la main, à gauche. De ce même côté, la tête humérale avait subi une augmentation de volume du tiers.

* * *

Nous voilà en possession des éléments indispensables pour répondre à la question que je posais tout à l'heure. Nous sommes, ce doit être votre avis comme le mien, autorisés à conclure, d'abord que le tabes juvénile est très rare, — pour ce qui me concerne, sur un total de plus

(1) P. Berbez. — Tabes précoce et hérédité nerveuse. *Progrès médical*, 23 juillet 1887, n° 30, p. 59.
(2) Ballet. — *Archives de Neurologie*, 1884, p. 195.

© BIU Santé

GLYCÉROPHOSPHATES EFFERVESCENTS.
LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATES
de CHAUX
de Soude ou de Fer effervescents.

Régénérateurs et stimulants du système nerveux, dont ils constituent l'élément vital. — L'action bienfaisante de la chaux et du fer sur la substance osseuse et le sang complète la médication par les glycérophosphates.

BIOSINE LE PERDRIEL
GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE
de Chaux et de Fer effervescent.

La Biosine représente le plus complet des reconstituants et des toniques de l'organisme. Son action puissante s'opère à la fois sur les systèmes nerveux, osseux et sanguin, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.

Se recommandent par leur emploi et leur goût agréables. N'étant pas à base de sucre, ils conviennent à tous les tempéraments, n'amènent pas la constipation et peuvent être mis en usage par les diabétiques.

Pris aux repas, ils activent la digestion par l'acide carbonique qu'ils dégagent et qui facilite leur assimilation.

LE PERDRIEL & Cie, PARIS

VICHY
SOURCES DE L'ETAT
CÉLESTINS, GRANDE-GRILLE, HOPITAL
PASTILLES VICHY-ETAT
SELS VICHY-ETAT
COMPRIMÉS DE VICHY
PARIS, 24, BOULEVARD DES CAPUCINES, PARIS

COLIQUES HÉPATIQUES NÉPHRÉTIQUES et UTÉRINES
CAPSULES BRUEL
d'Ether Amyl-Valérianique
Chaque Capsule contient 15 centigrammes.
Elles peuvent être administrées, suivant les cas, à raison de 2 à 6 et même 8 par vingt-quatre heures.

ANTISEPSIE PANSEMENT des Plaies.
DIIODOFORME TAINE
Iodoforme sans odeur
L'aspect du diiodoforme pulvérisé est en tout semblable à celui de l'iodoforme, il est jusqu'à présent le seul composé organique stable qui renferme la même quantité d'iode que l'iodoforme ordinaire. Le **DIIODOFORME TAINE** peut donc remplacer l'iodoforme dans tous les cas où l'on a coutume de faire intervenir celui-ci; il doit lui être préféré toutes les fois qu'il y a intérêt à réaliser un pansement ou à constituer une préparation inodore.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS
OREZZA
PROPRIÉTÉ DU DÉPARTEMENT DE LA CORSE
EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE
La plus riche en FER et ACIDE CARBONIQUE
Cette **EAU** n'a pas de rivale pour la guérison des
GASTRALGIES — FIÈVRES — CHLOROSE — ANÉMIE
ET TOUTES LES MALADIES PROVENANT DE
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG

ASTHME et CATARRHE
Guéris par les CIGARETTES ou la POUDRE **ESPIC**
Oppressions, Toux, Rhumes, Névralgies.
1res Phies, 2f la Bte. Vente gros : 20, r. St-Lazare, Paris.
Exiger la Signature ci-contre sur chaque Cigarette.



VIN TANNIQUE
DE BAGNOLS-SAINT-JEAN
Médaillé aux Expositions de Philadelphie 1876, Sidney 1879,
Médaille d'Argent Anvers 1885, Médaille d'Or Paris 1885.
Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la **chlorose**, la **phthisie** avec **atonie**, le **rhumatisme chronique**, la **goutte atonique** ou **viscérale**, et toutes les **dyspepsies**; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.
VENTE EN DÉTAIL : DANS TOUTES LES PHARMACIES.
Expédition en Province, par caisse de 12 bouteilles, *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.
PRIX : ***3 francs*** LA BOUTEILLE DE 83 CENTILITRES,
ET 1 fr. 75 LA 1/2 BOUTEILLE DE 50 CENT.
Entrepôt général E. DITELY, propre, 18, Rue des Ecoles, PARIS.



CHEMINS DE FER DE L'OUEST
EXCURSIONS
A JERSEY ET A GUERNESEY
La Compagnie des chemins de fer de l'Ouest fait délivrer, toute l'année, des billets d'aller et retour de Paris à Jersey (Saint-Hélier) comprenant la traversée de France à Jersey et valables pendant un mois, aux prix suivants :

I. *Billets valables à l'aller et au retour par Granville.*

1re classe : **70** fr. **10**; 2e classe : **49** fr. **05**; 3e classe : **35** fr. **25.**

II. *Billets valables à l'aller par Granville, au retour par Saint-Malo* (ou inversement) *et permettant d'effectuer l'excursion du Mont-Saint-Michel* (parcours en voiture compris dans le prix du billet).

1re classe : **78** fr.; 2e classe : **55** fr. **40**; 3e classe : **40** fr. **15.**

© BIU Santé

Extrait de **3** Rapports **JUDICIAIRES** par 3 de nos plus éminents chimistes-experts, professeurs des Écoles de Médecine et de Pharmacie de Paris :

« *Au point de vue* **thérapeutique**, *l'efficacité de l'Extrait* « *de Malt Français Déjardin nous paraît* **incontes-** « *table et confirmée par de* **très nombreux cas** « *dans lesquels cette préparation a été* « *ordonnée* **avec le plus grand succès.** « *Il est de* **notoriété publique** « *qu'il est prescrit* « *journellement par* « *les* **Médecins.** »

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

Bière de Santé Diastasée Phosphatée

Glycérophosphates organisés à l'état naissant.

L'énergie des **Ferments**, la puissante action de la **QUASSINE** et autres toniques qu'il contient, en font le **plus remarquable AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE** *qui existe.*

Spécifique indiqué à tous les âges de la vie, de l'ANÉMIE, des TROUBLES DIGESTIFS et des AFFECTIONS de l'ESTOMAC.

SEUL ADMIS DANS LES **HOPITAUX** DE **PARIS.**

E. DÉJARDIN, Phᵉⁿ-Chimᵗᵉ de 1ʳᵉ cl. *Ex-Int. des Hôpitaux*, 109, Boulᵈ Haussmann, PARIS.

PILULES DE SURINAM

(Quassine, Maltine et Lupuline pure)

DIGESTIVES, TONIQUES, NÉVROSTHÉNIQUES ET LAXATIVES

Spécifique des **DYSPEPSIES** et de la **CONSTIPATION** (même la plus opiniâtre).

E. DÉJARDIN, Phᵉⁿ-Chimᵗᵉ, 109, Boulᵈ Haussmann, Paris.

NUTRITINE DÉJARDIN

FARINE DE SANTÉ DIASTASÉE

DIRECTEMENT ASSIMILABLE

aux Malts d'Orge, d'Avoine et de Froment

Elle constitue le complément indiqué du Traitement par l'***Extrait de Malt Français*** dans les Affections si multiples des ***Organes*** de la ***Digestion***.

E. DÉJARDIN, 109, Boulᵈ Haussmann, Paris.

„La meilleure eau purgative naturelle“

Hunyadi János

Action prompte, sûre et douce

Réputation universelle

Se méfier des contrefaçons

Exiger l'étiquette portant le nom

„**Andreas Saxlehner**“

Chez les marchands d'Eaux minérales et dans les Pharmacies

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DESINFECTANT

Antidiphthéritique

NI CAUSTIQUE, NI VÉNÉNEUX

Admis dans les Hôpitaux de Paris

Dépôts dans les Pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.

Bien spécifier : **Coaltar saponiné Le Beuf**

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE anc. GILLIARD, P. MONNET & CARTIER **LYON**



ANESTHESIE LOCALE

NEVRALGIES

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

HIVER 1896-1897

EXCURSIONS

AUX

Stations Thermales et Hivernales

DES

PYRÉNÉES ET DU GOLFE DE GASCOGNE

Arcachon, Biarritz, Dax, Pau, Salies-de-Béarn, etc.

Tarif spécial G. V. N° 106 (Orléans).

Des billets d'Aller et Retour, avec réduction de 25 0/0 en 1ʳᵉ classe et de 20 0/0 en 2ᵉ et 3ᵉ classes, sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations hivernales et thermales du réseau du Midi, et notamment pour :

Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), *Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn*, etc.

DURÉE DE VALIDITÉ : 25 JOURS

non compris les jours de départ et d'arrivée.

Pour plus amples renseignements, consulter le Livret-Guide de la Compagnie, dont l'envoi gratuit est fait sur demande adressée à l'Administration centrale, 1, pl. Valhubert, Paris.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

BILLETS D'ALLER ET RETOUR A PRIX RÉDUITS

La Compagnie des Chemins de fer de l'Ouest délivre, toute l'année, de Paris à toutes les gares de son réseau (grandes lignes) et *vice versa*, des billets d'aller et retour comportant une réduction de 25 0/0 en 1ʳᵉ classe et de 20 0/0 en 2ᵉ et 3ᵉ classe, sur les prix doublés des billets simples à place entière.

La durée de validité de ces billets est fixée ainsi qu'il suit :

De 1 à 30 kilom., 1 jour; de 31 à 125, 2 jours; de 126 à 250, 3 jours; de 251 à 400, 4 jours; de 401 à 500, 5 jours; de 501 à 600, 6 jours; au-dessus de 600, 7 jours.

Les délais indiqués ci-dessus ne comprennent pas les Dimanches et jours de fête. -- La durée des billets est augmentée en conséquence.

© BIU Santé

de cinq cents cas de tabes, je n'ai pas rencontré de cas de tabes juvénile. Ensuite à en juger par les quelques faits connus, nous pouvons conclure que le *tabes dorsal, quand il se développe pendant l'enfance ou l'adolescence, ne diffère pas du tabes de l'adulte*; tout au plus semble-t-il qu'une amblyopie en rapport avec une atrophie du nerf optique figure avec une fréquence relativement grande parmi les manifestations premières du tabes juvénile, sans que pour cela le tabes soit enrayé ou retardé dans son évolution progressive.

Le cas du jeune malade que je vous ai présenté, il y a un instant, n'a donc rien à voir avec le tabes juvénile, à ne s'en rapporter qu'à l'expression clinique.

* * *

Il me reste dès lors à envisager la question à un autre point de vue. Il me reste à examiner si le tabes est quelquefois un produit de l'hérédité directe, et si, dans ces cas là, il revêt des caractères insolites qui rappellent plus ou moins ceux que nous avons relevés chez notre second malade.

Je vous ai déjà signalé, au début de cette leçon, la rareté des exemples connus de tabes dorsal survenus dans les conditions que je viens de dire, survenus chez des sujets dont l'un des ascendants paternels ou maternels était affecté de la même maladie. Le moment est venu de vous fournir les preuves de cette assertion.

Laissez-moi vous faire remarquer d'abord que la plupart des auteurs qui ont écrit sur l'étiologie du tabes, ont représenté comme nulle, ou comme de peu d'importance, le rôle de l'hérédité directe dans le développement de cette maladie.

Marius Carré (1), dans sa thèse inaugurale, cite bien (Obs. I) l'observation d'une femme de 26 ans, qui comptait dans sa famille 18 personnes atteintes de la même maladie qu'elle. Cette maladie s'est traduite par des fourmillements dans les extrémités, par des douleurs dans les cuisses, par de la faiblesse de la vue, par de l'ataxie dans les membres supérieurs. Il est vrai que la malade avait de l'*embarras de la parole*, et qu'on n'a pas constaté chez elle le moindre indice d'anesthésie superficielle ou profonde. Voilà qui autorise un point de doute, relativement à la légitimité du diagnostic.

Topinard, dans son traité de l'ataxie locomotrice (2), s'est trouvé réduit à citer cette observation de Carré, comme preuve d'une *influence de famille* dans le développement de la maladie en question.

Duchenne (de Boulogne) a déclaré que malgré le soin extrême qu'il avait mis à étudier les antécédents de ses malades, dans les cas d'ataxie locomotrice qu'il avait eu l'occasion d'observer, il n'avait pu entrevoir la moindre cause prédisposante ou déterminante (3).

Déjerine (4), dans sa thèse sur l'hérédité dans les maladies du système nerveux, déclarait, en parlant du tabes dorsal, de la maladie de Duchenne, qu'il n'avait guère été publié de cas absolument démonstratif de *transmission directe* de cette affection des parents aux enfants.

Des exemples de ce genre existent cependant. Je vous en ai cité un tout à l'heure, publié par Remak; il s'agit de ce jeune homme de 16 ans, chez qui le tabes a débuté par une atrophie double des nerfs optiques, et dont le père également présentait les symptômes du *tabes incipiens*. Incidemment je crois devoir faire remarquer qu'il ne semble pas que, chez le père, le début du tabes remontât à l'époque de la conception du fils.

Je note ensuite que le Pr Erb (1), sur un total de 275 cas de tabes, qu'il avait été à même d'examiner, en comptait deux concernant des malades dont les pères avaient été atteints de la même affection. Quant au reste, ainsi qu'il le répétait dans une lettre récente qu'il a bien voulu m'adresser à ce sujet, Erb ne croyait pas pouvoir conclure de ces deux cas à une influence directe de l'hérédité sur le développement du tabes. Le frère d'un de ces malades avait été atteint de la paralysie générale des aliénés; le père était mort tabétique. Le malade, qui était médecin, affirmait n'avoir jamais eu ni chancre, ni autre manifestation de la syphilis; toutefois il avait les ganglions des aines engorgés. Il est possible, a fait remarquer Erb, que le père ait eu la vérole, et que les deux fils, l'un affligé du tabes, l'autre de la paralysie générale, aient été des victimes de l'hérédo-syphilis.

L'autre cas, mentionné par Erb, concernait un homme de 29 ans, qui avait contracté la syphilis à l'âge de 20 ans, et qui présentait les symptômes du tabes depuis quatre années. Son père, âgé de 69 ans, était tabétique depuis une vingtaine d'années; lui également avait eu autrefois un chancre induré.

Je suis d'accord pour reconnaître avec Erb que des faits de ce genre ne prouvent qu'une chose, le rôle prépondérant de la syphilis dans le développement du tabes.

Enfin, dans le travail de P. Berbez, dont je vous ai déjà parlé, il est question (Obs. I) d'un tabétique qui était fils « d'un tabétique paralytique général », ainsi que d'une femme tabétique (Obs. VIII) dont la mère était vraisemblablement ataxique.

En somme, il est extrêmement rare que le tabes s'observe chez des sujets dont l'un des ascendants, père ou mère, a été atteint de cette même affection. De plus, dans les quelques cas où cette coïncidence a été constatée, le tabes ne revêtait pas des caractères particuliers, insolites, rappelant de près ou de loin ceux que nous constatons chez le plus jeune de nos deux malades.

Vous voyez d'ici la conclusion qui se dégage de la double étude à laquelle je viens de me livrer : c'est que l'affection présentée par notre second malade n'est pas un cas de tabes infantile, partant, on ne saurait y voir un exemple de tabes héréditaire. Il ne me paraît pas douteux que la maladie présentée par ce jeune homme ne soit un fruit de l'hérédité, mais de l'hérédité indirecte, telle que nous la voyons intervenir dans une foule de cas de maladies nerveuses, et notamment dans des cas de tabes. Eu égard à l'expression clinique, nous avons affaire à un de ces cas hybrides, dont nous connaissons déjà un certain nombre d'exemples, et qui empruntent à la fois leurs traits au tabes dorsal et à la maladie de Friedreich. Eu égard à l'étiologie et à la pathogénie, le cas doit évidemment être considéré comme la conséquence d'une tare neuropathique congénitale. Que la maladie du père ait, si je puis m'exprimer ainsi, déteint sur le fils, sous la forme d'un certain nombre de manifestations tabétiques et notamment de l'atrophie

(1) Marius Carré. — De l'ataxie locomotrice progressive. *Thèse de Paris*, 1862.
(2) Topinard. — De l'ataxie locomotrice, Paris, 1864.
(3) Duchenne. — De l'électrisation localisée, 3e édition, Paris, 1872, p. 654.
(4) Déjerine. — L'hérédité dans les maladies du système nerveux. Paris, 1886, p. 179.

(1) Erb. — Zur Aetiologie der Tabes. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, nos 29 et 30.

© BIU Santé

papillaire, rien de plus vraisemblable. L'intéressant serait de déchiffrer les raisons du caractère mixte que revêt l'expression clinique chez ce jeune homme, et de dégager de l'ensemble des faits analogues les lois qui président à la constitution de ces formes hybrides de maladies nerveuses, dont je vous ai montré d'intéressans exemples, dans la leçon d'aujourd'hui et dans celle de vendredi dernier. Il y a longtemps que je porte mon attention sur ce point. Un jour ou l'autre, je compte vous faire part des résultats de mes observations et de mes méditations sur cette importante question qui touche à la fois à l'étiologie et à la pathogénie des maladies nerveuses.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Conférence Bibliographique internationale de Bruxelles en 1897.

Du 2 au 4 août dernier a eu lieu à Bruxelles, à l'Hôtel Ravenstein, la deuxième conférence bibliographique internationale, réunion ordinaire des membres de l'Institut international de Bibliographie. L'assistance, fort nombreuse, comprenait un grand nombre de bibliographes et de bibliothécaires de tous les pays du monde, y compris l'Amérique du Nord. Notre pays était surtout représenté par M. le général Sebert, membre de l'Institut de France, et M. Marcel Baudouin, secrétaire général de la section française de l'Institut international et Directeur de l'*Institut international de Bibliographie scientifique* de Paris. M. le chevalier Deschamps-David, M. le sénateur Lafontaine, président, et M. Otlet, secrétaire général pour la Belgique, ont fait à Bruxelles les honneurs de la conférence et montré à tous les Congressistes les progrès réalisés à leur bureau depuis la première conférence de septembre 1895.

Pendant les trois jours qu'a duré cette réunion, de nombreux rapports, suivis de discussions importantes, ont été communiqués en particulier par MM. Yunker (Vienne), Otlet, Baudouin (M.) et Field, directeur du *Concilium bibliographicum* (Zoologie), de Zurich. Après la constitution du bureau et la visite des installations bruxelloises a eu lieu une intéressante conférence de M. Otlet, qui a fait ressortir la nécessité d'un *répertoire bibliographique universel* et a recommandé, à cet effet, l'adoption de la *classification décimale*. M. Otlet s'est aussi déclaré favorable à la création d'*offices bibliographiques dans tous les pays* (*Instituts nationaux*) et d'offices spéciaux à chaque science (*Instituts spécialisés*), entre lesquels se ferait un échange constant de fiches, qui seraient distribuées ensuite aux bibliothèques des différentes contrées. M. Otlet a ensuite fait l'historique de la classification décimale, appliquée d'abord par un bibliophile de Milan et reprise et popularisée par Melvil Dewey. Il a terminé en décrivant les modes divers de coopération au répertoire bibliographique universel et en signalant les types de publications. La conférence très substantielle et fort claire de M. Otlet a été très goûtée par ce public de spécialistes. Les membres du Congrès ont ensuite, sous la direction de M. Lafontaine pour la sociologie, de M. Baudouin pour les sciences médicales, de M. Field pour la zoologie, de M. Otlet pour la bibliographie générale, examiné attentivement le fonctionnement du système de classification adopté par l'office de Bruxelles.

La seconde séance de la conférence, qui a été la plus importante, s'est ouverte, le mardi, sous la présidence de M. le chevalier Descamps-David et l'assemblée a entamé le second point de l'ordre du jour : l'*organisation générale du répertoire bibliographique universel*. M. Funck-Brentano, bibliothécaire à Paris, s'est déclaré adversaire résolu du système décimal. Il a énuméré les inconvénients que, selon lui, présente le système. M. Marcel Baudouin, « dont on connaît la haute compétence et l'initiative en ces questions de bibliographie, dit *la Clinique* (de Bruxelles) (1) », a réfuté point par point les objections de M. Funck-Brentano, et a montré qu'on pouvait parfaitement, *avec une dépense relativement minime*, classer décimalement les millions de livres que possède la Bibliothèque nationale de Paris. La question a soulevé, en outre, une longue discussion entre MM. Deschamps, Junker, Otlet, Weissembruch, Vanderhaegen et le général Sebert. M. le comte Vander Straeten-Ponthoz a rendu ensuite hommage à l'initiative des bibliographes et s'est déclaré heureux d'avoir pu se rendre compte de l'importance des résultats acquis. A onze heures et demie, les membres de la conférence ont visité les installations de la Bibliothèque royale, où ils ont été reçus par M. Fétis, conservateur en chef.

M. le président a annoncé à l'assemblée que M. Rambaud, Ministre de l'Instruction publique de France, s'était excusé par dépêche de n'avoir pu se faire représenter officiellement à la conférence et formulait les meilleurs souhaits pour la réussite de ses travaux.

Parmi les communications pouvant intéresser plus spécialement les médecins et les biologistes, nous citerons surtout celles de MM. H. Field (de Zurich) et Marcel Baudouin (de Paris), qui ont signalé à la conférence les efforts qu'ils font, chacun de leur côté, pour établir, dans le domaine des sciences dont ils s'occupent plus spécialement, un *répertoire onomastique* et *idéologique des Analyses*, publiées dans les livres et revues pour les travaux les plus divers. M. Field, qui va bientôt publier des fiches de ce genre, a indiqué la façon dont il procède pour les établir.

M. Marcel Baudouin a montré que, depuis trois années, il travaille à la confection de ce répertoire, lequel comprend aujourd'hui déjà près de 200.000 fiches de ce genre, pour les sciences biologiques en particulier. Ce sont ces fiches que M. Baudouin appelle *Fiches indicatrices d'Analyses* et qui sont du même format que les Fiches bibliographiques ordinaires, bien connues aujourd'hui du corps médical. Il a fait remarquer que c'est la première fois que l'on pratique un tel dépouillement des publications et des livres, car il ne connaît pas de publications ayant trait à des *Index d'Analyses*, alors que l'on possède déjà de merveilleux index bibliographiques. Jusqu'à présent, cette collection de l'Institut de Bibliographie de Paris est donc unique au monde ; comme elle sera bientôt terminée en double exemplaire (*Catalogue par noms d'auteurs* et *Catalogue idéologique*, classé également décimalement), elle rendra les plus grands

(1) Voir numéro du 5 août 1897, p. 504.

© BIU Santé

services pour les travaux scientifiques de langue étrangère. Elle constitue le début d'un autre grand répertoire de fiches, qu'on pourra appeler *Répertoire universel d'Analyses*.

Le succès de la Conférence bibliographique de Bruxelles a été très réel et il est regrettable de voir les médecins français, qui s'intéressent à ces questions, délaisser complètement des réunions internationales aussi sérieuses et aussi fructueuses. Mais il faudra encore bien des années avant que, dans notre monde, on comprenne la portée et l'utilité immédiates de ces travaux de bénédictins! Nous avons perdu le respect des anciens et nous n'avons pas encore acquis celui de la propriété intellectuelle et scientifique !

Marcel BAUDOUIN.

Association française pour l'avancement des Sciences.

Congrès de Saint-Étienne, 1897.

Le 26e Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences s'est ouvert, la semaine dernière, à Saint-Etienne. La séance d'ouverture a eu lieu au Grand-Théâtre, sur la scène duquel avaient pris place, aux côtés de M. Marey, de l'Institut, l'éminent physiologiste, président du Congrès, le préfet de la Loire, le maire de Saint-Etienne, M. Chavanon, MM. Audiffred, député; Reymond, sénateur; Gillet, M. le Pr Gariel, ainsi que de nombreux savants.

M. MAREY, après les remerciements d'usage, a prononcé un remarquable discours, traitant *de la méthode graphique et des sciences expérimentales*. Après avoir dépeint et défini le physiologiste lui-même, l'orateur a montré l'importance du rôle que jouent les instruments en physiologie, en exposant la part qui leur revient dans le développement actuel des connaissances sur la circulation du sang. M. Marey a résumé ensuite ses beaux travaux personnels sur la chronophotographie et indiqué les multiples applications qui en ont été faites. Il a fait ressortir en terminant combien est souhaitable une entente internationale des physiologistes et combien elle contribuerait à accélérer le progrès.

Après M. Marey, M. CARTAZ, secrétaire-adjoint du Conseil de l'Association française, en l'absence de M. BLANC, secrétaire, retenu par la maladie, a présenté le rapport d'usage sur la session dernière et sur l'année qui vient de s'écouler. Il a rappelé d'une façon générale les résultats obtenus par l'Association et donné lecture de l'exposé financier de sa situation.

M. GALANTE, trésorier, a lu un rapport sur les finances de l'Association, qui, on le sait, sont très prospères, puisqu'il y a un actif de plus d'un million. Aussi nous semble-t-il qu'on ferait très bien d'en employer au moins une partie à des œuvres utiles, plutôt que laisser le tout dormir dans les caisses de l'État. Quelle drôle de manie de capitaliser sans cesse, là comme à l'Association générale des Médecins de France !

M. Marey a finalement déclaré le Congrès ouvert. Les congressistes, sous la direction de M. Gariel, se sont rendus au lycée, où ils se sont répartis en dix-sept sections et une sous-section d'archéologie. A neuf heures du soir, a eu lieu leur réception, par la municipalité, à l'Hôtel de Ville.

Le Congrès a poursuivi le cours de ses travaux. La conférence faite au Grand-Théâtre, par M. le Pr Gariel sur les *rayons Rœntgen*, a été suivie avec beaucoup d'attention. Après les communications des sections, des visites ont eu lieu. Les congressistes ont reçu partout le meilleur accueil.

Les membres du Congrès pour l'avancement des sciences ont fait l'ascension du mont Pilat. Malheureusement, le ciel brumeux n'a pas permis d'apercevoir la vallée du Rhône et les Alpes. Il y a eu un déjeuner, sous des tentes, au Bessat (1.100 mètres d'altitude). Du Pilat, quelques congressistes ont poussé jusqu'à la crête de l'Œillon, où l'on veut édifier un observatoire météorologique. Le soir il y a eu un dîner de 200 couverts dans les ateliers de teinturerie de M. François Gillet. Des toasts ont été portés par M. Trélat et par M. Friedel, membre de l'Institut. Les congressistes ont regagné Saint-Etienne à 10 heures du soir. Ils ont continué ensuite leurs travaux dans les sections où de nouvelles communications intéressantes ont été faites. Ils ont visité divers ateliers, notamment les usines Giron (velours), Mimard et Blonchon (armes).

Les médecins ne sont pas très nombreux cette année à cette session, la plupart de ceux qui suivent d'ordinaire les Congrès étant en route ou sur le point de partir pour le *Congrès international de Médecine de Moscou*, malgré toutes les difficultés qu'on a éprouvées dans l'organisation de cette importante réunion : les Russes sont si peu organisateurs! M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

LE CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE.

TOULOUSE, 1897 (*Suite*) (1).

Au cours de la discussion provoquée par le rapport de M. Bezy sur l'hystérie infantile, M. BÉRILLON a présenté une étude détaillée de la *thérapeutique suggestive de cette affection*.

M. DOUTREBENTE, s'appuyant sur son expérience personnelle et rappelant sur ce point les vues exprimées récemment par M. le Pr JOFFROY sur la question, a combattu les conclusions qui suivent, tendant à l'application pratique de la suggestion hypnotique dans ces cas. Nous citerons le résumé ci-après de la note lue par M. le Dr Bérillon.

L'hystérie infantile.

M. BÉRILLON (de Paris). — Après de nombreuses discussions, inspirées surtout par des appréciations théoriques, la valeur de la suggestion hypnotique a été acceptée sans conteste dans le traitement de toutes les formes de l'hystérie chez l'adulte. Par contre, l'emploi de ce procédé dans le traitement de l'hystérie infantile soulève encore des objections d'ordres divers. Cela tient à ce que les auteurs s'inspirent encore des théories que l'Ecole de la Salpêtrière avait émises sur la production et sur la nature de l'hypnotisme. Or, depuis les recherches de Charcot, les idées ont évolué et l'hypnotisme, tel que l'envisagent aujourd'hui les médecins qui s'adonnent à la pratique de la psychothérapie, n'a rien de commun avec l'hypnotisme tel qu'on le connaissait à la Salpêtrière. Actuellement les psychothérapeutes n'ont plus recours, pour arriver à la production de l'hypnotisme, qu'à un procédé absolument inoffensif qui est d'ordre persuasif. Ils se bornent à

(1) Voir le n° 32.

© BIU Santé

suggérer au malade de s'abandonner au sommeil le plus simplement du monde. Ils l'invitent à s'endormir d'un sommeil analogue à celui de la nuit. Ils lui vantent les avantages de cet état de repos, de passivité. Lorsqu'ils jugent que le sujet est arrivé à un état de somnolence appréciable, ils s'appliquent par des suggestions appropriées à modifier les habitudes automatiques, à provoquer le réveil de l'énergie volontaire, à la créer lorsqu'elle fait défaut. Ils tiennent au sujet plongé dans le sommeil provoqué le même langage que d'autres lui adresseraient à l'état de veille. La suggestion faite, ils ne négligent jamais de procéder, avec le plus grand soin, au réveil complet du sujet. Bien plus, les médecins adonnés à la pratique de la psychothérapie savent qu'il convient de réveiller le malade sur des idées agréables. La mise en œuvre de la psychothérapie, en apparence assez simple, nécessite cependant de la part de celui qui l'applique, une certaine compétence et l'exercice de certaines aptitudes. C'est ce qui peut laisser supposer que ceux qui s'attardent encore à discuter la valeur thérapeutique de la suggestion hypnotique sont peut-être inspirés par leur défaut d'expérience personnelle sur la question. N'est-il pas essentiellement humain de dédaigner les arts dans lesquels on n'excelle point? Les objections que l'on a soulevées contre l'emploi de la suggestion dans le traitement de l'hystérie infantile sont les suivantes : « Vous allez créer chez les sujets une aptitude spéciale à être hypnotisés par le premier venu. » C'est exactement le contraire qui est l'expression de la vérité. Tout psychothérapeute vraiment digne de ce nom ne manque jamais de limiter les inconvénients que peut présenter pour un sujet une suggestibilité naturelle excessive, en lui suggérant d'être désormais à l'abri de toute autre influence suggestive que de celle du médecin, agissant dans un but purement thérapeutique. Dailleurs, il faut le déclarer hautement, il n'y a pas d'hypnomanie, comme il y a une morphinomanie, un chloralomanie, etc... C'est à peine si deux ou trois faits ont été publiés, et encore un médecin compétent aurait su guérir le sujet en une seule séance d'hypnotisation. Ce qui est plus exact, c'est qu'il y a chez un certain nombre de médecins une véritable hypnophobie. Il est juste de reconnaître qu'elle ne sévit que chez ceux qui ne se sont jamais occupés spécialement d'hypnotisme et qui ne se rendent aucun compte exact de la psychothérapie, telle qu'elle est pratiquée par un grand nombre de médecins en France et à l'étranger.

Une autre objection est la crainte souvent exprimée que ce traitement hypnotique n'ait pour effet de réveiller l'hystérie en puissance et de provoquer l'éclosion de nouveaux symptômes. Cette supposition serait légitime, s'ils ajoutaient que ces accidents seront imputables aux médecins qui auront appliqué l'hypnotisme sans avoir la compétence voulue ou à ceux qui, dans un but de curiosité, provoquent chez leurs sujets des expériences de dissociation mentale, qui leur font réaliser des hallucinations. Entre les mains des médecins qui appliquent la suggestion hypnotique en se conformant rigoureusement aux enseignements de l'Ecole de Nancy, on n'a jamais vu survenir à la suite de leur traitement le moindre symptôme d'hystérie. Cela est tellement vrai qu'à Nancy, où les malades ont été hypnotisés par milliers, la grande attaque d'hystérie n'existe pas. Les neurologistes les plus éminents qui s'adonnent d'une façon courante à la pratique de l'hypnotisme en arrivent à nier l'existence des stigmates de l'hystérie tels que les a décrits l'Ecole de la Salpêtrière, parce que, malgré leurs recherches, ils ne les observent jamais. Partout où l'on s'occupe couramment d'hypnotisme, la grande hystérie, autrefois si commune, disparaît et les malades de cette catégorie deviennent une véritable rareté. Et encore, lorsqu'on rencontre une malade chez laquelle surviennent des crises complètes d'hystérie, avec l'arc de cercle et les convulsions toniques et cloniques, on n'est jamais surpris d'apprendre que cette malade a fait autrefois un séjour plus ou moins prolongé à la Salpêtrière. Ce qui surprend le plus en cette circonstance, c'est de constater que l'objection qui consiste à accuser l'hypnotisme d'être un agent provocateur de l'hystérie, émane ordinairement d'un représentant de l'Ecole qui a provoqué pendant longtemps chez les grands hystériques les expériences les plus capables de déséquilibrer l'état mental. Ceux qui soulèvent également cette objection sont ceux qui administrent toujours sans hésiter, de la façon la plus libérale, les doses massives de bromures associés et d'autres médicaments qui composent ce que les anciens thérapeutes désignaient sous le nom de médication altérante de la cellule organique. Nous ne craignons pas d'affirmer que quelques grammes de bromure, de chloral, de morphine ou d'autres stupéfiants ont sur la cellule nerveuse une action beaucoup plus délétère que le procédé thérapeutique qui repose uniquement sur la persuasion employée pour créer des états de conscience conformes au besoin manifeste du malade.

Lorsque l'on envisage la suggestion hypnotique comme la conçoit l'Ecole de Nancy, l'indication de ce traitement est encore plus formelle lorsqu'il s'agit de la névrose hystérique chez l'enfant que lorsqu'on est en présence de la névrose de l'adulte. Pourquoi ce qui peut être utile au second deviendrait-il dangereux pour le premier? Ne s'agit-il pas là, comme pour toutes les médications, d'une question de posologie? Il appartient au psychothérapeute de doser la durée du sommeil provoqué, l'intensité de la suggestion, d'en varier les formules selon les aptitudes, l'âge, le degré d'intelligence, les réactions individuelles, de même qu'il appartient au chimiâtre de déterminer les doses des médicaments en s'inspirant des conditions dans lesquelles se trouve le malade. Malgré toutes les considérations théoriques, la comparaison entre les résultats de la méthode psychothérapique et ceux de la méthode pharmacologique donnera le succès à la première. L'hypnotisme étendu à ses applications expérimentales les plus extrêmes n'a jamais provoqué le moindre accident mortel. Les accidents les plus graves auxquels son emploi a donné lieu n'ont jamais dépassé les limites d'un simple mal de tête ou d'une somnolence passagère, susceptibles de disparaître sous l'influence d'une nouvelle suggestion. On nous parle de sujets que l'expérimentateur n'aurait pu réveiller. Pour notre part, dans le cours de milliers d'expériences, nous n'avons jamais constaté rien de semblable. Toujours le sujet se réveille sous la simple action des mots consacrés : « Eveillez-vous. » Aucun élève de l'Ecole de Nancy ne s'est heurté à une difficulté de cet ordre. Si l'hypnotisme de la Salpêtrière comporte quelques dangers, comme l'affirmait récemment M. le Pr Joffroy dans une de ses leçons cliniques à Saint-Anne, nous affirmons par contre que l'hypnotisme de l'Ecole de Nancy n'en comporte aucun, d'aucune sorte. Il nous semble qu'il est souverainement injuste de faire retomber sur le second les méfaits imputables au premier. Une objection tirée de ce fait qu'un certain nombre d'adultes ne sont pas hypnotisables n'a plus de valeur lorsqu'il s'agit la suggestion hypnotique au traitement des maladies infantiles. La suggestibilité des enfants est telle que, sur dix enfants de six à quinze ans, pris dans toutes les classes de la société, huit sont susceptibles d'être plongés dans le sommeil provoqué dès la première ou la seconde séance. Contrairement à l'opinion courante, les difficultés pour provoquer chez l'enfant un sommeil réel sont d'autant plus grandes que l'enfant présente des tares héréditaires plus accentuées. Les idiots sont absolument réfractaires à toute tentative d'hypnotisation et les imbéciles ne réalisent pas les suggestions qui leur sont faites.

Par contre les enfants hystériques se montrent très hypnotisables : ce qui n'a rien de surprenant, car ils sont généralement doués d'une intelligence assez vive. La suggestibilité de l'enfant, faculté normale, est en rapport direct avec le développement intellectuel du sujet. Suggestibilité est, en fait, synonyme d'éducabilité.

Toutes les formes de l'hystérie peuvent se recontrer chez l'enfant, mais il est exceptionnel de constater l'existence des stigmates classiques de l'hystérie. L'hystérie convulsive chez l'enfant est aussi très rare et quand nous l'avons observée, nous avons pu nous assurer qu'elle était le résultat d'une contagion nerveuse, l'enfant ayant assisté à des crises d'hystérie. Par contre l'hystérie se révèle fréquemment par l'apparition de troubles psychiques qui sont par ordre de fréquence le défaut d'attention, la mobilité des idées, l'esprit de contradiction, une émotivité exagérée, le mensonge, la simulation, la perversion des sentiments; chez les petites filles, une coquetterie excessive est également une des manifestations de l'hystérie précoce. En un mot l'instabilité mentale des enfants hystériques semble calquée sur celle que présentent les adultes atteints d'hystérie vulgaire.

L'éducation défectueuse joue dans l'étiologie infantile un rôle beaucoup plus important que l'hérédité des caractères acquis. L'action préventive et curative du traitement psychothérapique en fournit la démonstration la plus frappante. Il appartiendra au médecin de montrer qu'il n'est pas étranger aux enseignements de la psychologie moderne et de procéder à une véritable rééducation mentale de l'enfant. Il ne dérogera pas en prouvant qu'il est capable de jouer le rôle d'éducateur. L'enfant hystérique, livré à lui-même, abandonné au désordre de son imagination, se déséquilibrera de plus en plus. Chez certains d'entre eux, le défaut de résistance aux impulsions instinctives est poussé si loin, qu'il est possible de les considérer comme des malades dignes d'être rangés dans la catégorie des dégénérés héréditaires. Mais si l'enfant hystérique est dirigé avec autorité, s'il est habitué à opposer une résistance effective aux impulsions instinctives, dont le développement est favorisé par la faiblesse et la complaisance du milieu, non seulement l'état mental se modifie, mais les troubles spasmodiques et les perturbations fonctionnelles disparaissent. L'éducation de la volonté, l'utilisation de cette faculté suffit pour réaliser ces heureux effets. Mais il faut reconnaître que l'emploi que la suggestion hypnotique permettra seule de créer des centres d'arrêt psychiques destinés à fournir au malade un point d'appui suffisant pour l'application de sa volonté. L'action de la suggestion peut évidemment être renforcée par l'emploi des moyens d'ordre psycho-mécanique, par des artifices dont la technique est familière à tous ceux qui appliquent la psychothérapie. En résumé, l'emploi de la suggestion est nettement indi-

© BIU Santé

qué dans le traitement de l'hystérie infantile. Les cas dans lesquelles l'indication a été établie par des faits nombreux, rigoureusement contrôlés, sont les suivants : 1° Les troubles symptomatiques de l'hystérie, associés ou isolés, tels que les tics, la chorée hystérique, le tremblement, les contractures, les anesthésies, les parésies, le hoquet, l'aphonie, le mutisme et la toux hystériques, le blépharospasme, le strabisme hystérique, l'incontinence nocturne d'urine. 2° Les habitudes automatiques, l'onanisme irrésistible, l'habitude de se ronger les ongles (onychophagie), la kleptomanie, etc. 3° Les troubles psychiques relevant de l'émotivité exagérée, pusillanimité, mensonge, terreurs nocturnes, somniloquie, etc. 4° Les troubles psychiques survenant dans le cours des maladies aiguës, en particulier l'insomnie, l'agitation et le délire nocturnes, l'incontinence d'urine et de matières fécales.

Dans tous les cas, lorsque la suggestion sera appliquée rationnellement, avec patience et douceur, quand on évite de faire des suggestions expérimentales pour se limiter aux suggestions nettement indiquées par l'état du malade, surtout lorsqu'on ne néglige pas de procéder avec soin au réveil du sujet, nous affirmons l'innocuité complète de ce procédé thérapeutique. De plus, l'emploi de la suggestion hypnotique éclairera souvent le diagnostic et le pronostic en permettant de différencier les troubles fonctionnels qui dépendent de l'hystérie infantile de ceux qui relèvent de la dégénérescence héréditaire.

Diverses autres communications ont ensuite été entendues, notamment celle de M. le Dr Em. Noguès sur un cas de *méningite hystérique;* et une deuxième de M. Bézy, qui a rapporté l'histoire de deux enfants atteints, l'un d'*hystérie infantile*, l'autre de *tremblement hystérique*. Trois autres cas d'*hystérie infantile* sont ensuite cités par MM. Sabrazès et Lamacq. Enfin, M. Cullerre, directeur-médecin de l'Asile de la Roche-sur-Yon, a entretenu le Congrès des *troubles constatés chez un jeune enfant atteint de la même maladie*. Un autre médecin de Toulouse, M. le Dr Destarac, a fait part de remarques très intéressantes sur la *valeur diagnostique et thérapeutique de l'électricité.*

M. Doutrebente, directeur-médecin de l'asile de Blois, a fait un rapport très documenté, et exposé avec beaucoup de talent, sur l'*Organisation médicale des asiles d'aliénés*. Le rapporteur a eu quelques contradicteurs sur des questions secondaires; mais, contre la division des fonctions de médecin-chef et de directeur, les congressistes ont été à peu près unanimement d'accord. M. Doutrebente a, sur cette question, exposé les inconvénients graves qui résultaient de la division des fonctions, inconvénients dont les malades étaient les premiers à souffrir.

Voir d'ailleurs ses conclusions :

Les asiles publics d'aliénés sont en nombre insuffisant; il y en aura toujours au moins un par département ayant moins de 500.000 habitants. Les asiles devront être construits et aménagés avec six quartiers de classement pour cinq cents malades des deux sexes (chiffre maximum). Ils contiendront un quartier d'observation ou de traitement dit de surveillance continue, et, comme annexe, une colonie agricole à la périphérie, en contact avec l'asile proprement dit. Le département de la Seine, pour ne pas contribuer à augmenter l'encombrement dans les asiles de la province, doit rapidement construire une série d'asiles bisexués de cinq cents malades dans un rayon de quinze à vingt kilomètres de Paris. L'encombrement progressif des asiles d'aliénés pourra, en outre, être combattu avantageusement par des mesures tendant à faciliter l'internement précoce des aliénés et l'assistance familiale directe avec secours en argent. Le service médical et administratif doit être confié, dans chaque asile public d'aliénés, à un directeur-médecin, assisté d'un ou plusieurs médecins adjoints, d'un ou plusieurs internes et d'un secrétaire, chef de bureau de la direction, ayant dans l'asile, à égalité, la situation hiérarchique et les appointements du receveur et de l'économe.

Dans les asiles de cliniques, situés dans les villes où il existe une Faculté de médecine, le professeur de clinique deviendrait directeur-médecin, ayant à sa disposition deux médecins adjoints, dont l'un, le chef de clinique, serait chargé spécialement des besoins de l'enseignement, et l'autre des obligations légales du service médical. En cas de besoin, le nombre des médecins adjoints pourrait être doublé par des assistants choisis par le professeur de clinique, parmis les docteurs en médecine ayant été internes dans les asiles publics d'aliénés. Les médecins adjoints, nommés par un concours unique pour toute la France, seront, dans chaque asile, placés par le Ministre de l'Intérieur à la disposition du directeur-médecin (Constans). C'est parmi les médecins adjoints que seraient pris, par ordre de mérite et de classement, les directeurs-médecins, sans qu'aucune exception ou dérogation à ce principe puisse être fait à propos de la création d'un nouvel asile, ou d'une première nomination, ou pour des services autres que ceux dévolus aux seuls médecins adjoints. Les internes seront nommés, par suite de concours régionaux, entre les docteurs en médecine âgés de moins de trente ans et les étudiants français ayant terminé leurs études de médecine générale. Après un stage minimum de un an dans un asile d'aliénés, ils auraient le privilège exclusif de pouvoir concourir pour obtenir le titre de médecin adjoint. Dans les asiles trop éloignés du siège d'une Faculté de médecine, l'interne pourrait être remplacé par un deuxième médecin adjoint. Dans le plus bref délai, et en attendant la construction de nouveaux asiles départementaux, le service médical dans les quartiers d'hospice et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics sera assuré par le Ministre de l'Intérieur, comme pour les asiles départementaux, par des médecins nommés par lui et ayant la même origine, le même classement et la même situation hiérarchique. Les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine faits par *le* médecin de l'établissement pourraient être faits par *un* médecin de l'établissement. Le règlement du service intérieur, modifiable par le Ministre de l'Intérieur, serait mis à jour et adapté aux propositions ci-dessus énoncées, sans oublier de placer au 1er rang le service médical relégué actuellement à l'article 52, § VIII. Dans chaque asile d'aliénés il sera aménagé une bibliothèque médicale, un laboratoire et une salle d'autopsie permettant aux médecins et aux internes de se livrer à des recherches scientifiques et à l'étude de l'anatomie normale et pathologique des centres nerveux. Le service des retraites des directeurs-médecins sera fait, à l'avenir, par l'Etat. Les internes étant admis à y participer subiront les retenues réglementaires à partir du jour de leur entrée en fonction. Les surveillants en chef et gardiens participeront aux charges et aux avantages de la caisse départementale des retraites.

M. Charpentier, médecin de Bicêtre, ne verrait aucun inconvénient au rétablissement du directeur, à la condition que l'administration soit subordonnée à l'autorité du médecin. Il réclame pour les internes des asiles des concours pour les postes de médecins-adjoints, auxquels pourraient également prendre part les internes des hôpitaux.

M. Brunet désirerait qu'un concours fût établi pour permettre à tous les médecins-adjoints, ayant trois ans de service, d'accéder aux fonctions de médecin en chef.

M. Rey, qui a été tour à tour médecin en chef et directeur-médecin à Aix et à Marseille, croit qu'il y a avantage à ce que les fonctions soient réunies.

M. Giraud rappelle que dans la Seine-Inférieure les médecins-adjoints assistent aux commissions de surveillance et désirerait que ce fût là une mesure généralisée. C'est ainsi que, sous la direction de Foville, il a acquis son expérience de l'administration des asiles, et il est permis de penser que c'est en participant à quelque degré à l'étude de toutes les questions vitales qui se tranchent dans les commissions que les médecins-adjoints peuvent le plus facilement acquérir les connaissances et l'expérience administrative nécessaires.

M. l'Inspecteur général Drouineau pense que, dans les grands asiles où plusieurs médecins en chef sont nécessaires, il serait peut-être utile de diviser les fonctions, tout en laissant dans les petits asiles l'administration confiée à un directeur-médecin.

M. Lefilliatre lit un rapport sur l'urgence qu'il y aurait à augmenter le nombre des médecins pour permettre le traitement et la connaissance suffisante des aliénés; il rappelle qu'en Allemagne, et d'une façon générale dans tous les pays étrangers où la proportion du nombre des médecins a été ramenée à un pour cent malades environ, les cures augmentent. L'économie donnée par les guérisons justifie l'augmentation de dépenses nécessitée par un accroissement du personnel médical.

M. Doutrebente, prenant à partie M. Marandon de Montyel sur la question de l'*open door*, reproduit les arguments déjà développés par M. Christian dans un article des *Annales médico-psychologiques*. Suivant lui, les portes ouvertes le seraient très suffisamment dans nos asiles actuels. Les asiles de province et Charenton seraient des modèles d'établissement avec le *summum* de liberté pour les malades. Dans la Seine il en est autrement, il en convient; et cela tient à ce que la population des aliénés y est toute différente de ce

© BIU Santé

qu'elle est en province, Paris envoyant une partie de ses malades, difficiles à maintenir, dans les asiles de province. Il propose à ses collègues des asiles départementaux de refuser désormais les malades de la Seine à un prix de journée inférieur à celui qu'on paye à Paris. Confondant l'open-door-système avec celui de Sheel, il stigmatise humoristiquement les tendances de M. Marandon de Montyel, parce qu'il a vu, en Belgique, des malades traités en liberté s'être mis en état d'ivresse pendant une kermesse.

M. LEFILLIATRE répond qu'il ne représente nullement M. le Dr Marandon et que l'open door n'a rien à voir avec la question du nombre des médecins traitants.

M. le Dr DUBOIS, président du Conseil général de la Seine, a communiqué un travail tiré de son *rapport général sur le service des aliénés de la Seine*. Il a parlé de statistiques étrangères relatives à la proportion des médecins d'asiles par malades aliénés. Ces arguments, il les a développés en faveur de la scission des grands services de Villejuif et de Ville-Evrard à Paris, où les médecins-adjoints ont été érigés en médecins traitants pour le plus grand bénéfice des malades à traiter.

Enfin, M. DOUTREBENTE a clos la discussion par quelques mots en réponse aux diverses observations présentées. Cette séance s'est terminée par la communication d'un travail de M. le Pr MAIRET, de la Faculté de Médecine de Montpellier, qui a parlé de l'*étiologie de la paralysie générale*, qu'il a étudiée dans plus de mille cas. (*A suivre*). Dr HAMEL.

CONGÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE

BRUXELLES (2-6 *août* 1897) (*suite*) (1).

Intoxication par l'oxyde de carbone.

MM. BERGÉ et DE NOBELE, rapporteurs. — I. *Partie physiologique* (M. De Nobele). — Les cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone sont très fréquents et souvent méconnus. Les empoisonnements par l'oxyde de carbone pur sont exceptionnels. On a toujours affaire à des mélanges de gaz. On peut ainsi expliquer la variété des phénomènes observés dans ce genre d'intoxication. Rarement on s'est servi de l'oxyde de carbone dans un but criminel. Les morts dues à l'oxyde de carbone sont le plus souvent accidentelles. Le nombre des suicides par l'oxyde de carbone est considérable surtout en France. Ce n'est pas uniquement la proportion d'oxyde de carbone renfermé dans l'air inspiré qui est le principal facteur de l'intoxication oxycarbonée mais c'est également la durée pendant laquelle le sujet reste soumis à cet air vicié. La plus petite proportion d'oxyde de carbone renfermé dans l'air qui soit capable d'agir sur la santé est de 0,05 0/0. Un empoisonnement par les vapeurs du charbon est possible alors même que la concentration des gaz n'est pas assez grande pour éteindre une lampe. Cet empoisonnement est également possible par le gaz d'éclairage sans que la concentration soit suffisante pour produire une explosion au contact d'un corps enflammé. La saturation complète du sang par l'oxyde de carbone n'est pas possible pendant la vie. On n'a jamais dépassé 70 à 80 0/0. L'oxyde de carbone introduit par n'importe quelle voie, inhalation, injection intra-péritonéale ou sous-cutanée, a une action, cependant dans ces deux derniers cas l'action est moindre parce qu'on supprime le réflexe respiratoire (Marcacci). La mort par l'oxyde de carbone, contrairement à l'opinion généralement admise, n'est pas toujours accompagnée d'un abaissement de température (observation personnelle, Posselt, Brestowsky, Marthen). On a souvent observé la présence du sucre dans l'urine des intoxiqués par l'oxyde de carbone. Ce fait dépendrait du régime auquel l'animal a été soumis avant l'intoxication. La glycosurie apparaîtrait surtout après un régime carné (Straub). L'oxyde de carbone n'agit pas uniquement par asphyxie en se fixant sur l'hémoglobine et empêchant ainsi l'apport de l'oxygène aux tissus, mais il a encore une action propre. Ce fait est prouvé : *a*) Les symptômes de l'intoxication par l'oxyde de carbone diffèrent de ceux de l'asphyxie simple; *b*) des symptômes graves apparaissent déjà alors que le sang ne renferme pas encore assez de CO pour qu'on puisse les rattacher à l'asphyxie; *c*) l'empoisonnement par CO laisse à sa suite des troubles profonds du côté du système nerveux ainsi que des troubles trophiques du côté de la peau et de l'intestin que l'on ne peut rattacher à l'asphyxie simple; *d*) l'oxyde de carbone peut donner lieu à des empoisonnements chroniques caractérisés par une anémie globulaire accompagnée des troubles dans la nutrition générale. Le diagnostic de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone se base surtout sur l'examen spectroscopique et chimique du sang. Les caractères du sang peuvent toutefois faire défaut lorsqu'à côté de CO l'air inspiré renferme un autre gaz toxique comme par exemple l'acide carbonique. On ne connaît pas encore exactement le temps nécessaire pour voir disparaître le CO du sang. Pouchet a observé la présence de CO encore 60 heures après l'intoxication. Le diagnostic différentiel entre l'empoisonnement par les vapeurs de charbon et le gaz d'éclairage est très difficile. L'analyse chimique pas plus que les altérations anatomo-pathologiques ne peuvent servir de criterium pour distinguer ces deux modes d'intoxication. Le diagnostic doit surtout se baser sur l'étude des circonstances concomitantes.

II. *Partie chimique* (M. Bergé). — A. La recherche de l'oxyde de carbone dans l'air exige les plus grandes précautions; elle doit se faire sur une quantité d'air suffisante pour se mettre en garde contre l'absorption de l'oxyde de carbone par les réactifs laveurs qui précèdent les récipients fixateurs de l'oxyde de carbone. L'oxyde de carbone absorbé doit être identifié avant de conclure. La recherche de l'oxyde de carbone doit être contrôlée par une seconde méthode. La méthode de Mermet d'une grande sensibilité est recommandable comme recherche sommaire. La méthode spectroscopique n'est pas suffisante pour identifier l'oxyde de carbone mais elle peut être utilisée comme moyen de contrôle de l'analyse de l'air.

B. L'analyse du sang oxycarboné doit comprendre un premier essai par l'analyse spectrale. Cette recherche doit être complétée par la séparation du gaz oxyde de carbone suivant la méthode Ogier et Gréhant. Un grand nombre de réactions chimiques spéciales permettent d'identifier l'oxyde de carbone dans le sang. On doit se mettre en garde contre les erreurs qui peuvent naître de la présence de certains corps qui agissent sur l'hémoglobine de manière à déterminer des effets analogues ou voisins de ceux produits par l'oxyde de carbone.

MM. les Drs MALVOZ, DEPAIRE, OGIER (de Paris), WLEMINCK, BROUARDEL ont pris part à l'importante discussion qui a suivi l'exposé de ce rapport.

Le secret professionnel médical devant la justice.

MM. Alfred MOREAU et G. SMETZ-MONDEZ, avocats à la cour d'appel de Bruxelles. — La question du secret professionnel médical devant la justice peut être envisagée à deux points de vue absolument différents. Elle peut être examinée au point de vue du texte des législations européennes et nécessite, dans ce cas, l'interprétation de ces textes. Elle peut être discutée, d'autre part, au point de vue exclusivement professionnel en ne tenant compte d'autre chose que des principes observés par les médecins, des obligations qu'ils acceptent, des droits qu'ils réclament. Le premier examen est impossible dans un Congrès international de médecine légale. Les textes des lois varient de pays à pays. Le commentaire de ces textes, l'examen de leurs cas d'application, la recherche des intentions du législateur est difficile pour des hommes de science, appartenant à des nationalités différentes. Des Allemands, des Anglais, des Autrichiens ne pourraient discuter les éléments juridiques de la violation du secret professionnel d'après les législations de France ou de Belgique, par exemple. Un Congrès de médecine légale doit donc ignorer les controverses fondées sur les prescriptions des lois particulières. Il ne peut examiner le secret médical devant la justice qu'au point de vue purement théorique et général, en recherchant l'opinion des médecins de tous les pays quant aux droits et aux devoirs qui s'imposent à la conscience personnelle de chacun. Le résultat de ces recherches peut avoir une grande importance. Il servira de commentaire aux diverses législations comme il pourra avoir pour résultat d'en démontrer les vices, et d'indiquer les réformes nécessaires.

M. le Pr BROUARDEL n'est pas de l'avis de M. Moreau et de

(1) Voir notre numéro précédent.

© BIU Santé

M. Suetz-Mondez, qui pensent que le médecin peut parler dans certains cas. Mais l'opinion du doyen de Paris ne semble pas avoir prévalu, car la question a été remise au Congrès de 1900 à Paris... Tout varie avec les pays.

La docimasie pulmonaire.

M. le Dr DALLEMAGNE (de Bruxelles). — Les résultats obtenus à l'aide de la docimasie pulmonaire restent, malgré leur caractère de très grande généralité, soumis à certaines réserves.

L'épreuve négative doit tenir compte : *a*) des faits de vie avec respiration insuffisante. *b*) du fait que des poumons ayant respiré, flottants, laissés au contact de l'eau, peuvent gagner le fond. Nous avons laissé dans l'eau des poumons ayant respiré et flottants. Au bout d'un certain temps ces poumons avaient gagné le fond ; leurs caractères avaient quelque ressemblance avec le poumon fœtal, ils étaient toutefois décolorés. L'épreuve positive doit tenir compte : *a*) de l'insufflation. *b*) des respirations avant la naissance. *c*) de la putréfaction. Nous avons produit de différentes façons la putréfaction pulmonaire. Nous résumons les constatations principales auxquelles ces expériences ont donné lieu. Les poumons n'ayant pas respiré se putréfient très lentement, beaucoup plus lentement que les poumons ayant respiré et même en plusieurs circonstances ils ont été les dernières parties molles du corps à se putréfier. Les poumons atelectasiés laissés dans l'eau ne remontent que très rarement à la surface. D'ordinaire ils se putréfient lentement sans développer de gaz. Les poumons atelectasiés mis dans les plaques de Pelri se putréfient sans gaz ; ils se liquéfient puis se dessèchent. Les poumons directement enfouis dans la terre se putréfient sans gaz. Les poumons des cadavres enfouis directement dans la terre se putréfient très probablement sans gaz. Les cadavres putréfiés à l'air libre donnent des poumons gazeux nettement différenciables des poumons ayant respiré. La putréfaction gazeuse nous a paru se réaliser le plus promptement et avec les résultats les plus marqués en injectant dans la trachée de l'eau mélangée à de la terre. Les résultats de la putréfaction pulmonaire dépendent de la nature et des conditions d'activité de l'élément bactérien ; les conditions diverses n'interviennent qu'en favorisant ou en entravant l'action de l'élément microbien.

De la responsabilité et notamment de la responsabilité partielle.

M. le Dr DE BOECK (de Bruxelles). — De la responsabilité ! Il n'est pas de notion qui ait provoqué de controverses plus ardentes, de discussions plus passionnées entre philosophes, naturalistes et métaphysiciens, matérialistes et spiritualistes, positivistes et mystiques. Les rappeler ce serait méconnaître le caractère essentiellement utilitaire et positif de la médecine légale. Nous n'avons pas nous, médecins-légistes, à nous écarter des faits expérimentaux, des faits d'observation, à nous lancer dans des discussions théoriques ou philosophiques ; il n'est pas de branche de la Médecine dont les conclusions doivent reposer sur un terrain plus solide, dont les constatations réclament plus de précision et qui doive éviter autant de se mêler aux spéculations philosophiques.

Nous n'avons donc pas dans un Congrès de Médecine légale à discuter la notion de la responsabilité, à rechercher la réalité ou l'inanité du libre arbitre ; pareille discussion serait du reste oiseuse, inutile. On a prétendu que le juge avait tort de réclamer du médecin la détermination du degré de responsabilité d'un prévenu, d'entraîner le praticien sur un terrain où il n'avait que faire ; on a prétendu que le médecin devait se refuser à répondre aux questions de ce genre ; on a affirmé qu'il n'était pas plus compétent que le juge pour déterminer le degré de responsabilité.

En réalité ces reproches ne sont pas justifiés.

La question de la responsabilité n'est en effet posée au médecin légiste que comme complément d'une autre question, fondamentale celle-là. Ce que le juge nous demande, ce que nous évaluons, ce que nous décrivons dans nos rapports, c'est l'état cérébral du prévenu. Dites-moi, nous demande le juge, si, au moment de commettre son délit, son crime, l'inculpé jouissait de la plénitude de ses facultés mentales, s'il n'était pas atteint d'une maladie psychique, s'il n'était pas contraint par une force à laquelle il ne pouvait résister. Ce que le médecin légiste a donc à évaluer, c'est la valeur cérébrale de l'inculpé, c'est l'existence d'une affection mentale. Trouve-t-il des symptômes d'affaiblissement cérébral, d'affection cérébrale bien déterminés, il conclut à l'irresponsabilité ; le prévenu n'en a-t-il pas présenté, l'expert conclut à la responsabilité. Ces termes de responsabilité et d'irresponsabilité ne sont pour nous que des formules dans lesquelles concrétons et schématisons brièvement le résultat de nos recherches. Je laisse de côté les rôles de la suggestion criminelle, désirant m'en tenir à des principes généraux. Mais la délimitation de l'état de santé cérébrale et de l'état d'anomalie se heurte souvent à des difficultés excessives. Il y a longtemps que Trélat les a signalées dans ses travaux sur la folie lucide, que Maudsley a montré que les frontières de la folie étaient indécises. La valeur cérébrale d'un individu dépend, en effet, d'une part de sa valeur psychique, du nombre de neurones cérébraux d'association qu'il possède, d'autre part de l'éducation que ces éléments ont reçue, des modifications que la maladie leur a apportées ; classons les êtres humains d'après le nombre de leurs neurones, nous les verrons se partager en groupes successifs d'individus supérieurs, normaux, dégénérés et débilités, simples d'esprit, imbéciles, idiots dont les termes moyens se différencient aisément, mais dont les termes extrêmes se confondent et forment transition insensible d'un groupement à l'autre. La difficulté est particulièrement grande lorsqu'il s'agit de criminels s'il faut en croire même les adversaires les plus convaincus des exagérations lombrosiennes. La plupart des criminels appartiennent, en effet, aux insuffisants ; ils sont issus pour la grande généralité des classes inférieures où la misère, la mauvaise alimentation, une hygiène déplorable créent pour les procréateurs et pour les produits un maximum de conditions défavorables au développement normal.

Il peut arriver donc que l'expert, quelque habile qu'il soit, ne réussisse pas à définir l'état cérébral d'un individu, ne parvienne pas à le classer, à déterminer s'il doit le ranger parmi les individus normaux responsables, ou parmi les débilités irresponsables. Pour schématiser son opinion en une formule simple, l'expert déclarera que l'inculpé ne jouit que d'une responsabilité limitée, atténuée, partielle. Il est d'autres conditions encore où la formule de la responsabilité limitée trouve son application. Nous n'avions considéré les individus qu'au point de vue de leur structure anatomique innée, qu'au point de vue du nombre absolu de neurones qu'ils possédaient. Qu'adviendra-t-il lorsque des facteurs pathologiques frapperont ces éléments ? Comment déterminer à quel moment précis les influences nocives transformeront l'individu normal ou relativement normal en aliéné, que ces influences soient d'origine infectieuse, qu'elles proviennent du milieu (causes morales), qu'elles soient le signal de l'usure de l'organisme (démence sénile), qu'elles soient dues à des facteurs encore mal déterminés comme pour le délire de persécution ? S'il s'agit de perturbation à marche aiguë ou subaiguë, l'observation quelque peu prolongée du prévenu donnera le diagnostic et imposera la formule de l'irresponsabilité complète. Mais dans ces affections chroniques à marche lente, dont le début n'est signalé que par des troubles du caractère et de la sensibilité générale, par un de ces états mal définis où l'on ne trouve que de la névrose, quelle conclusion prendra l'expert ? Il pourra soupçonner que ces symptômes ne sont que les prodrômes d'une affection mentale dont l'existence deviendra manifeste plus tard, mais il ne pourra en affirmer la réalité scientifiquement. Il constatera une diminution de la valeur cérébrale, mais sera dans l'impuissance d'apprécier à quel moment l'individu examiné passe de l'état de santé relative à l'état de maladie confirmée et ici encore il résumera ses constatations par la formule de la responsabilité atténuée. Ajoutons toutefois que la formule de la responsabilité atténuée ne doit pas servir à masquer l'indifférence de l'expert ou son ignorance. Il résulte de ce que nous venons de dire qu'elle n'est qu'un pis-aller et que l'expert doit en limiter l'emploi autant que possible, qu'il doit s'efforcer, par des examens répétés de l'inculpé, de l'éviter. L'expert ne s'en servira que s'il a la conviction de ne pouvoir, quelque effort qu'il fasse, déterminer avec précision, en un temps limité, le groupement auquel appartient le prévenu. (*A suivre*). M. B.

© BIU Santé

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 juillet 1897.

Sur l'action thérapeutique générale des courants alternatifs de haute fréquence.

MM. G. APOSTOLI et BERLIOZ.—Deuxième note présentée par M. D'ARSONVAL. — Depuis les découvertes physiologiques du Pr d'Arsonval, l'application thérapeutique des courants de haute fréquence est entrée résolument dans la voie de la pratique, d'abord sous forme d'applications locales par le Dr Oudin, et ensuite en applications générales par l'un de nous (Apostoli). Nous avons déjà fait connaître dans une première note (comptes rendus de l'Académie des Sciences, séance du 18 mars 1895) les résultats de notre première année de pratique d'*auto-conduction*; depuis lors, l'accumulation de faits plus nombreux nous permet de venir confirmer et compléter nos premières recherches et de mieux établir les bases des indications et contre-indications thérapeutiques. Nous avons, de plus, depuis 1895, agrandi et perfectionné notre premier outillage thérapeutique. L'*auto-conduction* seule par la cage ou le grand solénoïde, qui avait été presque exclusivement employée dans notre première année de pratique, a été complétée par les procédés suivants : 1) *Même auto-conduction* dans le même solénoïde avec *contact* complémentaire et simultané du malade par les mains à l'un des pôles du solénoïde. 3) Malade couché sur un *lit condensateur* avec contact polaire permanent par les mains. 3) Même position du malade avec *révulsion* locale simultanée soit par la main du médecin, soit à l'aide d'une électrode spéciale. 4) Application *directe* au malade du courant engendré par un petit solénoïde. 5) Application *locale* et uniquement unipolaire avec le résonnateur du Dr Oudin soit sur la peau, soit dans le vagin ou l'utérus. Nous nous bornerons aujourd'hui à mentionner seulement les résultats obtenus par le lit et la cage (avec ou sans contact), nous réservant de publier dans une prochaine note tous les faits qui ressortissent des autres modes d'application des mêmes hautes fréquences. L'un de nous (Apostoli) a fait, au total, de janvier 1894 au 1er juillet 1897, 12.728 applications de haute fréquence qui portent sur 518 malades qui peuvent se décomposer ainsi : *Clinique* : 292 malades, dont 231 ont subi 7.424 applications générales (lit — cage avec ou sans contact — application directe) et dont 61 n'ont reçu que des applications locales au nombre de 553, soit sur la peau, soit dans le vagin. *Cabinet* : 226 malades qui ont reçu 4.751 applications générales ou locales. La durée de chaque séance a oscillé, comme précédemment, entre 10 et 30 minutes et la moyenne a été de 15 minutes appliquées autant que possible tous les jours. Les précautions les plus strictes ont toujours été prises pour écarter toute influence parallèle soit d'un régime spécial, soit d'une médication additionnelle, et nos malades n'ont été soumis qu'à cet unique traitement. Voici les nouvelles conclusions générales très sommaires que nous permettent de formuler nos trois années et demie de pratique actuelle. Tout d'abord, les analyses chimiques urinaires, au nombres de 761, que l'un de nous (Berlioz) a faites sur 280 de nos malades ont été généralement l'objet des mêmes réponses qui ont déjà été mentionnés dans notre première note (18 mars 1895) et qui ont toujours les caractéristiques suivantes : *L'amélioration de la diurèse et l'élimination plus facile des excréta; la suractivité plus grande des combustions organiques; la tendance du rapport de l'acide urique à l'urée à se rapprocher de la moyenne normale, c'est-à-dire de 1/40e.* De plus, en comparant sommairement sur les mêmes malades les résultats parallèles du deuxième traitement (lit) avec le premier (cage), M. Berlioz a vu que, par le lit condensateur, l'émission des urines a légèrement augmenté comme abondance et que sous cette deuxième influence, *qui paraît plus active sur le processus nutritif*, l'urée, l'acide urique, l'acide phosphorique et les chlorures se sont notablement accrus sous la réserve, cependant, que les acides phosphorique et urique ont conservé sensiblement leurs mêmes rapports avec l'urée dans les deux cas (lit et cage). D'une façon générale, lorsque les hautes fréquences sont biens supportées, on les voit produire assez rapidement tous les résultats symptomatiques et cliniques que nous avons déjà décrits les premiers en 1895 et qui peuvent se synthétiser ainsi : Restauration progressive de l'état général; relèvement des forces et de l'énergie; réveil de l'appétit; meilleur sommeil; meilleure digestion; réapparition de la gaieté, de la résistance au travail et de la facilité pour la marche. Mais voici les groupes principaux de maladies contre lesquelles nous l'avons appliquée, soit avec un succès plus ou moins complet, soit avec un insuccès partiel ou total.

Résultats négatifs. — L'*hystérie*, que l'on doit traiter avant tout par la statique ou franklinisation, est rarement justiciable des hautes fréquences et peut même se trouver sous leur influence momentanément aggravée. — La *neurasthénie* également, surtout lorsqu'elle est compliquée d'hystéricisme, subit généralement les mêmes contre-indications. — Les *névrites* ainsi que toutes les affections fébriles ou l'élément *douleur* est prépondérant (comme dans le rhumatisme aigu, l'accès de goutte, etc., etc.), ne sont l'objet d'aucun soulagement immédiat sous l'action des hautes fréquences et on assiste parfois à une aggravation des troubles symptomatiques douloureux antérieurs.

Résultats positifs. — L'indication fondamentale et principale est le relèvement de l'état général dans les maladies par ralentissement de la nutrition, chez tous les débilités à un titre quelconque. L'*arthritisme*, dans toutes ses diverses manifestations, est avant tout très efficacement influencé. — Le *rhumatisme chronique* s'améliore le plus souvent considérablement; les mouvements deviennent plus faciles, les membres plus souples, la marche plus aisée; les douleurs toutefois ne s'atténuent que plus ou moins tardivement, mais la guérison symptomatique définitive peut être quand même obtenue sous leur unique influence. — L'*obésité* est favorablement influencée, sinon directement, mais presque toujours d'une façon secondaire par le relèvement de l'état général et l'activité plus grande imprimée aux fonctions organiques. — L'*asthme*, qui est une des manifestations de l'arthritisme, peut retirer de cette même médication des bénéfices plus ou moins durables. — L'*anémie* et la *chloro-anémie* sont rapidement très favorablement améliorées. — Le *diabète* a largement bénéficié de ce traitement et, sous son unique influence, la quantité du sucre a souvent diminué. Mais, même dans les cas nombreux en apparence réfractaires, avec conservation intégrale du sucre, sans modification chimique appréciable de la glycosurie, l'état général a toujours été relevé et le traitement a été marqué par une amélioration symptomatique constante.

En résumé, les courants de haute fréquence conservent toutes les propriétés thérapeutiques que nous leur avons reconnues en 1894 et qui confirment les travaux physiologiques du Pr d'Arsonval. Sans avoir la prétention de se substituer aux autres modes électriques qui conservent chacun dans leur sphère d'action leurs indications et contre-indications propres, ils constituent une acquisition des plus précieuses pour la thérapeutique générale des maladies chroniques. Ainsi tous les malades affaiblis et atteints d'une maladie apyrétique par ralentissement ou perversion de la nutrition peuvent, à un degré variable, il est vrai, en être justiciables. Mais, d'autre part, les nerveux, ou mieux tous les entachés d'hystérie, de même que toutes les affections aiguës, fébriles et douloureuses présentent sous une forme plus ou moins accusée des contre-indications passagères ou permanentes à leur emploi. *Si le courant statique est le médicament par excellence du système nerveux surtout périphérique, les hautes fréquences sont avant tout le médicament de la cellule et un modificateur très puissant de la nutrition générale.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 31 juillet 1897. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

M. LETULLE fait une très importante communication sur *l'anatomie pathologique de l'appendicite*. Presque toujours cette appendicite mérite le nom de folliculaire, que lui ont donné Pilliet et Costes, c'est-à-dire qu'elle porte surtout sur les follicules clos sous-muqueux, soulevant, disloquant, allongeant les glandes de Lieberkühne, mais ne prenant en somme ces glandes que secondairement. Les follicules pris se nécrosent à leur centre, se vident et s'ulcèrent, déterminant ainsi de petites pertes de substance

© BIU Santé

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, GOITRE, FIBROMES, MÉTRORRHAGIES, HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

CAPSULES DE CORPS THYROÏDE VIGIER

A 0 gr. 10 centigr. par capsule. — *Dose ordinaire* : 2 à 6 capsules par jour.

Ces Capsules ne se prennent que sur l'ordonnance du médecin.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER
à 0 gr. 20 de substance ovarienne
Aménorrhée, dysménorrhée, chloro-anémie.
Dose : 2 à 6 capsules par jour.

CAPSULES ORCHITIQUES VIGIER
à 0 gr. 20 de substance testiculaire
Antineurasthénique, reconstituant.
Dose : 2 à 6 capsules par jour.

CAPSULES SURRÉNALES VIGIER
à 0 gr. 05 centigr.
Extrait glycériné de capsules surrénales, anticongestif, en badigeonnages : gorge, yeux, utérus, etc.

PARIS — Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle — PARIS

LAIT HUMANISÉ STÉRILISÉ ou LAIT DÉCASÉINÉ

LA MEILLEURE SUBSTITUTION DU LAIT MATERNEL pour nourrir les Nouveau-Nés et Jeunes Enfants

La Bouteille : **0,50** c. — *Livraison et expédition par caisse de 15 bouteilles.*

SOCIÉTÉ D'ALIMENTATION LACTÉE, Fournisseur des Hôpitaux
28, Rue de Trévise, Paris

ELIXIR DE TERPINE VIGIER

Contre Maladies des VOIES RESPIRATOIRES
Bronchites, Catarrhes pulmonaires, etc.
et contre les Maladies des VOIES URINAIRES

Une cuillerée à soupe représente 0,50 de Terpine. **Dose : 2 à 4** *cuillerées par jour.*

FLACON : 3 FRANCS

TUBERCULOSE **CAPSULES VIGIER** RHUMES BRONCHITES CATARRHES, etc.

AU CARBONATE de CRÉOSOTE de HEYDEN ou CRÉOSOTAL

Dose : 2 à 6 *capsules par jour.*

Se vendent en **flacon** à capsules de **0 gr. 25** centigrammes ou en **boîte** à capsules de **0 gr. 50** centigrammes.

LE SACCHAROLÉ DE QUINQUINA VIGIER

Tonique, Reconstituant, Fébrifuge

Renferme tous les **principes de l'écorce**. — Une cuillerée à café représente 1 gramme d'extrait — **Dose : 1 à 2 cuillerées à café** par jour dans la première cuillerée de potage ou dans de l'eau, du vin, etc.

PRIX DU FLACON représentant 20 gr. d'extrait : **3** *fr.*

Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

LITS, FAUTEUILS, VOITURES ET APPAREILS MÉCANIQUES

pour Malades et Blessés

DUPONT

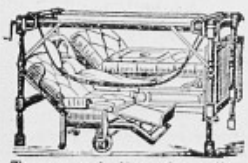
FABRICANT BREVETÉ (S. G. D. G.)
Fournisseur des Hôpitaux
à PARIS, 10, Rue Hautefeuille
(PRÈS L'ÉCOLE DE MÉDECINE)
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.



FAUTEUIL ROULANT pour Jardins.



PORTOIRS ARTICULÉS de tous Systèmes



Transport du lit au fauteuil.



FAUTEUIL avec grandes roues caoutchoutées mû par 2 manivelles.



VOLTAIRE ARTICULÉ avec tablette-appui pour malade oppressé



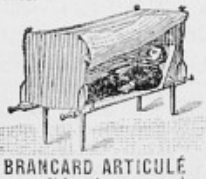
AUTOMOTEUR avec Garde-Robe *Bouchon se retirant sous le siège.*



Cannes et Béquilles avec sabots caoutchoutés.



CHAISE à roues et porte-pieds



BRANCARD ARTICULÉ avec élévation pour la tête et rideaux.



Table à panneau, s'obliquant.



VOITURE DE PROMENADE roues caoutchoutées

Sur demande, envoi franco du Catalogue illustré avec prix, contenant 330 figures. — TELEPHONE

QUINA * FER
Chlorose, Anémie

Vins filtrés d'Ossian Henry

Membre de l'ACADÉMIE de MÉDECINE
Professeur à l'École de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
43, Rue d'Amsterdam, Paris

VALS

Eaux Min^les Nat^les admises dans les Hôpitaux

Saint-Jean. Maux d'estomac, appetit, digestions.
Précieuse. Foie, calculs, bile, diabète, goutte.
Dominique. Asthme, chlorose, débilités.
Désirée. Calculs, coliques. ***Magdeleine.*** Reins, gravelle
Rigolette. Anémie, ***Impératrice.*** Maux d'estomac.

Très agréables à boire. Une Bouteille par jour.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE des EAUX, VALS (Ardèche).

MIGRAINES NÉVRALGIES NÉVROSES **CÉRÉBRINE** de 2 à 4 cuillerées à café à chaque accès

Eug. FOURNIER (*Pausodun*), 180, rue de Provence, Paris.

Notices et Échantillons gratis.

© BIU Santé

CHEMIN DE FER DU NORD

1er JUILLET 1896.

SERVICES DIRECTS ENTRE PARIS ET BRUXELLES

TRAJET EN 5 HEURES.

Départs de Paris à 8 h. 20 du matin, midi 45, 3 h. 50, 6 h. 20 et 11 h. du soir.
Départs de Bruxelles à 8 h. et 8 h. 57 du matin, midi 59, 6 h. 4 du soir et minuit 15
Wagon-salon et wagon-restaurant aux trains partant de Paris à 6 h. 20 du soir et de Bruxelles à 8 h. du matin.
Wagon-salon-restaurant aux trains partant de Paris à 8 h. 20 du matin et de Bruxelles à 6 h. 4 du soir.

SERVICES DIRECTS ENTRE PARIS ET LA HOLLANDE

TRAJET EN 10 HEURES.

Départs de Paris à 8 h. 20 du matin, midi 45 et 11 h. du soir.
Départs d'Amsterdam à 7 h. 12 du matin, midi 20, et 6 h. 7 du soir.
Départs d'Utrecht à 8 h. 10 du matin, 1 h. 8 et 6 h. 46 du soir.

SERVICES DIRECTS ENTRE PARIS, L'ALLEMAGNE ET LA RUSSIE

Cinq express sur **Cologne**, trajet en 9 heures. Départs de Paris à 8 h. 20 du matin, midi 45, 6 h. 20, 9 h. 25 et 11 h. du soir. Départs de Cologne à 4 h. 45 et 9 h. du matin, 1 h. 45 et 11 h. 20 du soir.

Quatre express sur **Berlin**, trajet en 19 heures. Départs de Paris à 8 h. 20 du matin, midi 45, 9 h. 25 et 11 h. du soir. Départs de Berlin à 1 h. 5, 10 h. et 11 h. 55 du soir.

Quatre express sur **Francfort-sur-Mein**, trajet en 13 heures. Départs de Paris à midi 45, 6 h. 20, 9 h. 25 et 11 h. du soir. Départs de Francfort à 8 h. 25 du matin, 5 h. 50 et 11 h. 5 soir et 1 h. 3 du matin.

Deux express sur **Saint-Pétersbourg**, trajet en 56 heures. Départs de Paris à 8 h. 20 matin et 9 h. 25 ou 11 h. soir. Départs de Saint-Pétersbourg à midi et 8 h. 15 soir.

Deux express sur **Moscou**, trajet en 62 heures. Départs de Paris à 8 h. 20 matin et 9 h. 25 ou 11 h. soir. Départs de Moscou à 5 h. 45 et 10 h. 20 soir.

Nord-Express. — Le samedi de chaque semaine un train de luxe Nord-Express circule entre Paris, Berlin et Saint-Pétersbourg. *Aller* : Départ de Paris le samedi à 2 h. 15 soir. Arrivée à Berlin (le dimanche) à 8 h. 40 matin, à Saint-Pétersbourg (le lundi) à 3 h. 50 soir. — *Retour* : Départ de Saint-Pétersbourg (le mercredi) à 6 h. soir, départ de Berlin (le jeudi) à 10 h. 59 soir, arrivée à Paris (le vendredi) à 3 h. 25 soir.

SERVICES ENTRE PARIS, LE DANEMARCK, LA SUÈDE ET LA NORVÈGE

Deux express sur **Christiania**, trajet en 54 h. Départs de Paris à midi 45 et 9 h. 25 ou 11 h. s. Départs de Christiania à 9 h. 40 matin et 11 h. 15 soir.

Deux express sur **Copenhague**, trajet en 29 h. Départs de Paris à midi 45 et 9 h. 25 soir. Départs de Copenhague à midi et 8 h. 10 soir

Deux express sur **Stockholm**, trajet en 46 h. Départs de Paris à midi 45 et 9 h. 25 ou 11 h. soir. Départs de Stockholm à 8 h. 10 et 9 h. 40 soir.

CHEMIN DE FER DU NORD

1er *Juin* 1897

PARIS A LONDRES

VIA CALAIS OU BOULOGNE.

Cinq services rapides quotidiens dans chaque sens.

Trajet en 7 heures. — Traversée en 1 heure.

Tous les trains comportent des 2es classes. — En outre, les trains de malle de nuit partant de Paris pour Londres et de Londres pour Paris à 9 h. du soir et les nouveaux trains de jour partant de Paris pour Londres à 3 h. 45 du soir et de Londres pour Paris à 2 h. 45 du soir viâ Boulogne-Folkestone prennent les voyageurs munis de billets de 3e classe.

Départs de Paris :

Viâ CALAIS-DOUVRES : 9 h., 11 h. 50 du matin et 9 h. du soir.
Viâ BOULOGNE-FOLKESTONE : 10 h. 30 du matin et 3 h. 45 du soir.

Départs de Londres :

Viâ DOUVRES-CALAIS : 9 h., 11 h. du matin et 9 heures du soir.
Viâ FOLKESTONE-BOULOGNE : 10 h. du matin et 2 h. 45 du soir.

Services Officiels de la Poste.

La gare de Paris-Nord, située au centre des affaires, est le point de départ de tous les grands Express-Européens pour l'Angleterre, l'Allemagne, la Russie, la Belgique, la Hollande, l'Espagne, le Portugal, etc...

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

VOYAGES D'EXCURSION AVEC ITINÉRAIRE ÉTABLI AU GRÉ DU VOYAGEUR

CARTES DE CIRCULATION A DEMI-TARIF

La Compagnie des Chemins de fer de l'Ouest fait délivrer, en commun avec les autres Compagnies françaises, par toutes ses gares et pendant toute l'année, à condition que la demande en soit faite 5 jours au moins à l'avance :

1° Des Billets d'Excursion de 1re, 2e et 3e classe, individuels ou collectifs avec itinéraires tracés d'avance au gré du voyageur et comportant, suivant le parcours et le nombre de voyageurs, une réduction variant de 20 à 60 °/₀.

La durée de validité de ces billets, fixée de 30 à 60 jours, peut être prolongée de 3 fois 10 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 °/₀.

2° Des Cartes de circulation nominatives et personnelles, valables pendant 3, 6 ou 12 mois, donnant droit de circuler à demi-place sur toutes les lignes des grands réseaux. — Ces Cartes courent du 1er et du 16 de chaque mois.

CHEMIN DE FER DU NORD

SAISON DES BAINS DE MER

DU 1er MAI AU 30 SEPTEMBRE

BILLETS D'ALLER ET RETOUR VALABLES DU VENDREDI AU MARDI

PRIX AU DÉPART DE PARIS POUR

	1re cl.	2e cl.	3e cl.
Eu	25.40	20.10	13.70
Le Tréport-Mers	25.75	20.35	13.90
Saint-Valery	27.15	21.35	14.75
Cayeux	29.30	23.05	15.95
Le Crotoy	27.90	21.95	15.15
Quend (Fort-Mahon)	28.30	22.15	15.45
Conchil-le-Temple (Fort-Mahon)	28.80	22.50	15.75
Berck	»	24.15	17 »
Etaples (Paris-Plage)	30.90	23.95	17 »

	1re cl.	2e cl.	3e cl.
Dannes-Camiers	31.70	24.40	17.50
Boulogne	34 »	25.70	18.90
Wimille-Wimereux (Ambleteuse)	34.55	26.10	19.30
Marquise-Rinxent (Wissant)	35.50	26.75	20 »
Calais	37.90	29 »	21.85
Gravelines	38.85	29.95	22.60
Loon-Plage	38.75	29.90	22.50
Dunkerque	38.85	29.95	22.60
Ghyvelde Bray-Dunes	39.95	31.15	23.40

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Recommandations en vue d'éviter, dans les transports par chemin de fer, les pertes de colis ou les retards dans leur livraison.

Beaucoup de personnes ont pris l'habitude d'inscrire, sur les colis-bagages ou autres qu'elles remettent au chemin de fer, leur adresse et le nom de la gare destinataire. Cette précaution évite presque toujours les fausses directions avec leurs conséquences, c'est-à-dire les retards dans la livraison où même la perte des colis. Aussi se généralise-t-elle de plus en plus. Pour faciliter l'inscription de la gare destinataire à chaque nouveau voyage, la Compagnie d'Orléans met en vente, dans ses gares et stations, des carnets d'étiquettes gommées et des liasses de fiches, au prix de 0 fr. 05 le carnet de dix étiquettes ou la liasse de dix fiches.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE.

FÊTE DE L'ASSOMPTION

A l'occasion de la Fête de l'Assomption, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés du 13 au 16 août, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 août.

© BIU Santé

qui peuvent devenir le point de départ des perforations. En même temps le réseau lymphatique qui entoure ces follicules et qui est beaucoup plus développé dans l'appendice que dans tout le reste de l'intestin est envahi et propage l'inflammation dans tous les plans de l'appendice et jusqu'au péritoine. Dans certains cas, cette folliculite prend un caractère spécial ; les tissus de la muqueuse se nécrosent très rapidement, donnant à l'œil nu l'aspect d'appendicite gangréneuse. Les lésions des follicules peuvent être régressives ; ils disparaissent peu à peu et sont remplacées par du tissu fibreux ou fibro-graisseux, qui peut oblitérer plus ou moins complètement l'appendice, réduit à un moignon sans cavité centrale. C'est une forme de guérison.

M. Laveran pense qu'il ne peut s'agir là d'une forme spéciale, mais d'un processus d'entérite tel que celui que l'on observe dans la dysenterie.

M. Pilliet. — Dans la dysenterie on trouve des lésions caractéristiques des glandes et de la sous-muqueuse, même en dehors des points du gros intestin qui contiennent des follicules. Dans l'appendicite, au contraire, les lésions des glandes sont accessoires et secondaires, et c'est la folliculite qui domine. L'assimilation de M. Laveran pourrait s'appliquer aux formes d'appendicite dites gangréneuses, mais non à l'appendicite folliculaire ordinaire, la plus fréquente.

M. Gley, continuant ses recherches sur les *glandules thyroïdiennes accessoires*, rappelle que Baumann a isolé de la thyroïde une substance spéciale, qu'il a nommée iodothyrine et à laquelle il attribue un rôle important dans l'économie. Or, les glandules accessoires du lapin contiennent 25 fois plus d'iodothyrine que le corps thyroïde lui-même.

MM. Widal et Nobécourt ont essayé le *pouvoir immunisant de l'urine des typhiques*. L'urine ayant été injectée à 35 souris, ces animaux furent ensuite inoculés avec des doses mortelles de bacilles d'Eberth. 17 ayant survécu pouvaient être considérées comme immunisées ; mais leur sérum sanguin ne présentait pas la réaction agglutinante du bacille typhique. L'immunisation et la propriété agglutinante du sérum sont donc deux phénomènes distincts, puisqu'on peut les dissocier.

M. Renzi a gardé *en ballons stériles de l'urine* depuis 1893. Cette urine s'est montrée plus toxique que là même à l'époque de la stérilisation ; le vieillissement augmente donc la toxicité urinaire, comme l'avait avancé M. le Pr Bouchard.

MM. Capitan et Croisier rapportent une observation d'*inversion des viscères*, diagnostiquée sur le vivant par le phonendoscope de Verdin. Ils rapportent à ce propos les principaux cas d'inversion totale qui ont été publiés. Sur le vivant, en général, on peut diagnostiquer la position du cœur et du foie. Avec le nouveau procédé, les auteurs ont pu reconnaître en place l'estomac, la rate et le cæcum.

MM. Dastre et Floresco ont constaté que les *ferments solubles injectés dans les veines abaissent la tension sanguine* et passent dans l'urine. Ils exercent aussi une certaine action, mais en sens variable sur la coagulabilité du sang.

M. Bouchard fait des réserves sur le passage des ferments, de la lipase en particulier, dans l'urine.

M. Phisalix a étudié le *venin de la grande Salamandre du Japon*. Ce venin, facile à recueillir en quantité, en grattant légèrement avec une cuiller le dos de l'animal, est assez peu toxique ; mais il est très immunisant pour les autres venins. C'est ainsi que les cobayes sont immunisés par lui en quelques jours contre le venin de la vipère.

M. Guinard adresse une note sur les *effets cardio-vasculaires de la malléine*.

MM. Apostoli et Berlioz adressent une note *sur l'action thérapeutique générale des courants alternatifs à haute fréquence*.

MM. Lefèvre et Charrin ont constaté que *le suc gastrique exerçait une action destructive sur les toxines*.

A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 août 1897. — Présidence de M. Caventou.

Tubercule de la conjonctive.

M. Valude présente un fait de tubercule de la conjonctive et de la sclérotique où il a pu obtenir la guérison sans énucléation de l'œil. L'extirpation de la portion atteinte de la paroi oculaire a été suivie de suture. La guérison fut très facile et n'est pas démentie après six mois.

Paralysies ascendantes streptococciques.

M. Hallopeau lit un rapport sur une communication de M. Brault (d'Alger), rapportant trois observations de paralysies ascendantes d'origine streptococcique à marche subaiguë. Dans l'une d'elles due à une lymphangite du pied, les nerfs craniens furent eux-mêmes atteints. Ces trois cas se sont terminés par la guérison progressive en un mois environ.

Radiographie du crâne.

MM. Reynier et Glower font une communication aussi importante au point de vue anatomique qu'au point de vue chirurgical. En voici les conclusions.

1° Il est possible d'étudier en se plaçant au point de vue chirurgical la topographie anatomique cranio-encéphalique par les méthodes radio-photographiques, en tenant compte des quelques inconvénients qui incombent à ces méthodes. Nous voulons parler des très légères déformations de l'image. Par ces méthodes radio-photographiques, il y possibilité d'apercevoir le cerveau au travers de la paroi du crâne ; de plus, fait important pour s'orienter dans l'étude de la topographie anatomique cranio-cérébrale, il paraît possible de superposer, sur le cliché photographique, la silhouette des sutures craniennes sur la silhouette des scissures qui séparent entre elles les circonvolutions cérébrales.

2° On peut fixer les rapports immédiats des tissus veineux de la dure-mère et du sinus latéral en particulier avec la paroi cranienne chez l'enfant et chez l'adulte. Les injections des sinus veineux de la dure-mère, faites à l'aide de liquide solidifiable et contenant en suspension des substances métalliques, ainsi que quelques autres procédés artificiels, nous ont permis de voir très nettement ces sinus à travers la paroi osseuse.

3° Nous avons aussi pu étudier, sur des pièces sèches, l'étendue et la forme si variables des vacuoles et des cellules osseuses de l'apophyse mastoïde, des sinus maxillaires, frontaux, sphénoïdaux, et des cellules ethmoïdales.

4° Enfin nous avons facilement obtenu, sur des pièces recouvertes de leurs parties molles, la silhouette opaque et triangulaire de la base d'implantation du rocher sur l'écaille temporale, ainsi que la silhouette des trois étages de la base cranienne, dans ses rapports exacts avec la paroi cranienne extérieure.

A.-F. Plicque.

VARIA

Organisation du Congrès de Moscou.

A Monsieur le Dr Bourneville, Rédacteur en chef du *Progrès Médical* :

Reims, le 7 août 1897.

Mon cher ami,

Votre journal s'est beaucoup occupé du Congrès de Moscou ; vous seriez bien aimable de donner un conseil aux congressistes qui, malgré des démarches de toute nature (lettres, dépêches), ne peuvent obtenir des Comités de Moscou ou de Paris la carte de membre adhérent, absolument indispensable pour jouir en Russie des réductions promises sur les chemins de fer.

Je devais partir aujourd'hui et passer par Saint-Pétersbourg ; l'absence de cette pièce m'a fait ajourner mon voyage ; je ne tiens nullement à rester en détresse à la frontière russe.

Depuis 25 ans que je suis des Congrès, je n'ai jamais vu de pareils retards (j'emploie le mot le moins mal sonnant).

© BIU Santé

Dans ces conditions, connaissant les difficultés qu'on peut avoir à la frontière, faut-il partir?

Est-on assuré de trouver à Moscou l'organisation que nous avons admirée à Londres et à La Haye?

Renseignez, je vous prie, mon cher ami, un grand nombre de vos lecteurs, qui doivent se trouver dans la situation de plusieurs de nos confrères rémois.

Avec tous mes remerciements.

Votre bien dévoué, Dr H. HENROT.

Le *Comité français* n'a pu remettre à M. le Dr Henrot sa carte de Congressiste pour la bonne raison qu'il ne l'a pas encore reçue de Moscou, au moment où j'écris ces lignes, et surtout *parce que M. Henrot ne lui a jamais rien demandé!* — Je suis moi-même, à ce point de vue, dans les mêmes conditions que mon confrère; *je n'ai pas encore reçu la carte* que j'ai demandée *pour moi-même!*

On m'a adressé, il est vrai, de Moscou, il y a trois jours une dépêche m'informant que ces cartes étaient parties de Moscou dimanche dernier...

A l'heure qu'il est, 435 Congressistes français, inscrits à nos bureaux à Paris, ont reçu leurs cartes de circulation en Russie et leurs bons de réduction en France. — Ce qui prouve que le Comité *français* n'a rien à envier aux Comités de La Haye ou de Londres!

On me permettra de ne pas donner ici mon avis motivé sur l'organisation du Comité central du Congrès à Moscou; je n'ai à défendre que moi-même et, sur ce chapitre, je ne crains rien. M. Henrot a pu s'en rendre compte, lors de la visite qu'il m'a faite ces jours derniers. Aussi ne l'ai-je pas dissuadé d'adresser cette lettre ouverte à mon Directeur, heureux d'avoir ainsi l'occasion de dégager ma responsabilité. Marcel BAUDOUIN,

Secrétaire général de l'Association de la Presse Médicale française, Secrétaire général du Comité français du Congrès de Moscou.

Le Congrès de Moscou et l'Association de la Presse médicale allemande.

La Revue Médicale publie dans son numéro du 11 août 1897 (p. 311) les lignes suivantes, signées du Dr J. ARNAUD :

« J'ai vu ce matin le Pr Posner, au nom de qui, au titre — apocryphe d'ailleurs — de secrétaire général d'une PROBLÉMATIQUE (1) *Association de la Presse médicale allemande*, etc. »

Cette Association, quoi qu'en dise notre confrère, *n'est nullement problématique.* J'ai reçu en effet, le 9 août 1897, une lettre, datée de Berlin et du 7 août, de M. le Dr EULENBURG, rédacteur en chef de la *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, qui commence ainsi :

« *L'Association libre de Presse médicale allemande*, dont je suis pour cette année le *Président...* »

Je tiens cette lettre à la disposition de mon ami, M. Archambaud. — Et voilà comment on écrit l'histoire!

D'autre part, que mon ami, M. le Pr Posner, ne fût plus, à l'heure où M. Arnaud l'a vu à Berlin, secrétaire général de cette Association, je l'ignore. Mais il l'était encore lorsqu'il m'a écrit pour la dernière fois, il y a quelque temps. M. B.

XIIe Congrès International de Médecine de Moscou.

Sont *Délégués officiels* du Gouvernement Français, au Congrès international de médecine de Moscou, MM. les Drs de Paris dont les noms suivent: Lannelongue, Potain, Barthélemy, Bourquelot, Bucquoy, Charpentier, Chauffard, Gariel, Gaucher, Gilbert, Gilbert-Ballet, Gouguenheim, Hallopeau, Hayem, Joffroy, Le Dentu, Lucas-Championnière, Ménière, Péan, Pinard, Pozzi, Riche, Tillaux, Tuffier, Vallin, Varnier, Vignes, Widal. — MM. les Drs Bergonié, Boursier, Demons, Moure, de Nabias, Pitres, Régis, Sabrazès, Viault (de Bordeaux). — MM. les Drs Lacassagne, Ollier, Pierret, Poncet, Soulier, de Lyon. — MM. Ausset, Baudry, Charmeil, Debierre, Lemoine, de Lille. — MM. Baumel, Carrière, Delezenne, Ducamp, Estor, Forgue, Gilis, Grasset, Hédon, Mairet, Mourret, Puech, Truc, de Montpellier. — MM. Bernheim, Etienne, Frœlich, Gross, Guilloz, Haushalter, Herrgott, Heydenreich, Jacques, Meyer, Petit, Spillmann, de Nancy. — MM. Biarnès, Mossé, de Toulouse.

On remarquera, non sans étonnement, qu'aucun des Membres du Bureau du COMITÉ FRANÇAIS D'INITIATIVE ET DE PROPAGANDE DU CONGRÈS *ne fait partie de la délégation officielle.* — Se passe de commentaires!

(1) Je fais imprimer à dessein ce qualificatif en capitales.

Facultés de Médecine.

Fixation des droits d'études, d'inscription, de travaux pratiques et de bibliothèque à acquitter par les aspirants au doctorat en médecine.

A partir du 1er janvier 1898, les aspirants au doctorat en médecine acquitteront les droits ci-après: *Aspirants au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles*: droit trimestriel d'inscription, 30 fr.; droit trimestriel de travaux pratiques, 22 fr. 50. *Aspirants au doctorat en médecine pendant la période scolaire*: droit trimestriel d'inscription, 30 fr.; droit trimestriel de travaux pratiques, 15 fr. Les aspirants au doctorat en médecine et au certificat d'études des Facultés des Sciences, dont les études sont terminées ou interrompues, sont tenus, pour être admis aux travaux pratiques réglementaires, d'acquitter le même droit de travaux pratiques que les étudiants en cours d'études. *Etudiants admis dans les laboratoires de recherches*: droit trimestriel, 50 à 150 fr. suivant décision du Conseil de la Faculté. *Etudiants non assujettis au droit d'inscription*: droit annuel d'immatriculation d'études, 20 fr. *Tous les étudiants*: droit annuel de bibliothèque, 10 fr.

La Rage chez les chats à Paris.

Les cas de rage se sont multipliés d'une façon inquiétante ces jours derniers, à Paris, par les temps de canicule que nous avons dû subir. Dans le quartier de l'Odéon, deux chats enragés ont été abattus. M. Lépine a adressé aux commissaires de police une circulaire, afin de leur rappeler leurs devoirs en la matière.

Le préfet se plaint que des chiens ou des chats, ayant mordu des personnes ou des animaux et soupçonnés d'être enragés, sont fréquemment abattus et enfouis par des particuliers ou par des agents de l'autorité, sans qu'il ait été procédé au préalable à aucun examen en vue d'établir s'ils étaient réellement atteints de rage. De plus, il arrive que des cas de morsure ne sont pas signalés à l'administration, ou ne font l'objet que d'un rapport sommaire. « Cette manière de procéder, dit M. Lépine, contraire à l'esprit de la loi, peut être cause de très graves dangers pour la sécurité publique. » En conséquence, le préfet prie les commissaires de police d'apporter le plus grand soin à lui signaler tout cas de morsure. Dans le cas où l'animal aurait paru enragé, le rapport devra être accompagné d'un certificat délivré par un vétérinaire diplômé et constatant l'état de santé de l'animal au cours de deux visites faites à six jours d'intervalle. Dans les cas de rage constatée, le rapport devra être aussi complet que possible en ce qui concerne les personnes ou les animaux mordus. Le préfet rappelle ensuite qu'un service spécial, dirigé par un vétérinaire sanitaire de la préfecture de police, est établi à la fourrière de la rue de Pontoise, pour visiter ou autopsier tous les jours les animaux atteints de rage, ou simplement suspects: autopsies et visites sont absolument gratuites. Il prie les commissaires d'exiger des propriétaires de tous chiens ou chats suspects, c'est-à-dire qui auraient été mordus ou même seulement roulés par l'animal enragé, qu'ils fassent procéder immédiatement à l'abattage, conformément à l'article 10 de la loi du 21 juillet 1881. Quant aux personnes mordues par un animal enragé ou suspect, elles devront être invitées à se rendre immédiatement à l'Institut Pasteur pour y être traitées. En terminant, le préfet invite les commissaires de police de la banlieue à se mettre en rapport avec les autorités municipales de leur circonscription et à réclamer leur concours pour que tous les cas de rage soient portés à leur connaissance et pour que, dans toute commune où un cas de rage aurait été signalé, la circulation des chiens non tenus en laisse soit interdite, par voie d'affiche, durant six semaines, conformément à l'article 54 du décret du 22 juin 1882.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr THOLOZAN (de Téhéran).

Le correspondant du *Times* à Téhéran a télégraphié ces jours-ci que M. le Dr THOLOZAN, médecin pendant plus de trente ans du feu schah Nasr ed Dine, serait mort dans cette ville, le vendredi 30 juillet 1897. Joseph-Désiré Tholozan était né le 9 octobre 1820, à l'île

© BIU Santé

Maurice; il entra au service de santé de l'armée française en 1841. Professeur agrégé au Val-de-Grâce, il fut, en 1865, détaché en mission en Perse et mis hors cadre. A Téhéran, il devint médecin principal du schah Nasr ed Dine, qu'il accompagna dans ses deux voyages en Europe. Correspondant de l'Académie de Médecine en 1867, il fut nommé correspondant de l'Académie des sciences de l'Institut de France le 8 juin 1874. Il a été promu commandeur de la Légion d'honneur en 1884. Il était également chevalier-commandeur de l'ordre anglais des Saints Michel et Georges et portait en cette qualité le titre de *sir*. Il a publié d'intéressants travaux, notamment sur la peste bubonique (1874 et 1876), sur la genèse du choléra (1875), sur les trois dernières épidémies du Caucase (1879), et sur les causes de la décadence des nations musulmanes. Il a très dignement représenté la France et son influence en Perse.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 1er août au samedi 7 août 1897, les naissances ont été au nombre de 1.166, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 433, illégitimes, 172. Total, 605. — *Sexe féminin* : légitimes, 394, illégitimes, 167. Total, 561.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er août au samedi 7 août 1897, les décès ont été au nombre de 859, savoir : 461 hommes et 398 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 7, T. 10. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0 — Rougeole : M. 3, F. 3, T. 6. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0 — Coqueluche : M. 1, F. 3, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 2 F. 1, T. 3 — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 100, F. 58, T. 158. — Méningite tuberculeuse : M. 10 F. 10, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 22, T. 40. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 11, F. 32, T. 43. — Méningite simple : M. 6, F. 13, T. 19 — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 17, F. 9, T. 26. — Paralysie, M. 1, F. 6, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 3, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 25, T. 46. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 2, T. 11. — Bronchite chronique : M. 8, F. 8, T. 16 — Broncho-pneumonie : M. 6, F. 5, T. 11. — Pneumonie : M. 13, F. 7, T. 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 17, F. 10, T. 27 — Gastro-entérite, biberon : M. 70, F. 56, T. 126. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 5, T. 13. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 12, F. 7, T. 19. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 1 T. 6 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 13, F. 5, T. 18 — Sénilité : M. 5, F. 13, T. 18 — Suicides : M. 17, F. 5, T. 22. — Autres morts violentes : M. 11, F. 3, T. 14. — Autres causes de mort : M. 66, F. 69, T. 135. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 1, T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 92, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 41, illégitimes, 19 Total : 60 — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 10 Total : 32.

UNIVERSITÉS. — *Droits.* — Un décret inséré ces jours-ci au *Journal officiel* porte règlement d'administration publique sur les droits à percevoir au profit des Universités en vertu de la loi du 10 juillet 1896.

UNIVERSITÉ DE LYON. — *Laboratoire de Biologie à Toulon.* — Le Conseil de l'Université de Lyon vient de voter la somme de 42.000 fr. pour permettre l'achèvement des constructions du laboratoire de biologie de Tamaris, près Toulon. Dans ces conditions, il ne restera plus qu'à trouver les ressources nécessaires pour l'aménagement de cet établissement. Il y a tout lieu de croire qu'un crédit sera voté à cet effet par le Conseil général, afin d'assurer la réalisation de cet œuvre si intéressante.

UNIVERSITÉ DE GRENOBLE. — *Inauguration.* — La troisième et dernière inauguration du Président de la République à Grenoble a été celle de l'Université. Ici, pas de monuments neufs ou restaurés. C'est une personnalité nouvelle que l'on fête; c'est la naissance toute récente de l'Université de Grenoble, à qui la loi de 1896 a donné la vie. M. Zeller, recteur de l'Académie, a présenté les professeurs des Facultés et les étudiants, groupés dans un des amphithéâtres. Puis il a donné lecture d'un remarquable discours.

FACULTÉS DES SCIENCES. — *Bourses de Licence.* — Le *Journal officiel* publie un arrêté du 31 juillet portant attribution de bourses de licence près les Facultés des Sciences pour l'année scolaire 1897-1898.

Licence ès sciences. — Le Ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux recteurs d'académie une circulaire pour leur faire connaître les dispositions adoptées en raison de la nouvelle organisation de la licence ès sciences et conformément à l'avis de la commission compétente du comité consultatif, à l'égard des étudiants boursiers près des Facultés des sciences. A l'avenir, ces étudiants ne pourront être maintenus en qualité de boursiers pendant une seconde année que s'ils ont obtenu à la fin de la première année de bourse un des certificats d'études supérieures délivrés par la Faculté des sciences à laquelle ils sont attachés. Tout boursier de deuxième année devra justifier, au plus tard à la session de novembre suivant, qu'il est en possession des trois certificats donnant droit au diplôme de licencié. Enfin, la troisième année de bourse, accordée après justification de ce diplôme, doit être sanctionnée par la prise d'un quatrième certificat.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *Ecole de Chimie.* — La séance de fin d'année de l'Ecole pratique de chimie, fondée l'année dernière, a eu lieu, 3, rue Michelet, dans les laboratoires faisant partie de la Faculté des Sciences. Cette cérémonie, présidée par M. Darboux, de l'Institut, doyen de la Faculté, a été ouverte par M. le Pr Friedel, membre de l'Institut, directeur du nouvel enseignement. Après une allocution très applaudie, dans laquelle M. Friedel a félicité le personnel enseignant et les étudiants des résultats obtenus, il a donné des conseils aux élèves relativement à l'emploi de leur temps au laboratoire et en vacances, et dans lesquels il leur a représenté combien étant grand le rôle patriotique qu'ils pouvaient remplir en cultivant avec succès les diverses branches de la chimie appliquée; il a lu la liste des lauréats et celle des élèves admis en seconde année.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — Des arrêtés autorisent la Faculté des Sciences de Besançon à délivrer un douzième certificat d'études supérieures et ouvrent un concours pour l'emploi de suppléant à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Besançon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Médecine opératoire.* — Par arrêté ministériel, le professeur de médecine opératoire dirige, pendant le semestre d'été, les exercices pratiques de médecine opératoire. Il lui est adjoint un sous-directeur pris parmi les agrégés en exercice (section de chirurgie). L'agrégé sous-directeur des exercices pratiques de médecine opératoire est dispensé du service des examens pendant le semestre d'été. — Inutile de faire remarquer que cette amélioration réelle dans l'organisation de l'Ecole pratique est due uniquement à M. le Pr Terrier. Il lui a fallu lutter longtemps pour obtenir ce résultat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret du 24 juillet, M. le Dr POIRIER, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, est de nouveau prorogé dans les fonctions de chef des travaux anatomiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Sont nommés chefs de clinique : MM. les Drs COMMANDEUR (*clinique obstétricale*) ; PAPILLON (*clinique des maladies mentales*).

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — Un concours s'ouvrira, le 1er février 1898, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Besançon. — M. le Dr SAILLARD, professeur de clinique externe, est nommé professeur de pathologie externe. — M. le Dr CHAPOY, professeur de pathologie externe, est nommé professeur de clinique externe. — M. le Dr MANDEREAU, suppléant, est nommé professeur d'anatomie. — M. le Dr PRIEUR, suppléant, est nommé professeur d'histologie.

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. le Dr MALAPERT, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire pendant la durée du congé accordé à M. Poisson (année scolaire 1897-1898).

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. le Dr BAX, ancien suppléant, est nommé professeur de clinique médicale.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — *Concours.* — Un concours s'ouvrira le 3 février 1898 devant la Faculté de médecine de l'université de Montpellier, 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. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — La session d'examen pour les candidats au certificat d'études P. C. N., ouverte le jeudi 29 juillet sous la présidence de M. le Pr Delage, a été terminée le dimanche 1er août 1897, à 11 h. 1/2. Sur 49 examinés, 15 ont été ajournés; 34 ont donc été reçus. Ce sont : M. Moinard, mention extrêmement satisfait; Mlle Eudel, M. Géniaux, très satisfait; MM. Blouet, Boucher de la Ville-Jossy, Chauvin, Dorso, Durand, Pyraude, Fortineau, Hervouet, Gleises, Malécot, mention bien satisfait; MM. Gornaud, Huzard, Ménager, Merel, Orgebric.

© BIU Santé

Ouzilleau, mention assez bien ; MM. Aupiais, Baty, Du Bouaye de Couesbouc, Cacault, Calmet, Dupouy, Jamin, Jolly, Joussemet, Lemaire, Lemerle, Le Ridaut, Loréal, Petiteau, Richard, mention passable.

RÉCOMPENSES. — Des médailles d'honneur ont été accordées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours des maladies épidémiques ou contagieuses : *Médaille d'or*. MM. les Drs Ollé, médecin des épidémies à Saint-Gaudens ; Soueix, médecin des épidémies à Saint-Girons ; et de Valicourt, médecin à Philippeville. — *Médaille de vermeil*. Mme Martin a secondé son mari, M. le Dr Martin, dans les soins donnés aux personnes atteintes de diphtérie à Privas. — *Médailles d'argent*. MM. les Drs Blache, maire de Privas ; Castelli, Chancel, Galetti, médecins de la santé à Marseille ; et Gomot, médecin des épidémies à Guéret. — *Médailles de bronze*. MM. les Drs Courtade, à Outarville ; Poitevin de Fontguyon, interne à l'hôpital Saint-Jean, à Bordeaux ; et Schisgal, à Thiberville. — La *médaille d'honneur des épidémies*, en or, a été décernée à M. le Dr Martin, chef du laboratoire de M. le Dr Roux, à l'Institut Pasteur.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés *Officiers de la Légion d'honneur* : MM. les Drs Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris ; Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriage (Isère) ; Hautefeuille, professeur à la Faculté des Sciences de Paris.

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'honneur* : MM. les Drs Brun, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris ; Legendre, médecin à l'hôpital Tenon, à Paris ; Bezançon, ancien maire de Boulogne-sur-Seine ; Vagnat, maire de Briançon ; Chavanis, médecin à l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne (Loire) ; Pons, président du conseil d'arrondissement de Nérac (Lot-et-Garonne) ; Bailly, médecin à Chambly (Oise) ; Casamayor-Dufaur, médecin en chef des hospices d'Oloron ; Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon ; Legras, médecin à Dompaire (Vosges) ; Tripier, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon ; M. le Dr Dupont, conseiller général de la Savoie ; M. le Dr Chiron, chirurgien en chef des hôpitaux de Chambéry.

Palmes Académiques. — Le *Journal officiel* a publié un décret du Ministre de l'Instruction publique, comportant un certain nombre de nominations pour les palmes d'officier de l'instruction publique et d'officier d'académie. Cette promotion, comme on sait, est réservée, depuis plusieurs années, aux membres de l'enseignement, pour qui d'ailleurs les décorations de cet ordre ont été instituées. Nous nous réservons de publier bientôt la liste des nouveaux officiers d'Académie ; nous relevons spécialement aujourd'hui, parmi les officiers de l'Instruction publique, les noms de MM. Cornu, professeur au Muséum, officier de la Légion d'honneur ; Frémiet, maître de dessin au Muséum, membre de l'Institut, commandeur de la Légion d'honneur ; Perier, professeur au Muséum, membre de l'Institut, officier de la Légion d'honneur.

Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : M. Barette, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Caen. M. Beauvisage, agrégé près la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon. M. Boinet, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Marseille. M. Bordas, ancien préparateur à la Faculté de Médecine de Paris. M. Boursier, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux. M. Bruté, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Rennes. M. Debierre, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille. M. Ferré, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux. M. Gauderon, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Besançon. M. Gilis, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. M. Guérin, agrégé près la Faculté de Médecine Nancy. M. Hébert, professeur honoraire à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Dijon. M. Hugounenecq, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon. M. Pégoud, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Grenoble. M. Rey, professeur à l'Ecole de médecine et de Pharmacie d'Alger. M. Thibaut, agrégé libre près la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille. M. Viaud-Grand-Marais, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Nantes. M. Ville, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — Le Conseil général de la Seine a décidé l'envoi d'une mission pour visiter les asiles de l'Angleterre et de l'Ecosse, et notamment ceux dits « aux portes ouvertes ». La délégation est ainsi composée : MM. le Dr Emile Dubois, président du Conseil général, Astier et M. le Dr P. Brousse, membre de la 3e commission. A cette délégation ont été adjoints MM. H. Le Roux, directeur des affaires départementales, et le Dr Edouard Toulouse, médecin de l'asile de Villejuif. — Nous apprenons que le docteur Robert WURTZ, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux, est chargé d'une mission en Abyssinie. Ce jeune bactériologiste, qui fut un des collaborateurs les plus brillants du regretté professeur Strauss, doit s'embarquer prochainement pour Djibouti et de là se rendra directement à Addis-Ababa, où après avoir organisé un service vaccinal, il se livrera à des études sur la peste bovine et d'autres maladies infectieuses qui à certaines époques désolent plusieurs provinces du vaste empire de Ménélik. — M. le Dr P. GIRES vient d'être chargé par le Ministre de l'Instruction publique d'aller étudier le fonctionnement des *Ecoles dentaires* aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord. M. le Dr Gires trouvera de très utiles documents sur ces écoles dans le livre de M. Marcel Baudouin sur la *Médecine transatlantique* (Rapport de mission du Ministère du Commerce, 1893).

NOMINATIONS. — M. le Dr Ballot, gouverneur du Dahomey et de ses dépendances, est promu de la 2e à la 1re classe de son grade.

NÉCROLOGIE. — Les sinistres nouvelles qu'on a télégraphiées relativement à la mort de notre excellent ami, M. le Dr BALLUE et des quatre hommes d'équipage qui l'accompagnaient sur le *Priny*, paraissent malheureusement certaines maintenant. Le *Priny* a coulé presque immédiatement après la collision qu'il a eue, dans la nuit du 23 au 24 juillet, avec la malle de Douvres-Ostende, *Princesse-Henriette*, et le yacht du docteur Ballue s'est perdu corps et biens. M. le Dr Ballue, très connu et très estimé à Arras, ancien interne des hôpitaux de Paris, était âgé d'une quarantaine d'années et estimé de tous ses collègues. Il avait acheté, il y a quelques mois seulement, le yacht *Priny*, construit au Havre pour le baron Sellière, et il venait de quitter Dunkerque pour une excursion dans la mer du Nord, et pour de là se rendre à Leith (Ecosse), où Mme Ballue devait attendre son mari, quand s'est produite, moins de deux heures après la sortie du port, en pleine nuit et par un brouillard épais, la collision avec la malle belge. Les quatre matelots coulèrent immédiatement à fond ; mais le Dr Ballue, cramponné à une bouée, a dû lutter longtemps contre les flots. C'est son cadavre, reconnaissable au jersey rouge qu'il portait, qui a été aperçu par le bateau de Boulogne *Guillaume-et-Augustine*, patron Gournay. La catastrophe s'est produite à l'O.-N.-O. de Ruitingen. — On annonce le décès, à Brest, à l'âge de cinquante-quatre ans, du Dr CORRE, médecin en chef de la marine, officier de la Légion d'honneur. — On annonce la mort subite, à Sinaïa, de M. le Dr KREMNITZ, le médecin traitant du prince royal de Roumanie. Ce décès inattendu a vivement impressionné les membres de la famille royale. — M. le Dr BARBÉ (de Bordji-Bouria). — M. le Dr MOLLE (d'Ecos). — M. le Dr DELESCLUSES (de Saint-Pierre-Quilbignon). — M. le Dr ERNOULT (de Saint-Malo). — M. le Dr LERMONT (de Wormhoudt). — M. le Dr RAVAL (de Pleurtuits). — M. le Dr SOURDIN (d'Evron). — M. le Dr MELQUIOUD (de Marseille). — M. le Dr BORDES-PAGÈS, ancien sénateur du département de l'Ariège. — M. le Dr G.-J. ASK, professeur de chirurgie et d'obstétrique à la Faculté de Médecine de Lund. — M. le Dr RODRIGO DE BOAVENTURA MARTINS PEREIRA, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de Médecine de Lisbonne. — M. le Dr E. FINOTTI, privat-docent de chirurgie à la Faculté de Médecine de Gratz. — MM. les Drs Jabes Spence RAMSKILL, ancien lecteur de médecine à London Hospital Medical School et Henry THOMPSON, ancien lecteur de matière médicale à Middlesex Hospital School of Medicine de Londres. — M. le Dr Joseph KOVACS, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Budapest.

Anémie, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale : *Biosine Le Perdriel*.

Ovules Passemard-Vigier à la glycérine et à tous médicaments. *Crayons intra-utérins, Bougies uréthrales, Suppositoires, Balles rectales*.

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 34. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 21 AOUT 1897.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les opérations nouvelles et rares sur les voies biliaires :

La Cysticotomie (*fin*) (1).

par Marcel BAUDOUIN,

Préparateur du Cours d'Opérations à la Faculté de Médecine de Paris, Rédacteur en chef des *Archives provinciales de Chirurgie.*

Depuis la publication de notre travail sur la *Cysticotomie* dans le *Progrès médical* (2), nous avons pu prendre connaissance de trois nouveaux cas, dont deux sont encore dus à Kehr (3). Nous en donnons ci-dessous la relation presque *in extenso*, d'après la traduction des observations, publiées dans la thèse de M. Jourdan (4).

OBSERVATION XI.

KEHR (cas VII) (1er décembre 1893) (5).
(Résumé) (6).

Calculs de la vésicule. Abcès et adhérences péricholécystiques. Angiocholite suppurée. CALCULS DU CYSTIQUE *enclavés. — Cholécystostomie.* CYSTICOTOMIE. — *Fistule persistante. Calculs du cholédoque. — Essais de refoulement des calculs. Cholédochotomie. — Calcul de l'hépatique. — Lithectomie hépatique par la voie cholédochienne. — Guérison.*

Femme, âgée de 55 ans, entrée le 1er décembre 1893. Depuis plusieurs années, elle était sujette à des crises de coliques hépatiques; trois jours avant son entrée, ont apparu tous les signes d'obstruction des voies biliaires (fièvre, frissons, ictère, douleurs). Diagnostic : calculs dans le canal cystique ; cholécystite aiguë, peut-être angiocholite suppurée.

OPÉRATIONS. — 1° CYSTICOTOMIE et *Cholécystostomie.* — Le 3 décembre, température élevée (40°,5). Incision au bord externe du muscle droit. Suppuration commençante dans la vésicule biliaire, qui contient des calculs. Nombreux petits foyers punctiformes de suppuration à la surface du foie. Adhérences entre le foie et le péritoine pariétal. La palpation du cholédoque reste négative. Foie rouge foncé et augmenté de volume (angiocholite suppurée ?). Le *canal cystique* contient deux gros calculs, qui y sont fortement enclavés. L'ablation de ces calculs par la cysticotomie peut seule rétablir la perméabilité du canal cystique, et permettre ainsi un drainage minutieux des voies biliaires, seul moyen d'amender les accidents actuels. CYSTICOTOMIE et *cholécystostomie.* La bile qui s'écoule du canal hépatique est trouble et floconneuse.

Suites. — Pendant quelques jours, l'état de la malade reste grave; la fièvre ne diminue que lentement; et les frissons se reproduisent encore. La sécrétion de la bile est très abondante; la bile, trouble et floconneuse pendant les premiers jours, devient ensuite plus claire.

Au bout de huit jours, la malade était hors de danger ; mais l'écoulement de la bile par la fistule restait si abondant qu'il était nécessaire de faire chaque jour un énorme pansement. Les selles étaient passablement colorées en brun; appétit bon, état général excellent. L'état de cette femme s'améliorait de jour en jour; cependant l'écoulement de la bile persistait avec la même abondance. Le cholédoque n'était donc pas en état normal.

2° *a) Cholédochotomie.* — Le 20 février, longue incision médiane, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. Quelques adhérences dans la profondeur. L'ancienne suture du canal cystique est encore perceptible. Le cholédoque est bientôt libéré ; je n'y sens pas de calcul. La tête du pancréas semble plus dure qu'à l'ordinaire (carcinome ?). Après des recherches multiples et répétées, pour trouver trace d'un calcul dans le cholédoque, je me prépare à faire une *cholécystenterostomie.* Incision transversale du muscle droit, à 2 centimètres au-dessous de la fistule de la vésicule biliaire. La vésicule est séparée d'avec la paroi abdominale. J'explore encore une fois le cholédoque. Naturellement, après avoir inutilement séparé la vésicule d'avec la paroi, je trouve maintenant un *calcul dans le cholédoque. Deux tentatives faites pour le mobiliser* restent infructueuses. Incision directe sur le calcul et extraction par la plaie du cholédoque ; il mesure un centimètre et demi de longueur. Deux anses de fil maintiennent l'ouverture du cholédoque. Avec le doigt, je ne sentais plus aucun autre calcul. Cependant la sonde était arrêtée et me faisait découvrir encore une grosse concrétion dans le canal hépatique, et deux autres petits calculs dans le cholédoque.

b) Extraction de ces calculs par la plaie du cholédoque. — Calculs durs impossibles à lithotritier, mais impossibles à découvrir autrement qu'à la sonde (voir Jourdan).

...Après m'être assuré de la perméabilité complète des voies biliaires, je ferme l'incision du cholédoque par deux rangées de sutures. L'ouverture de la vésicule biliaire, longue de 6 centimètres environ, est fermée et réduite dans l'abdomen sur une étendue de 5 centimètres, le centimètre restant étant laissé ouvert et suturé au péritoine pariétal. Un petit drain est placé dans la vésicule. Sutures profondes et superficielles de la plaie abdominale. Pansement. Durée de l'opération : trois heures ; 250 grammes d'éther. Anesthésie très bonne. Le pouls est lent, lorsqu'on remporte la malade dans son lit.

Suites apyrétiques. L'écoulement de la bile par la fistule vésiculaire diminue de plus en plus. Guérison rapide. La malade sort trois semaines après l'opération. La fistule est complètement fermée. Santé parfaite.

OBSERVATION XII.

KEHR (cas VIII) (26 février 1894) (1).
(Résumé) (2).

CALCUL *de la vésicule,* DU CYSTIQUE, *du cholédoque et de l'hépatique. Abcès péricholécystique. Adhérences. — Laparotomie paracholécystique. Nettoyage de l'abcès. Cholécystotomie.* CYSTICOTOMIE. *Cholédochotomie. Lithectomie hépatique par voie cholédochienne. — Guérison.*

Femme de 48 ans. Mariée à un maître menuisier d'Oschersleben. Entrée le 18 février 1894. Malade amaigrie et en très mauvais état. Ictère très prononcé ; foie légèrement augmenté de volume. La vésicule biliaire n'est pas perceptible. L'ictère persiste déjà depuis dix ans, avec quelques variations dans

(1) Voir *Progrès médical*, 25 juillet, 1er août 1896, 5, 12 juin, 3 et 24 juillet 1897.
(2) *Progrès médical*, 25 juillet 1896.
(3) Jourdan. — *De la Cholédochotomie.* Thèse, Paris, 1896, p. 98, 99, 100 et 101.
(4) Kehr. — *Die Entfernung des eingeklementen Gallenstein aus dem Ductus Cysticus durch Incision dieses Ganges;* in *Arch. f. Klin. Chir.*, 1892, XLVIII, 619-633; — *Verh. d. Deut. Gesell. f. Chir.*, B., 1894, XXIII, p. 11, 307-321; — *Berl. Klin. Woch.*, 1894, XXXI, 536-558; — *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1894, vol. XXXVIII.
(5) Kehr. — *Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1894, vol. XXXVIII, p. 367 et 387.
(6) Extrait de la traduction *in extenso* de Jourdan (*Loc. cit.*, p. 99-101).

(1) Kehr. — *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, 1894, 15 juin, p. 391.
(2) Extrait de la traduction in extenso par Jourdan (*De la cholédochotomie*, p. 82-84).

© BIU Santé

son intensité. Depuis quatre ans, la malade est jaune citron. Chaque hiver, coliques hépatiques très fortes. De novembre 1893 au milieu de février 1894, elle est obligée de rester alitée. Les injections de morphine jouent le principal rôle dans la thérapeutique. L'usage des eaux de Carlsbad et autres moyens médicaux, longtemps continués, sont restés sans résultat. Cette femme vient elle-même demander une opération, dont la nécessité ne fait pour moi aucune doute. Les épistaxis fréquentes, etc., ne constituent pas une contre-indication.

Diagnostic. — Gros calcul dans le cholédoque. Depuis longtemps, la malade prend de fortes doses d'huile de ricin et la purgation pré-opératoire n'amène qu'une légère évacuation.

Opération. — Le 26 février 1894, longue incision de 15 centimètres sur le bord externe du muscle droit. Hémostase soignée. Le foie est réuni au péritoine pariétal par de nombreuses adhérences ; au milieu de ces adhérences existe un *abcès*, du volume d'une pomme, contenant du pus jaunâtre. Nettoyage et tamponnement de cet abcès. Libération du bord inférieur du foie. *La vésicule biliaire est atrophiée* ; elle a le volume d'une cerise, et son fond est distant de 3 centimètres du bord inférieur du foie. De fortes et solides adhérences unissent le côlon transverse, l'épiploon et le fond de la vésicule ; leur dissection, très difficile, amène la déchirure en un point de la séreuse du côlon, déchirure qui est soigneusement suturée. Ouverture de la vésicule biliaire ; ablation d'un calcul gros comme une cerise, et de deux plus petits. Fermeture de la vésicule au moyen d'une pince. On se dirige alors sur le canal cystique. Il contient une concrétion du volume d'une noix (Cysticolithectomie). Dans le cholédoque siège aussi un calcul du volume d'une noix. *Cholédochotomie.* Du canal *hépatique*, on enlève encore quatre calculs et de l'ancienne boue biliaire. *Suture* très difficile du cholédoque et *du cystique*, à cause de la grande friabilité de leurs parois. Les fils coupent fréquemment. La bile continue à s'écouler en quelques points de la ligne de suture. Tamponnement de toute la région entre le cholédoque et le cystique. On fixe la vésicule biliaire à la paroi abdominale. Inférieurement, en un point où l'on ne peut arriver à la fixer, on fait un tamponnement à la gaze stérilisée. Dans la vésicule on ne met pas de drain, mais une mèche de gaze iodoformée, pour ne pas blesser sa muqueuse tendant à saigner. Suture de l'abdomen. Pansement. Durée de l'opération : trois heures et demie ; 200 grammes d'éther, précédés d'une injection d'atropo-morphine. Pouls à la fin de l'opération, 100, fort et lent. Pas de vomissement. Bonne anesthésie.

Suites opératoires. — La première nuit est assez bonne. Pas de vomissement. Le 27 février, pas de bile dans le pansement. Pouls 100, temp. 37°,5. A midi, temp. 39°,4 ; pouls 120. Le pansement est changé. La gaze est remplacée par un drain. Le soir, temp. 38°,4 ; pouls 128. Le 28, nuit tranquille après l'injection de 1 centigr. de morphine. Pas de vomissements. Une selle liquide, colorée en brun. Pouls 120 ; temp., 37°,8. Régime : potages, vin rouge, gruau d'avoine. A midi, pouls 140. Etat général grave. Respiration très difficile. La malade n'a pas la force d'expectorer sa salive. A 2 heures après midi, elle tombe dans un coma profond. La situation devient surtout critique à 6 heures du soir : perte de connaissance, respiration pénible et superficielle, entrecoupée de râles. Pouls 140, faible. Par la fistule externe s'écoule une grande quantité de bile.

On s'attendait à une mort immédiate. Mais, vers 10 heures du soir, le tableau change : l'opérée peut émettre quelques paroles, peut expectorer ses mucosités, rend des gaz par l'anus et urine spontanément. Elle boit un peu de vin mousseux, du lait avec du cognac, etc.

Peu à peu, elle se rétablit (voir la thèse de Jourdan) ; mais elle n'a été suivie que jusqu'au 10 mars.

Observation XIII.

Czerny (cas I) (7 septembre 1894) (1). (Résumé) (2).

Calculs de la vésicule. Cholécystite supposée. Calcul *mobile, en forme de tête de pipe, faisant saillie* du Cystique *dans le cholédoque.* — Cysticotomie *et cholédochotomie. Cholécystotomie idéale (avec résection partielle). — Guérison.*

Femme, âgée de 48 ans, de Brühl, sextipare ; dernier accouchement il y a dix-sept ans (1). La maladie actuelle débuta, il y a neuf ans, par la production subite d'un accès typique de coliques hépatiques, suivi d'ictère dès le lendemain. Ses douleurs les plus vives cèdent aux injections de morphine ; mais pendant trois mois encore elle souffre presque journellement de douleurs lancinantes dans la région de la vésicule. Les selles ne sont grises que pendant le premier accès ; plus tard, elles sont normales. Une cure à Petersthal produit une accalmie complète pendant un an. Puis la malade est reprise, pendant une année entière, de douleurs sourdes dans l'hypochondre droit sans ictère. Depuis deux ans et demi, elle souffre beaucoup ; son poids a diminué de vingt-quatre livres. Carlsbad ne produit une amélioration que pendant la durée du séjour qu'y fait la malade. Une récente cure à ces eaux est restée absolument sans effet. Tous les traitements médicaux, employés depuis des années, ne produisent aucune amélioration durable ; seule la morphine rend l'état supportable.

Entrée le 6 septembre 1894. Femme très amaigrie, pâle sans ictère. La vésicule biliaire n'est pas perceptible ni à la palpation, ni à la percussion ; à son niveau, pas de sensibilité à la pression. Le bord du foie, un peu plus dur qu'à l'état normal, dépasse légèrement le rebord costal sur la ligne mamillaire. La malade ressent de vives douleurs spontanées, partant de la vésicule. Pas d'hypertrophie de la rate ; pas d'ascite. Pas de fièvre.

Diagnostic. — Cholécystite calculeuse chronique ; atrophie de la vésicule ; hypertrophie du lobe droit du foie.

Opération. — Le 7 septembre 1894, incision transversale, longue de 12 centimètres, découvrant le bord du foie, et, au-dessous de lui, la vésicule biliaire libre, recouverte par l'épiploon. Après libération ou section, entre deux ligatures, des adhérences de l'épiploon, la vésicule est incisée transversalement ; on en retire une demi-cuillerée à café de pus épais, et deux calculs arrondis. La paroi de la vésicule est friable, ulcérée, noirâtre. Dans le cholédoque, près du duodénum, on trouve un calcul mobile. Le canal est dilaté : on l'incise ; l'incision a porté sur le cholédoque et *surtout sur le cystique* (2), et on retire un calcul volumineux, noirâtre, long de trois centimètres et demi, épais de deux centimètres, en forme de tête de pipe, *faisant saillie du cystique dans la partie initiale du cholédoque.* De l'incision s'écoule une grande quantité de bile foncée. La plaie du cholédoque est fermée par deux rangs de suture ; une petite artère y saignait beaucoup. Séparation d'avec le foie et *résection du fond ulcéré* de la vésicule biliaire ; le reste de la vésicule est refermé et fixé à la portion dénudée du foie par quelques points de suture. Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée. Fermeture du ventre.

Suites apyrétiques. — Premier pansement le quatrième jour ; ablation du tamponnement. Jamais d'écoulement de bile par la plaie. Pour plus de sûreté, on maintient la plaie ouverte pendant 12 jours, en drainant avec de la gaze iodoformée ; elle s'est ensuite rapidement fermée. A la fin de la troisième semaine, l'opérée, munie d'une ceinture, se lève pour la première fois, et, à la fin de la quatrième, elle sort complètement guérie. Les phénomènes douloureux ont totalement disparu. Cicatrice linéaire ; pas d'éventration ; rien d'anormal dans la région de la vésicule. Fonctions intestinales normales.

* * *

Aux treize observations précédentes, qui ont trait à la *Cysticotomie typique*, nous pouvons joindre deux autres cas, qui ont une certaine importance historique, et qui ont trait à des *Cysticotomies atypiques*.

(1) Mermann. — *Beitræge zur klinische Chirurgie*, 1895, p. 397.

(2) D'après la traduction de Jourdan (*loc. cit.*, p. 62, 63, 64).

(1) D'après le commentaire de Mermann, accompagnant cette observation.

(2) Dans ce cas, dit Mermann, la vésicule, le *cystique* et le *cholédoque* formaient un unique canal dilaté. Le calcul le plus important était surtout le *cystique* ; il fut enlevé par une incision, portant sur tout sur ce qui représentait ce canal.

© BIU Santé

En s'en tenant, en effet, à ces interventions, ce serait Hochenegg (de Vienne), qui aurait le premier, le 21 décembre 1890, incisé le cystique pour en extraire des calculs, en même temps qu'il aurait pratiqué la même opération sur le cholédoque. Mais ce chirurgien crut, ce faisant, surtout agir sur le cholédoque et d'autre part ne termina pas « idéalement », comme on dit, l'acte opératoire qu'il avait commencé, c'est-à-dire ne referma pas l'incision faite au cystique. On ne peut donc le considérer vraiment comme l'inventeur de la Cysticotomie, surtout quand on compare son intervention à celles de Lindner et de Kehr, qui furent exécutées en pleine connaissance de cause et menées à bien de façon très élégante.

D'un autre côté, Robert Abbe, le 13 avril 1891, incisa également le cystique pour en extraire un calcul; mais, comme il enleva ensuite la vésicule avec le *cystique* (*Cysticectomie secondaire*), il n'eut pas besoin, bien entendu, de suturer ce canal!

Au dire de Langenbuch, comme nous l'avons déjà signalé, ce serait Küster qui, en réalité, aurait le premier ouvert le cystique pour en extraire des calculs. Nous avons retrouvé, dans l'ouvrage de Courvoisier, l'observation à laquelle Langenbuch a fait allusion l'année dernière (1896). Mais il faut à tout prix distinguer. L'opération de Küster n'a trait en effet qu'à une Cysticotomie *complémentaire* d'une cholécystotomie. Il fendit la vésicule biliaire, pour extraire les calculs, aussi loin qu'il put et prolongea son incision jusque sur le cystique. Vraiment, on ne peut pas comparer cette intervention aux Cysticotomies *primitives* et absolument typiques de Lindner et Kehr. — Sinon, il faudrait aussi ranger, dans les cysticotomies, l'opération de Bernays, qui incisa la paroi du cystique de l'intérieur du canal vers l'extérieur, pour déloger un calcul enclavé (voir Courvoisier, Obs. nos 1691 et 1689). C'est là aussi une simple manœuvre opératoire; c'est un simple *débridement* accidentel, complémentaire d'une vulgaire cholécystotomie, mais non pas une opération, à temps bien réglés et bien déterminés.

B. — Cysticotomie sans suture ou atypique.

Observation I.

Hochenegg (20 décembre 1890) (Cas I) (1).
(Traduction *in extenso*).

Calculs du cystique *et du cholédoque* (atrophie de la vésicule). — *Tentative de refoulement et de cholédocholithotripsie.* Cysticotomie *et cholédochotomie* sans sutures. (*Cholédochotomie ou Cysticotomie spontanées*). — *Fistule.* — *Guérison.*

M... Thérèse, âgée de 46 ans, souffrait depuis trois ans et demi de coliques hépatiques, se renouvelant à des intervalles variables, n'excédant pas deux mois, et suivies chaque fois de jaunisse et de coloration foncée des urines. La longue durée de la maladie a produit chez la malade un marasme croissant.

A son admission à l'hôpital, la patiente présentait les symptômes de la *jaunisse*; et son foie, très sensible à la pression, avait les bords émoussés, et descendait de trois travers de doigt au dessous de la ligne des côtes. L'examen ne révélait pas d'augmentation de volume appréciable de la vésicule biliaire.

Opération. — Le 20 décembre 1890, M. le privat-docent, Dr Hochenegg, fit l'opération suivante. Incision d'une longueur de 25 cm., le long de l'arc costal droit, agrandie par une seconde, perpendiculaire sur la première. On trouve la vésicule biliaire *rapetissée et ridée*, ne contenant aucun élément solide; mais il y avait des calculs très durs et très appréciables au palper, à l'origine du canal cystique et dans le cholédoque. On ne put *ni les broyer de l'extérieur* ni les *repousser dans le duodénum*. Des incisions furent pratiquées à une grande profondeur, directement sur les trois calculs contenus dans les canaux biliaires et ces calculs extraits. Pour cela la main gauche, introduite dans le *foramen Winslowsi*, soulève un peu le canal. Par suite de la grande profondeur à laquelle on opérait, *les incisions ne purent être recousues*. D'ailleurs, après l'extraction des calculs, *la première incision ne put plus être découverte*. Après qu'on eut étanché la bile qui avait coulé, on pratiqua un *tamponnement* avec de la *gaze iodoformée* et le ventre fut refermé par une suture à trois étages.

Suites. — Par suite de l'écoulement de la bile, le pansement dut être changé dès le troisième jour.

La convalescence eut lieu sans fièvre; la bile s'épancha, pendant six semaines, par la plaie, mais en diminuant de jour en jour. Deux mois après l'opération, la fistule était guérie.

M. Frank a eu récemment l'occasion de revoir la femme en question, opérée par M. Hochenegg. Elle est restée depuis en bonne santé.

Au point de réunion des trois branches de la cicatrice s'est développée une *hernie*, de la grosseur du poing, qu'on put facilement réduire. On peut enfoncer trois doigts dans l'éventration. La hernie est la cause, dans cette région, d'une sensation de plénitude et de pesanteur. Elle est maintenue par un bandage.

Observation II.

Robert Abbe (cas I) (13 avril 1891).
(Traduction *in extenso*) (1).

Calculs de la vésicule biliaire. Calcul du Cystique. *Calculs du cholédoque. Calcul de l'Hépatique. Cholécystotomie.* Cysticotomie. — *Cholédocholithotripsie infructueuse. Cholédochotomie. Cholécystectomie* et *Cysticectomie secondaire. Extraction des calculs de l'hépatique par le cholédoque* ou *Lithectomie hépatique par voie cholédochienne* et *drainage de l'hépatique. — Guérison* (2).

Mme A... C..., âgée de trente-six ans, a joui d'une santé excellente jusque il y a deux ans et demi, époque à laquelle elle a eu pour la première fois une attaque de colique hépatique, qui fut suivie d'un ictère qui s'installa graduellement. La colique fut bientôt soulagée, tandis que la jaunisse augmenta et devint de plus en plus considérable. De temps à autre, cette malade paraissait, — selon ses propres expressions —, devenir presque noire. Néanmoins elle continuait à vaquer à ses occupations, qui consistaient dans la confection de vêtements. Elle avait perdu son embonpoint et pesait actuellement trente livres de moins qu'auparavant. Depuis la première attaque, elle souffrait de l'estomac et vomissait fréquemment, mais jamais de sang. Les selles étaient de couleur d'argile et l'urine avait l'apparence de la bière Porter. Il y a deux mois, il y eut un retour des coliques hépatiques, qu'elle caractérisa comme « terrible ». Cette attaque cessa au bout d'une semaine. La malade ne se reconnait plus; elle est sujette à des attaques nerveuses, et parfois à des crises qui ont l'apparence du « petit mal »; elle perd la connaissance pour quelques instants. Son facies dénote la forme la plus intense de la jaunisse, de même son corps et les membranes muqueuses. Son teint est plutôt de couleur vert noirâtre que jaune. Le foie est énormément élargi, dans une étendue de deux pouces au-dessous du bord libre des côtes. On peut sentir une tuméfaction dans la profondeur à la région du pylore et cette tuméfaction est dure et fait penser à une tumeur maligne ou inflammatoire. Pendant qu'on faisait la palpation abdominale à ce péritoine, la malade était à chaque instant prise d'attaques semi-épileptiques, semi-

(1) Rodolphe Frank, assistant à la clin. chir. du Pr Albert. — *Beitrag zu den Operationen wegen Gallen steinen (Choledochotomie)* (Cas II de ce mémoire); in *Wiener Klin. Woch.*, no 51, 17 décembre 1891, p. 961, et tirage à part, Vienne, 1892, p. 3. [T. — I. B. S.]

(1) Robert Abbe. — *Cases of Gallblader Surgery;* in *The New-York medical Journal*, 30 janvier 1892 (Cas no IV), p. 121-2.
(2) Traduction, *in extenso*, par I. B. S.

© BIU Santé

hystériques. Au commencement, elle gémissait et ensuite perdait connaissance. Ces incidents étaient accompagnés de contractions musculaires évidemment causées par la compression du plexus solaire chez une femme atteinte de cholémie profonde. La malade se trouvait dans une misérable situation avec 5 0/0 d'albumine dans ses urines et des selles hyalines. Après une consultation avec mes collègues, je fis l'opération.

Opération. — Ethérisation le 13 avril. Incision verticale. Des adhérences, allant de l'estomac à la vésicule biliaire et au foie, cachaient la vésicule, qui fut dénudée après une dissection soigneuse. On put alors sentir quelques calculs biliaires d'une grosseur modérée à travers les parois d'une vésicule biliaire relativement petite. On en sentait aussi dans le canal cystique. On remarquait également un calcul biliaire, gros comme une noix, situé plus bas dans le canal cholédoque. J'ouvris la vésicule biliaire, de laquelle s'écoula un peu de bile visqueuse. Ayant enlevé les calculs de la vésicule biliaire, je fus obligé d'*inciser le canal cystique* pour arriver sur les autres calculs biliaires (Cysticotomie).

Je n'eus pas besoin de faire beaucoup de manipulations pour retirer le plus gros du canal cholédoque. *J'essayai de le broyer de l'extérieur*; mais je n'y réussis pas. C'est pourquoi je fendis alors la paroi du *canal cholédoque*, en continuation avec l'incision de la vésicule biliaire et du cystique, et je trouvai un gros calcul étranglé entre deux rétrécissements du canal. Ayant enlevé ce calcul, je passai promptement une bougie dans l'intestin à travers l'ouverture du conduit. Je suturai ensuite l'incision du canal au moyen de la plus fine soie noire que je pus trouver et *enlevai entièrement la vésicule biliaire avec son canal cystique*, laissant seulement le canal hépatique qui était largement dilaté. Le doigt pouvait facilement trouver place dans ce canal, d'où j'enlevai aussi des calculs biliaires.

Pendant ces manipulations, du foie engorgé s'écoula une grande quantité de bile d'apparence saine. Pour pouvoir assurer cet écoulement, j'introduisis dans le *canal hépatique un large drain* en caoutchouc et le conduisis à une petite distance, en haut, dans le foie. Sur celui-ci, je passai un tube plus large, qui s'arrêtait au niveau de la jonction des canaux. Tout autour, je posai un petit tamponnement à la gaze iodoformée, pour diriger vers la plaie abdominale toute la bile qui s'écoulait du foie. J'appliquai ce procédé dans le but d'enlever après quelques jours le tube intérieur, laissant le plus large pour drainer la fistule. Je laissai ainsi la bile librement s'écouler le long du canal commun, aussitôt que le gonflement eut diminué.

Suites. — Ce procédé réussit admirablement, et des quantités étonnantes de bile s'écoulèrent pendant les deux premiers jours. La jaunisse commença bientôt à diminuer d'une façon notable. L'urine devint immédiatement claire.

Le deuxième et le troisième jour, je donnai de la poudre de Sedlitz, qui produisit un bon résultat.

A la fin de la première semaine, la malade eut une pleurésie sèche, assez violente, qui dura assez longtemps.

Le neuvième jour, les selles furent colorées pour la première fois. Une semaine plus tard, elle eut un abcès dans le dos, dont la cause ne put être reconnue. C'est par cet incident que la convalescence fût retardée.

Au bout de quatre semaines, elle se levait, mangeait bien et commençait à n'avoir plus de jaunisse; mais la peau était encore bronzée, à cause de sa pigmentation intense.

A la fin de ces quatre semaines, la malade n'avait plus qu'une fistule par laquelle la plus grande partie de la bile s'échappait. Après avoir remarqué que la bile passait en abondance dans l'intestin, j'osai traiter la fistule, laquelle se ferma immédiatement.

Au bout de cinq semaines, toute la bile reprenait donc son cours normal. La malade se porta dès lors tout à fait bien, exception faite pour la coloration de la peau, qui ne disparut que lentement. Pendant l'été, elle a repris ses occupations et se trouve à présent dans un état de santé parfait. Son teint est maintenant redevenu parfaitement normal.

La question des *sutures* a certainement une importance.

1° La *Cysticotomie*, pour être *typique*, idéale, doit être complétée en effet par des *sutures*, analogues à celles de la cholédochotomie typique. On place un ou deux plans de sutures à points séparés. Le premier comprend toute l'épaisseur des parois du canal; le second, si l'on peut l'exécuter, doit être fait à la manière d'un point de Lembert (Scott). C'est ainsi qu'a procédé Lindner, qui ne plaça sur l'incision qu'un point de catgut. Kehr, au contraire, le véritable créateur de la Cysticotomie, utilisa deux étages superposés de sutures dans sa première opération et dans toutes celles qui suivirent. M. Thiriar s'est contenté de jeter une *ligature* sur l'ouverture faite au canal. Greiffenhagen, Scott et Czerny firent des sutures très soignées et s'en trouvèrent très bien.

2° Certains opérateurs, là comme pour la cholédochotomie, se sont dispensés des sutures et cependant les malades ont guéri. C'est, entre autres, le cas d'Hochenegg, qui a exécuté le premier la *Cysticotomie sans suture* le 21 décembre 1890, c'est-à-dire a fait une *Cysticotomie atypique*. Il s'est borné à un tamponnement à la gaze iodoformée, car l'incision était trop profonde et inabordable à l'aiguille. Ce qui prouve que la suture n'est pas, en pratique, absolument indispensable. Mais il n'en est pas moins évident qu'il vaut mieux l'utiliser, quand on le peut, puisqu'on a des chances d'éviter de la sorte une fistule biliaire, pouvant durer longtemps et même persister, s'il reste un obstacle dans le cholédoque.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Médecine à l'Exposition de Bruxelles en 1897.

Ce n'est qu'au cours d'une rapide visite à l'Exposition de Bruxelles que nous avons pu jeter un coup d'œil aux divers objets ayant trait à l'art médical. Encore n'avons-nous guère pu examiner d'un peu près que les produits manufacturés d'origine française.

Au Palais des Arts-Industriels, où notre pays était, au premier étage et à gauche, largement représenté dans les différentes sections de l'hygiène et groupes connexes, nous avons été frappé de suite par l'exposition des tables Ferret, bien connues de tous les habitués de ces exhibitions; par le nombre considérable des vitrines contenant des produits pharmaceutiques et chimiques (telles les marques Prunier, Astier, Chenier, Petit, Desnoix, Debouchy, Thibaut et Olive (de Nantes), et par le nombre relativement très restreint des expositions d'appareils et instruments de chirurgie. Toutes nos grandes maisons se sont abstenues et, parmi les expositions d'instruments pour la Chirurgie générale, nous n'avons pu relever que le nom de la maison Gendron (de Bordeaux). Citons, par contre, parmi les spécialistes, ceux qui s'occupent plus particulièrement d'oculistique (MM. Major et Cie), les ocularistes, MM. Padrona, Legrand, etc., les opticiens (M. Giroux); les fabricants pour laboratoire de physiologie (M. Verdin), et surtout les hygiénistes, représentés par les maisons Flicoteaux, Adnet, Lequeux, etc. Leurs étuves et autres installations de salles d'opérations sont aujourd'hui vulgarisées; mais les modèles nouveaux ne nous ont pas paru très nombreux. Signalons encore l'exposition de l'Ecole dentaire

© BIU Santé

LE VÉRITABLE THAPSIA
doit porter les Signatures
Ch. Le Perdriel Rebouilleau
Les exiger pour éviter les accidents reprochés aux imitations.

TOILE VÉSICANTE
LE PERDRIEL
Action Prompte et Certaine
EXIGER LA COULEUR ROUGE
La plus ancienne. * La seule admise dans les Hôpitaux civils.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS
OREZZA
PROPRIÉTÉ DU DÉPARTEMENT DE LA CORSE
EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE
La plus riche en FER et ACIDE CARBONIQUE
Cette EAU n'a pas de rivale pour la guérison des
GASTRALGIES—FIÈVRES—CHLOROSE—ANÉMIE
ET TOUTES LES MALADIES PROVENANT DE
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG

AFFECTIONS CARDIAQUES
CONVALLARIA MAIALIS
LANGLEBERT
SIROP : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
PILULES : 6 par jour.
GRANULES de CONVALLAMARINE : 4 par jour.

MAISON DE SANTÉ DE NAVARRE
Près Évreux. — 2 heures de Paris
TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES & MENTALES
Pour tous renseignements s'adresser au Directeur

NEURASTHÉNIE
GLYCÉROPHOSPHATES de BRUEL
ÉLIXIR : 2 à 4 cuillerées à soupe pour les adultes, 2 à 4 cuillerées à café pour les enfants.
SIROP : Mêmes doses que l'Elixir
GRANULÉ : 1 à 4 cuillerées à café pour les adultes, 1/2 à 2 — — enfants.
SOLUTION INJECTABLE (de Glycérophosphate de Soude) : 1 à 2 seringues par jour pour les adultes, une demi-seringue pour les enfants.

PRIME A NOS ABONNÉS

Les travaux de M. le Pr CHARCOT, publiés par le *Progrès médical*, forment actuellement treize volumes, se décomposant ainsi :

ŒUVRES COMPLÈTES :

T. I, II, III. — Leçons sur les maladies du système nerveux. . .	48 fr.
T. IV. — Leçons sur les localisations cérébrales.	12 »
T. V. — Leçons sur les maladies du poumon et du système vasculaire.	15 »
T. VI. — Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins.	12 »
T. VII. — Leçons sur les maladies des vieillards, goutte et rhumatisme.	12 »
T. VIII. — Maladies infectieuses, affections de la peau, kystes hydatiques, thérapeutique.	10 »
T. IX. — Hémorragie cérébrale, hypnotisme, somnambulisme, etc.	15 »
Leçons du Mardi à la Salpêtrière, deux forts volumes in-4° couronne.	40 »
Chronique des maladies du système nerveux, deux volumes in-8° carré.	24 »

Soit au total 188 fr.

Pour permettre, à ceux de nos abonnés qui ne la possèdent pas, l'acquisition de cette précieuse collection, nous la délivrerons dans nos bureaux

Au prix net de 60 francs

ANTIPYRINE
du Dr KNORR, fabriquée à CREIL (Oise).
Spécifique certain des MIGRAINES et NÉVRALGIES
Pour garantie, exiger dans toutes les pharmacies, les Véritables Cachets d'Antipyrine du Dr KNORR, préparés par LECERF, pharmacien.
Vente gros : GARNIER Fils et LECERF, 56, R. des Francs-Bourgeois, Paris.
Cachets de 1 gramme, 0f30c, 0 gr. 50, 0f 20c.
Exiger sur chaque Cachet la Marque et la Signature ci-contre : Dr Knorr


PHOTOGRAPHIE à travers les corps.
La Mme RADIGUET, 15, Bd Filles-du-Calvaire (Cirque d'Hiver), PARIS, Pas de Succursale,
exécute les radiographies nécessaires à la conduite et à la vérification des opérations chirurgicales.
Matériel spécial pour MM. les Docteurs.
RÖNTGEN

Pour les annonces, s'adresser à M. H. DURAND, 14, rue des Carmes.

© BIU Santé

Alimentation Rationnelle des Enfants, des Vieillards et des Personnes délicates, par la

NUTRITINE DÉJARDIN

(Diastase végétale et Phosphates minéraux organisés)

DIRECTEMENT ASSIMILABLE

aux *Malts d'Orge, d'Avoine* et de *Froment*, associés dans des proportions telles que cette véritable **FARINE DE SANTE** est infiniment plus nourrissante et plus légère que le meilleur lait. — Tous les principes alibiles (organiques et minéraux) y sont à l'état soluble *(physiologiquement* digérés) prêts pour l'**assimilation intégrale.** — Les phosphates qu'elle contient favorisent la dentition et remédient chez l'adulte à la **déphosphatisation.** — La **NUTRITINE** constitue le complément indispensable du traitement par l'*Extrait de Malt Français.*

E. DÉJARDIN, 109, Boulevard Haussmann, PARIS.

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

(BIÈRE DE SANTE DIASTASEE, PHOSPHATEE)

Spécifique de l'**ANÉMIE,** des **TROUBLES DIGESTIFS** et des Affections de l'**ESTOMAC**

L'**Énergie** des **ferments,** la puissante action de la **Quassine** et autres toniques, qu'il contient, en font le plus remarquable agent d'**assimilation intégrale** qui existe.

Extrait de **3** Rapports **JUDICIAIRES** par **3** de nos plus éminents Chimistes-Experts, professeurs des Ecoles de Médecine et de Pharmacie de Paris.

« *Au point de vue* ***Thérapeutique l'efficacité*** *de l'Extrait de Malt Français Déjardin* « *nous paraît incontestable, et confirmée par de* ***très nombreux cas*** *dans lesquels cette* « *préparation a été ordonnée* ***avec le plus grand succès.*** *Il est, de* ***notoriété publique,*** « *qu'il est prescrit,* ***journellement*** *par les* ***Médecins.*** »

E. DÉJARDIN, Phᵉⁿ-Chimᵗᵉ de 1ʳᵉ cl. ex-Interne des Hôpitaux, 109, Boulevard Haussmann, Paris.

Hygiène Rationnelle des Voies digestives.

PILULES DE SURINAM

(Quassine, Maltine et Lupuline pure)

DIGESTIVES, TONIQUES, NÉVROSTHÉNIQUES et LAXATIVES

Spécifiques des **DYSPEPSIES** et de la **CONSTIPATION** même la plus opiniâtre.

Éminemment diurétiques, elles préviennent les **Coliques hépatiques** et les **Coliques néphrétiques,** et s'assimilent si bien qu'elles n'ont pas, comme la **Quassine** prise isolément, l'inconvénient de dessécher la gorge et de rendre la bouche amère.

Comme **toni-digestif,** 1 ou 2 (au plus) avant le repas du matin. Prises, le soir, en se couchant, à la dose de **2, 3** ou **4** (progressivement) elles contèrent un sommeil calme et déterminent *invariablement,* le lendemain, l'effet désiré. — Prix **3** fr.

E. DÉJARDIN, Phᵉⁿ, 109, Boulᵈ Haussmann, Paris.

LITS, FAUTEUILS, VOITURES ET APPAREILS MÉCANIQUES

pour Malades et Blessés

DUPONT

FABRICANT BREVETÉ (S.G.D.G.)

Fournisseur des Hôpitaux

à PARIS, 10, Rue Hautefeuille

(PRÈS L'ÉCOLE DE MÉDECINE)

Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.



Table à spéculum et à opérations, à transf^ons diverses, système du professeur BOUILLY, de Paris.



Table Aseptique. Plan incliné facultatif, système du Dr H. DELAGENIÈRE, d. Mans.



Table métallique, Patins à coulisses, Coussins mobiles, hauteur réglable.



OUVERT FERMÉ

FAUTEUIL à SPÉCULUM

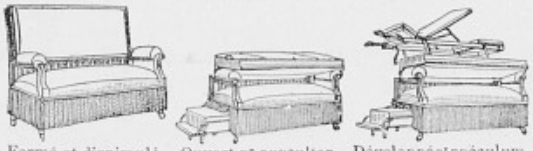


TABLE à SPÉCULUM et opérations. Système du Prof. Pozzi. Cuvette émaillée pour lavages.

CANAPÉ à SPÉCULUM et à OPÉRATIONS



Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.



Fermé et dissimulé. Ouvert pr ausculter. Développé pr spéculum.

Sur demande, envoi **franco** du Grand Catalogue Illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TÉLÉPHONE

ASTHME et CATARRHE. Guéris par les CIGARETTES ou la POUDRE **ESPIC** Oppressions, Toux, Rhumes, Névralgies. Tᵗᵉˢ pharᵉˢ, 2ᶠ la Bᵉ. Vente gros : 20, r. St-Lazare, Paris. *Exiger la Signature ci-contre sur chaque Cigarette.*

VALS

Eaux Minᵉˢ Natᵉˢ admises dans les Hôpitaux

Saint-Jean. Maux d'estomac, appetit, digestions.

Précieuse. Foie, calculs, bile, diabète, goutte.

Dominique. Asthme, chlorose, débilités.

Désirée. Calculs, coliques. ***Magdeleine.*** Reins, gravelle

Rigolette. Anemie. ***Impératrice.*** Maux d'estomac.

Très agréables à boire. Une Bouteille par jour.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE des EAUX, VALS (Ardèche).

Rapport favorable de l'Académie de Médecine

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique

Purifie l'air chargé de miasmes.

Préserve des maladies épidémiques et contagieuses.

Précieux pour les soins intimes du corps.

Exiger l'timbre de l'État — TOUTES PHARMACIES

OBÉSITÉ – GOITRE MARQUE DE FABRIQUE MYXŒDEME

THYROÏDINE FLOURENS

PASTILLES Adultes, 2 à 5 pr jour, suivant tolérance. Enfants, 1 à 2 pr jour, suivant tolérance. | **PILULES** Adultes, 8 à 20 pr jour, suivant tolérance. Enfants, 1 à 8 pr jour, suivant tolérance.

Expérimentées dans les hopitaux, ces préparations rigoureusement dosées ont donné les résultats les plus satisfaisants. Chaque pastille contient exactement 20 centigrammes de corps thyroïde frais et sain provenant du mouton et les pilules 5 centigrammes.

Leur mode d'administration est facile, leurs effets sont très rapides et l'amélioration qu'elles déterminent est de longue durée.

PHARMACIE FLOURENS, à BORDEAUX ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

PARIS, Société Française de Produits Pharmaceutiques, *9 et 11, Rue de la Perle.*

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUVARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Infᵉᵘʳᵉ, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1877.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharm. GERBAY, à Roanne (Loire).

© BIU Santé

de Paris, celle de l'Association dentaire, et les tableaux de notre confrère Chervin relatifs au bégaiement en Belgique. Une mention spéciale doit être réservée aux architectes qui ont exposé à la section d'Hygiène des plans d'hôpitaux et de salles d'opérations. En première ligne vient le plan de l'asile de la Maison-Blanche (Ville-Evrard). Il est dû à notre excellent ami, M. Morin-Goustiaux, qui a déjà remporté au Salon de 1897 une haute récompense, si justement méritée. Au pied du tableau est disposée une série de lavis et de plans qui ont dû demander à l'auteur un travail considérable, mais qui ont le mérite de permettre aux personnes les moins initiées de se rendre compte des détails de la construction. M. Morin-Goustiaux y a joint le plan de l'Hôpital de San Francisco, dont nous avons déjà publié en 1893 la description dans ce journal. A côté, l'exposition de M. Poupinel (de Paris), qui a été chargé d'exécuter la salle d'opérations du Pr Terrier, rue Bizet, et divers autres travaux du même genre à Nancy et à Montpellier.

Par suite de notre prédilection pour toutes les questions qui touchent aux prompts secours, nous avons été amené à examiner les brancards exposés. Nous noterons celui de M. Lagogué, d'Alençon (Orne), qui a l'inconvénient de vouloir remplacer la voiture d'ambulance et qui en est incapable et celui d'être trop encombrant pour rendre les mêmes services que le brancard à main. Le brancard Devroy, fabriqué par Durey-Sohy, manque aussi d'élégance et de commodité. J'ai également appris, en visitant cette partie du Palais des Arts-Industriels et j'ai pu m'en assurer sur des photographies, que la Société des Sauveteurs de Meurthe-et-Moselle possédait une voiture d'ambulance. Il faut aller à l'étranger pour apprendre à connaître son pays! Une vitrine entière est occupée par l'exposition de la Maison de Secours aux Blessés de l'Industrie, qui a été fondée à Lille il y a près de dix ans et que dirige M. Guermonprez. Il y aurait beaucoup à dire sur l'organisation qu'il y a adoptée et sur sa façon de concevoir l'assistance chirurgicale instantanée, mais *non est hic locus*.

Bornons-nous à constater une fois de plus que nos fabricants d'instruments de chirurgie, si friands d'ordinaire des récompenses, ne se sont pas dérangés beaucoup cette année. Serait-ce parce que désormais tous ont la boutonnière fleurie? Est-ce parce que Bruxelles ne les intéresse pas, commercialement parlant? En cela ils ont tort, car beaucoup de chirurgiens de ce pays et des régions voisines opèrent avec des instruments français! C'est vouloir laisser l'Allemagne encombrer tous les marchés que de déserter ainsi la lutte sur le terrain international. Noblesse et patriotisme obligent. Espérons qu'au Ministère du Commerce on saura s'en souvenir au moment psychologique.

Marcel BAUDOUIN.

Le Congrès international de Médecine de Moscou.

On nous télégraphie que le Congrès a été ouvert en présence de plus de 7.000 Médecins. — MM. les Prs Lannelongue, Le Dentu, Pinard, Grasset sont présidents d'honneur [A. P. S.].

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE.

TOULOUSE, 1897 (*Suite*) (1).

Séance du vendredi 6 août.

Avant de procéder à l'exposé des communications diverses, l'ordre du jour appelle la désignation du siège du prochain congrès (1898).

Angers est désigné, avec M. le Dr MOTET comme président et M. le Dr PETRUCCI, médecin-directeur de l'asile d'Angers, comme secrétaire général.

Les rapports qui seront traités seront les suivants :

1° *Troubles psychiques post-opératoires* : Rapporteur, M. REYNAUD (d'Orléans).

2° *Rôle des artérites dans la pathogénie du système nerveux* : Rapporteur, M. SABRAZÈS (de Bordeaux).

3° *Des délires transitoires au point de vue médico-légal* : Rapporteur, M. VALLON (de Paris).

Communications diverses.

M. MARIE (de Dun) dépose une note sur la *Colonie de Dun-sur-Auron*. Actuellement la colonie compte 300 malades et on pourrait encore disposer immédiatement de places suffisantes pour élever au double le nombre des placements. Sur 504 entrées en 5 ans, la colonie n'a eu que 89 décès, 25 réintégrations et 7 sorties définitives avec liberté. Le développement rapide de la colonie qui ne comptait que 100 malades la première année est certes un encouragement à favoriser cette tentative. Quant à l'action curative du régime familial elle se restreint forcément à l'amélioration des chroniques ainsi placés. M. Marie rappelle en outre à propos des colonies familiales qu'on ne doit pas confondre le système d'assistance dans les colonies avec l'asile aux portes ouvertes : Sheel, par exemple, n'a rien à faire avec l'open door qui est une institution écossaise. M. Doutrebente, qui basait hier ses objections à l'open door sur sa visite à la colonie de Sheel, n'a pas vu que le système de Sheel n'est plus le système qui a cours en Ecosse, où l'assistance est basée sur une sélection rigoureuse des malades après un examen méthodique et leur élimination pour maintenir à l'asile fermé son but curatif. C'est toutefois un système différent de celui préconisé par M. Marandon de Montyel, qui ne voudrait pas, dans son application de l'open door, de distinction préalable des aigus et des chroniques.

M. ANGLADE lit un rapport sur *l'examen histologique de la moelle de 40 aliénés* pris dans son service. 14 étaient des paralytiques, 12 déments apoplectiques; les autres, des aliénés chroniques qui n'avaient jamais présenté de symptômes médullaires. Il a trouvé principalement chez ces derniers une dégénération de la substance blanche (faisceau de Burdach) avec raréfaction de la myéline. A la méthode de Nissl, les cellules radiculaires antérieures et celles de la colonne de Clarke présentaient une diminution de la substance chromatophyle devenue homogène et fortement colorée. Il conviendrait de rechercher chez les aliénés les troubles qui pourraient correspondre à ces lésions qui paraissent assez fréquentes.

M. SABRAZÈS pense qu'il faut se mettre un peu en garde contre ces sortes de lésions qu'il a trouvées souvent chez des sujets âgés normaux. Il conviendrait comme contrôle de faire également des études histologiques de la moelle chez ces sujets normaux.

La rééducation suggestive de la volonté.

MM. P. VALENTIN et P. HARTENBERG (de Paris). — Parmi les nombreuses formes d'aboulies que nous avons étudiées et interprétées conformément aux théories histologiques et physiologiques les plus récentes (Pitres, Grasset, Flechsig, etc.), nous ne voulons considérer dans ce travail que deux groupes bien différents. — A. *Les aboulies occasionnelles*, qui surviennent

(1) Voir les nos 32 et 33.

© BIU Santé

accidentellement, sont curables et doivent être attribuées à un trouble passager du dynamisme psychique. Trois variétés : 1° celles qui sont consécutives aux maladies graves ; 2° celles qui sont dues à une diminution de conductibilité des voies motrices de l'arc réflexe psychique ; 3° celles qu'entretient une peur auto-suggérée de la douleur. — B. *Les aboulies constitutionnelles*, qui sont intimement liées au caractère des malades. Trois variétés : 1° par apathie ; 2° par irrésolution ; 3° par émotivité. Ces trois variétés peuvent se combiner chez le même sujet. De plus elles se montrent à des degrés très variables ; et à leur degré le plus grave elles se confondent avec les psychoses : mélancolie, folie du doute, phobies. — *Traitement.* La suggestion opposée aux troubles d'une fonction essentiellement active, telle que la volonté, doit être avant tout active. On emploiera *la dynamogénie-suggestive*, complétée au besoin par le sommeil provoqué. Pour les malades du groupe A, la méthode consistera à les faire lever, marcher, se mouvoir. Cette gymnastique a deux conséquences favorables : d'abord, elle stimule le cerveau et rétablit l'habitude du mouvement, ensuite elle rassure l'émotivité des malades, en leur montrant, par exemple, que leurs craintes sont vaines. La guérison est habituelle. Pour les malades du groupe B, il faut moins un traitement momentané et curatif qu'une direction morale continue. Si on le peut on prendra les sujets dès l'enfance, on leur imposera une éducation conforme à leur caractère, on les guidera dans le choix d'une carrière, on cherchera même, dans le mariage, à unir des époux dont les tendances respectives à l'action puissent se compléter heureusement. D'autre part, au cours de certaines crises paroxystiques d'aboulie, survenant chez les malades sous des influences physiques ou morales, on aura recours à la suggestion adaptée aux circonstances et à la personnalité du sujet. Il est impossible de donner ici cette méthode en détail. Nous le ferons dans un travail ultérieur, plus complet, consacré à la même question.

M. Canier lit un rapport sur la *paralysie générale juvénile chez les hérédo-syphilitiques* et présente quelques observations, une entre autres particulièrement intéressante chez une jeune fille dont le traitement antispécifique produisit une rémission très nette.

M. Doutrebente s'appuie sur ce rapport pour préconiser le traitement spécifique dans la paralysie générale d'origine nettement syphilitique.

M. Régis croit qu'il faut toujours attribuer à une cause hérédo-syphilitique la paralysie générale juvénile. Les cas sont plus fréquents qu'on ne le croit jusqu'ici ; il en a été observé 22 en France et de nombreux autres cas ont été observés à l'étranger. On ne saurait trop conseiller à tous les médecins d'examiner soigneusement tous les jeunes déments précoces. Un cas de ce genre qui avait été très discuté, fut autopsié par M. Sabrazès et présentait toutes les lésions de paralysie générale.

M. Bezy fait remarquer que dans nombre de cas d'hydrocéphalie spécifique, le traitement antisyphilitique est toujours resté impuissant ; il fait un rapprochement entre ces lésions des centres nerveux et celles des paralytiques sur lesquels on n'a pu obtenir aucun résultat par ce traitement.

MM. Vallon et Marie communiquent une *note sur l'étude de quelques obsessions*. Il y aurait lieu de distinguer des obsessions se rattachant : 1° à la sphère cinesthétique (obsessions émotionnelles) ; 2° à la sphère sensitivo-sensorielle (obsessions hallucinatoires) ; 3° à la sphère motrice (obsessions impulsives) ; 4° à la sphère psychique (obsessions intellectuelles), auxquelles il faudrait ajouter les combinaisons de ces variétés entre elles. La combinaison la plus constante est celle qui comprend un certain degré de participation de la zone antérieure psychique sous forme de phénomènes de conscience plus ou moins complets, avec intervention plus ou moins effective des centres phrénateurs.

Autre note de MM. Vallon et Marie sur le *délire mélancolique*. C'est une contribution à l'étude des délires mélancoliques systématisés à évolution progressive (type Letard), en un mot un chapitre à ajouter à l'étude du délire des négations.

M. Hamel lit, en son nom et au nom de M. Marie, une note sur les *aliénés vagabonds* et l'utilité qu'il y aurait à procéder à un examen médical, qui permettrait de reconnaître souvent les aliénés migrateurs méconnus, dont il rapporte un certain nombre d'observations. C'est une question qui se rattache à celle des aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux.

M. Drouineau aurait désiré voir établir dans cette question une statistique des vagabonds aliénés, traités à la colonie de Dun. Les chomages et les conditions sociales tendent de nos jours à augmenter le nombre des vagabonds ; des travaux de statistique seraient intéressants pour établir une délimitation entre les vagabonds aliénés et ceux qui le deviennent par des causes extrinsèques.

M. Giraud appelle l'attention sur les nombreux persécutés et hallucinés chroniques qui deviennent vagabonds sous l'influence de leurs hallucinations.

M. Sabrazès rapporte le cas d'une jeune fille, ayant présenté des *borborygmes rythmés*. Cet état d'origine gastrique était favorisé par l'état névropathique du sujet. Guérison au moyen de la compression par la sangle de Glénard.

MM. Dubuisson et Anglade rapportent un cas *d'épilepsie traumatique* suivi d'autopsie. Le malade avait eu des accidents épileptiques consécutifs à un coup de pied de cheval reçu sur la partie antérieure de la région frontale. Troubles mentaux consécutifs, état maniaque, mort en état de mal épileptique. A l'autopsie, adhérence du cuir chevelu et des méninges, esquille comprimant la première frontale. Ce cas démontre qu'un sujet peut vivre avec perte de substance et qu'il n'est pas besoin que la force motrice soit intéressée pour produire des accidents épileptiques.

M. Pailhas lit une communication sur la *nycthémie appliquée à l'étude des maladies mentales nerveuses.*

MM Lannois et Parisot rapportent deux cas de *chorée héréditaire.*

M. Rey lit, en son nom et en celui de M. Boinet, un travail sur les *troubles psychiques dans l'intoxication palustre.* Il a eu l'occasion d'observer de nombreux paludéens chroniques à l'asile d'Aix et dont plusieurs venaient d'Algérie, et il convient qu'il y a un rapport étroit entre ces troubles psychiques et l'état paludique.

M. Morel a observé plus de 400 paludéens à la Guyane ; il a bien vu des troubles psychiques dans les états aigus ; mais il ne les a presque jamais observés dans le paludisme chronique.

M. Lefilliatre rappelle qu'en Algérie l'absinthisme est fréquent, il pourrait jouer un rôle dans l'apparition des troubles mentaux.

M. Bezy lit un rapport sur l'*hémiplégie chez l'enfant.*

M. Hamel.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE

Bruxelles (2-6 *août* 1897) (*suite*) (1).

Les facteurs internes de la putréfaction des cadavres.

M. le Dr E. Malvoz. — L'expert judiciaire est appelé journellement à résoudre des questions nécessitant une connaissance approfondie des phénomènes de la décomposition cadavérique. Aussi, l'étude de la putréfaction des cadavres a-t-elle toujours été considérée comme faisant partie du domaine de la médecine légale ; on peut même dire que c'est aux médecins légistes que l'on doit la plupart des connaissances que nous possédons sur cette question. On connaît relativement bien l'influence des conditions variées du milieu extérieur (température, air, eau, sol, etc.) sur la marche de la putréfaction des corps. Mais l'étude des variations individuelles amenées par le genre de mort, l'âge, l'état de la nutrition, etc., est hérissée de difficultés et à peine ébauchée, en raison de l'extrême complexité des phénomènes. L'introduction des méthodes bactériologiques permet de faire la lumière dans ces questions. La putréfaction est essentiellement un phénomène microbien et sans la connaissance exacte des microorganismes en jeu, des voies suivies par les bactéries pour gagner les diverses régions du cadavre, de l'état des organes au moment de la mort, il est impossible de comprendre les diverses modalités de la décomposition des corps. Que nous enseigne la bactério-

(1) Voir les nos 32 et 33.

© BIU Santé

logie sur l'état du cadavre, au moment où il va être envahi par la putréfaction? S'il s'agit d'un sujet parfaitement sain, succombant brusquement par accident, par exemple, on sait que les microbes, agents des putréfactions, ne se trouvent qu'à la surface de la peau et des grandes cavités du corps en rapport avec l'extérieur, surtout du tube digestif. Ce sont même ces microbes du tube digestif qui commencent l'œuvre saprophytique en envahissant plus ou moins rapidement, suivant les conditions du milieu extérieur, les diverses parties du corps. Mais les conditions sont toutes différentes s'il s'agit de sujets ayant succombé à l'une ou l'autre maladie. Les altérations chimiques des tissus, souvent très considérables, amenées par la maladie elle-même, provoquent déjà par elles-mêmes des différences très grandes d'un sujet à l'autre dans les caractères de la putréfaction ; de plus, il est possible qu'au moment de la mort les organes soient déjà envahis, en tout ou en partie, par des microorganismes. Il s'agit tantôt des microbes mêmes qui sont la cause de la mort (maladies infectieuses), tantôt de bactéries venues de l'intestin, qui ont envahi secondairement les organes à la suite d'altérations des tuniques digestives. Il est actuellement démontré, sans contestation possible, que dans un grand nombre d'affections très variées, très différentes les unes des autres, il se produit, à un moment donné, un exode des microbes normaux du tube digestif dans la circulation générale, jusque dans le foie, la rate, etc. Il est certain que ce phénomène joue un très grand rôle dans la marche de la putréfaction puisque ces microbes sont de véritables saprophytes. Un cadavre contenant déjà, au moment de la mort, de nombreux bacilles doués de propriétés putréfactives, au sein de ses organes, se décompose plus rapidement, toutes choses égales d'ailleurs, que le corps d'un sujet tué en pleine santé. Parmi les moyens employés pour provoquer l'émigration des microbes de l'intestin dans les organes pendant la vie, on cite surtout (Würtz et Beco) l'intoxication par l'arsenic, l'émétique, l'alcool, etc.

Ces phénomènes entrent en ligne de compte dans l'interprétation des variations si grandes constatées d'un sujet à l'autre dans la marche de la putréfaction; on doit se demander, quand il s'agit d'un cadavre dont il faut déterminer l'époque de la mort, si celle-ci n'a pas été la conséquence de l'une ou l'autre maladie dans laquelle on observe habituellement l'envahissement des organes par des saprophytes de l'intestin. Un autre ordre de faits, dont la bactériologie a fourni l'interprétation, est la différence, constatée depuis longtemps, dans la marche de la putréfaction des nouveau-nés avant respiré et des mort-nés. Au moment de la naissance, l'intestin est complètement stérile. Ce n'est qu'après plusieurs heures que l'organe est à peu près occupé par des microorganismes. Aussi un mort-né se putréfie-t-il absolument comme un morceau de viande placé dans les mêmes conditions. Au contraire, les nouveau-nés ayant vécu un certain nombre d'heures sont envahis par des processus putréfactifs ayant leur point de départ dans l'intestin. Ces faits sont susceptibles d'applications médico-légales très importantes ainsi que nous l'avons démontré nous-mêmes à l'Académie de Médecine de Belgique (1893). Il est possible, au moyen de cultures bactériologiques bien conduites, de déterminer, dans certains cas, s'il s'agit d'un nouveau-né ayant vécu après la naissance ou d'un mort-né rien qu'en analysant la flore microbienne intestinale. Cette recherche s'imposera souvent à côté de la docimasie pulmonaire ; de plus, dans les cas où l'on ne posséderait plus qu'un tronçon du corps comprenant l'intestin frais, elle est pour ainsi dire la seule que l'on puisse instituer.

Discussion. — MM. Descouts, Brouardel et Wleminck.

Du rôle et des devoirs du médecin-légiste dans les expertises relatives aux accidents provoqués par l'ingestion des viandes.

M. le Dr E. Van Ermengem (de Gand). — Il est peu scientifique de désigner, sous la dénomination vague et trop générale d'empoisonnements par les ptomaïnes, des phénomènes pathologiques déterminés par des poisons microbiens variés et dont l'identité avec les bases putréfactives n'est nullement établie. Les altérations, auxquelles les viandes malades, avariées ou même putréfiées, doivent leurs propriétés nuisibles, étant d'origine microbienne, l'expertise chimique, livrée à elle-même, est incapable de préciser la nature des altérations qu'elles ont subies. Pour établir la cause des propriétés nuisibles d'une viande, les méthodes bactériologiques doivent donc être mises à contribution. Il importe, dès lors, que les parquets ordonnent de soumettre à cette expertise spéciale les restes de la viande suspecte, les viscères de l'animal qui l'a fournie et les organes des victimes. Les viscères, la viande incriminée, etc., doivent être transmis à l'expert-bactériologiste dans le plus bref délai possible et dans les meilleures conditions de conservation. Lorsque le médecin-légiste, chargé de l'autopsie, n'entreprend pas lui-même les recherches bactériologiques, le parquet lui adjoindra le spécialiste auquel ces recherches seront confiées. En tout cas, le médecin-légiste recueillera avec les précautions d'usage le sang, les organes, le contenu intestinal, etc., et fera parvenir ces produits au bactériologiste en évitant tout retard et en ayant soin par l'emploi de la glace de les mettre à l'abri de la décomposition.

L'hypnotisme dans ses rapports avec la criminalité.

M. le Dr Camille Moreau (de Charleroi). — Les faits à propos desquels la justice a dû tenir compte de l'influence des états hypnotiques sur l'accomplissement de crimes ou de délits ont été jusqu'ici fort rares. La question est cependant si importante, étant donné l'état actuel de nos connaissances, qu'il est tout naturel qu'un Congrès de médecine légale ait porté la question à son ordre du jour, afin de bien fixer l'étendue du domaine acquis et, le cas échéant, l'agrandir encore par l'apport de nouveaux faits. D'autre part, bien que les discussions théoriques sur ce sujet aient été fréquentes et qu'elles aient permis aux opinions les plus contradictoires de se faire jour, il n'y a pas à entrer dans ces controverses, car il n'est pas à prévoir qu'une solution pouvant compter tous les suffrages saurait être fournie. Pratiquement il faut laisser de côté les divergences d'écoles, ne pas chercher des explications plus ou moins admissibles et sujettes à variations successives ; il faut s'en tenir à des *faits précis* au sujet desquels ne peut plus se produire aucun désaccord sérieux. Suivant cette règle pour la recherche des rapports certains que l'on peut considérer comme existant actuellement entre l'hypnotisme et la criminalité, M. Moreau s'est attaché à l'examen de quelques cas qui ont été spécialement bien étudiés.

Que l'on fasse remarquer que semblables faits d'accomplissement de délits ou de crimes suggérés formeront toujours heureusement exception, soit; mais il importe cependant au plus haut point que l'attention des magistrats de tous les pays soit constamment attirée sur leur éventualité possible, car, il ne faut pas se faire illusion, malgré tous les travaux et toutes les discussions qui se sont multipliés à propos des suggestions criminelles depuis plus de 15 ans, les tribunaux sont restés en général fort sceptiques et hésitent toujours à laisser pénétrer dans leur enceinte ces idées nouvelles. C'est dans le but de contribuer de toutes nos forces à ébranler ce scepticisme opposé à l'administration de la justice, telle qu'elle doit être comprise de nos jours, que M. Moreau n'a pas hésité à faire remarquer que peu à peu les faits se sont accumulés et si bien mis en relief, qu'il est désormais impossible qu'ils ne s'imposent pas à l'examen attentif des magistrats aidés par les données médico-légales résultant d'une étude minutieuse spéciale à chaque cas.

Discussion. — MM. Motet et Brouardel.

La valeur médico-légale des ecchymoses sous-séreuses.

M. le Dr Gabriel Corin (de Liège). — L'ecchymose sous-séreuse elle-même ne prouve rien en faveur du diagnostic de l'asphyxie, bien qu'elle accompagne le plus souvent cette dernière. Elle démontre simplement qu'au point où elle s'est produite a existé une augmentation de pression sanguine suffisante pour vaincre la résistance des tuniques vasculaires et péri-vasculaires. Dans les cas où la résistance de ces tuniques peut, *a priori*, être supposée normale et où l'augmentation de pression intervient seule par conséquent, cette augmentation se produit à la faveur d'une excitation plus ou moins vive du centre vaso-moteur, d'une exagération d'intensité des pulsations cardiaques et d'un arrêt simultané plus ou moins prolongé de la respiration, sans qu'il faille faire intervenir l'effort expiratoire de Lukomsky. Nous ne pensons pas, dans l'état

© BIU Santé

actuel de nos connaissances, qu'il soit encore nécessaire de recourir, pour l'interprétation de ces lésions, à l'aspiration thoracique (Krahmer), au mécanisme de la ventouse, cette aspiration tendant plutôt, dans les conditions ordinaires, à diminuer qu'à augmenter la pression sanguine.

Discussion. — MM. Brouardel, Malvoz et Dallemagne.

M. le Dr Ogier (de Paris) a fait notamment une communication très intéressante sur *l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré.*

M. E. Martin (de Lyon) a parlé sur le *spasme cadavérique* et sur un *nouveau procédé pour déceler dans les taches la présence du sperme.*

Le Dr de Boeck a présenté dans la dernière séance un rapport sur la *responsabilité criminelle*, qui a fait l'objet de la discussion du jour.

MM. le Pr Brouardel et le Dr Motet ont rendu hommage à ce rapport, en se ralliant aux conclusions favorables à la responsabilité partielle.

Le Congrès de Médecine légale a fini ses opérations par le *banquet* traditionnel. Les rapports et les questions traitées ont été très nombreux.

Prochain Congrès. — Rendez-vous est pris pour Paris en 1900.

Les *Présidents d'honneur* du Congrès de Médecine légale ont été : MM. Brouardel et Motet (France); Clarck Bell (New-York); Norman Kerr (Londres); Bogdan (Roumanie); M. Aspelin (Stockholm); Gosse (Genève).

Marcel Baudouin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 août 1897. — Présidence de M. Caventou.

L'albuminurie dyspeptique.

M. A. Robin a observé 300 cas d'albuminurie intermittente chez des dyspeptiques. Cette albumine n'existe que le soir, disparaît par le lait, augmente par le régime carné. Elle disparaît, quel que soit le régime, par le séjour au lit. Outre l'albumine, on trouve des phosphates terreux et de l'indican, preuve des fermentations intestinales. Cette albumine ne dépend pas de l'irritation du rein par les toxines stomacales. Le contenu de l'estomac des malades ne se montre pas, en effet, toxique pour les cobayes auxquels on l'injecte. Il paraît beaucoup plus probable que l'albuminurie dyspeptique est constituée par l'albumine des aliments qui n'a pu subir, ni dans l'estomac, ni dans l'organisme, les modifications nécessaires pour l'élever à l'état d'albumine assimilable, *a*) parce que les fonctions digestives sont altérées; *b*) parce que l'activité chimique est diminuée dans l'organisme. L'albuminurie dyspeptique guérit facilement quand on soigne convenablement l'estomac : la plupart des malades sont justiciables du régime lacté; le lait doit être absorbé par petites quantités toutes les trois heures. Il faut lutter contre la coprostase par des pilules légèrement purgatives. Le séjour au lit est recommandable. Si le régime lacté amène de l'amaigrissement, ajoutez à deux des prises de lait, des œufs et des végétaux. Le retour à l'alimentation normale n'est repris que progressivement.

Mouvements cloniques dans la syringomyélie.

M. Marinesco, dans une note lue par M. F. Franck, montre que ces mouvements localisés surtout aux doigts et au pouce, résultent de l'irritation médullaire seule indépendante de toute participation cérébrale. L'irritation centrale de l'épendyme suffit à stimuler les organes moteurs de la moelle donnant des décharges analogues à l'épilepsie jacksonienne.

Radiographie d'un corps étranger œsophagien.

M. Monnier montre une radiographie de pièce de 1 franc avalée par un enfant de cinq ans. La pièce est très nettement localisée et l'œsophagotomie externe a été faite avec une précision absolue.

Immunité tuberculeuse.

M. Dubousquet-Laborderie montre par une observation de quatorze ans, l'immunité absolue dont jouissent à l'égard de la tuberculose certaines familles de Saint-Ouen. Ces familles sont les familles autochtones occupées de culture maraîchère, aisées et bien nourries. Leur immunité fait un contraste tel avec les ravages de la tuberculose parmi la population ouvrière de Saint-Ouen qu'il est probable que les conditions hygiéniques meilleures ne sont pas seules en cause. On doit noter que dans les familles réfractaires les divers membres se marient entre eux, les mariages consanguins y sont très fréquents. Ils vivent à l'écart des familles d'ouvriers immigrés et l'alcoolisme y est beaucoup moins répandu. Il est toutefois probable que les conditions hygiéniques n'agissent pas seules; il s'est fait dans ce cas comme une sorte de sélection naturelle, et il s'est formé une véritable race réfractaire à la tuberculose.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 28 juillet 1897. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

M. Napias. — Discussion sur la *puériculture à bon marché.* — A propos de l'allaitement maternel, M. Napias montre que depuis des siècles les femmes cherchaient à ne pas nourrir elles-mêmes leurs enfants et remplaçaient le lait maternel par du lait de vache, de l'eau de pain, de la bouillie. Au XVIIe siècle cette discussion fut agitée; mais la commission qui en était chargée repoussa les différents moyens proposés et déclara que le lait maternel seul devait autant que possible être employé. On connaît le beau morceau de Rousseau sur les mères qui ne veulent pas nourrir leurs enfants. Au XIIIe siècle déjà l'allaitement maternel était remplacé par d'autres moyens. Après la publication d'*Emile*, il devint de mode de nourrir ses enfants; pour les mères, ce ne fut qu'une mode. M. Napias pense que l'allaitement maternel, grâce à l'hygiène, reviendra à la mode comme au XVIIIe siècle.

En attendant que cette mode revienne, au lieu de donner un lait quelconque, il vaut mieux donner du lait stérilisé; c'est un pis-aller, mais il est utile, malheureusement.

M. Pinard. — Au commencement du siècle, les artisans nourrissaient leurs enfants; mais l'apparition du travail dans les fabriques a été une des causes de ce délaissement. Aujourd'hui les femmes peuvent avoir suffisamment de lait si elles le veulent.

M. Trélat. — *Les saillies autorisées sur les façades des maisons au point de vue de la salubrité.* — L'auteur parle des window qui sont construits depuis quelques années sur bon nombre de maisons de Paris. Mais ces saillies nouvelles prennent de l'air et du jour sur la rue, et c'est une cause d'insalubrité. Il serait peut-être utile de reviser la loi du 22 juillet 1882 sur les saillies des maisons.

M. Lucas-Championnière. — Il y a une grande différence entre une rue étroite et une rue large; dans les rues larges, les window rendent service et doivent être regardés comme très hygiéniques.

M. Trélat. — *Examen au point de vue de la salubrité du projet de pénétration dans Paris des voies de la ligne d'Orléans.*

M. Krémer. — *Cuvier à lessivage accéléré sous pression.*

Dr Martha.

Les étudiants étrangers et les Universités françaises. — Nous extrayons du *Journal officiel* le passage ci-dessous, relatif au régime scolaire des Universités : « Les règles relatives à l'immatriculation et aux inscriptions sont applicables aux étudiants de nationalité étrangère. Ils peuvent être immatriculés sur la production des diplômes ou titres obtenus par eux à l'étranger. Ils ne peuvent être admis à s'inscrire en vue des grades institués par l'Etat qu'en produisant les diplômes ou certificats exigés des étudiants français *ou une décision ministérielle leur accordant soit l'équivalence de leurs titres avec les diplômes ou certificats français, soit la dispense de ces diplômes ou certificats.* »

© BIU Santé

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr PAUL CORNET.

X. — Action curative du bain de mer dans les maladies de l'estomac; par le Dr LINDEMANN (Heligoland). — *Therap. Woch.*, nos 15, 16, 17, 1897

X. — Malgré la prévention de certains médecins, il existe à côté des stations d'eaux connues pour leurs effets heureux sur les dyspeptiques (Kissingen, Ems, Wiesbaden, Karlsbad, Homburg, Neuard, Marienbad, etc.), une certaine catégorie de bains qui doit figurer en ligne de compte. C'est ainsi qu'à Helgoland il a pu être constaté dans ces dix dernières années, que nombreux malades ont trouvé, dans le séjour à la mer, une guérison qu'ils avaient cherchée vainement dans les stations connues. C'est ainsi que l'expérience et l'observation concordent à établir que le séjour aux bains de mer n'est contre-indiqué que pour certaines affections de l'estomac, mais qu'au contraire, pour une bien grosse part de ces affections le séjour avec ou sans bains de mer est nettement indiqué. Certains auteurs ont précédemment effleuré cette question. C'est Braun qui condamne les bains de mer dans le catarrhe et l'ulcère de l'estomac; c'est Vegele qui les déconseille dans la dilatation par atonie; c'est au contraire Winkler qui les recommande dans l'atonie gastrique, sans signes nerveux (douleurs, crampes); c'est encore Flechsig qui conseille le séjour maritime dans les catarrhes chroniques de l'estomac avec affaiblissement du système nerveux et de la nutrition. C'est enfin Rossbach, Ferner, Romberg, Kruse qui ont attiré l'attention sur les bains de mer dans les maladies de l'estomac, tandis que Fromme les préconise dans les diarrhées chroniques et nerveuses, dans la pléthore abdominale, la constipation, la dyspepsie nerveuse et le catarrhe simple.

Un fait prédominant, c'est que certains malades sont prévenus contre le séjour à la mer, en raison de certains troubles qu'ils éprouvent dès leur arrivée (perte d'appétit, diarrhée parfois opiniâtre). Ces troubles sont dus le plus souvent au voyage en mer, au changement de climat et de nourriture; ils disparaissent par l'habitude au nouveau climat. Souvent aussi, la faute est de la part du malade, un dérèglement diététique, un bain de mer froid pris inconsidérément, un habillement non approprié au contraste de la fraîche température d'été de l'air de la mer avec l'atmosphère du continent. L'air de la mer a une action excitante sur la peau, et par réflexe sur les organes respiratoires, de sorte que l'activité du cœur est accrue, et la nutrition est activée. Mais les malades extrêmement sensibles, chlorotiques, ou fortement anémiques, supportent mal le refroidissement susceptible de venir avec l'air froid de la mer, ou après une douche froide. Ces malades éprouvent : vertiges, céphalalgie, manque de sommeil et d'appétit, diarrhée, etc., et ils partent. Or, des vêtements chauds, gilet de flanelle ou de laine, leur adouciraient, au début du séjour, l'action excitante de l'air maritime. Malheureusement le conseil d'un habillement chaud n'est pas toujours tenu, et les dames sont particulièrement exposées, à l'époque des menstrues, à subir de bas en haut des refroidissements, suivis de troubles dans les règles et dans les organes de l'abdomen. Il faut, en outre, se garder contre l'insolation, en particulier chez les vieillards et les enfants. Ceux-ci se trouvent bien du séjour de la mer.

Quant aux bains de mer, il est prouvé qu'ils agissent remarquablement pour tonifier les organes, que les bains soient froids ou chauds. Leur action, ainsi que celle de l'air maritime, consiste surtout dans l'activité du cœur et de la circulation, et dans la tonification des organes digestifs. Par le bain de mer froid, la sécrétion gastrique est excitée fortement, ainsi que l'acidité totale et l'HCL libre, ainsi qu'il en est d'ailleurs après les bains d'eau douce froids; l'activité motrice et celle des résorptions sont également augmentées.

Il y a contre-indication du séjour à la mer dans les états d'excitation gastrique accompagnée de phénomènes douloureux; dans les affections organiques, lesquelles sont plutôt justiciables des bains alcalins ou d'acide carbonique (ulcère simple, érosions, gastrite chronique à différentes formes, cancer, dilatation vraie), et qui ne peuvent qu'être aggravées par le séjour à la mer. Au contraire, il y a grand bénéfice dans l'atonie gastro-intestinale, la gastroptose et toute la série des troubles fonctionnels de l'estomac (neuroses, dyspepsie et diarrhées nerveuses). Exception est faite pour les formes nerveuses pures, avec état d'excitation, crampes d'estomac, cas pour lesquels l'air des hauteurs convient mieux que le climat maritime. Il faut d'ailleurs individualiser et établir solidement un diagnostic. Certains malades, atteints par exemple de gastrite chronique ou d'autres états d'irritation, se trouvent très bien d'une amélioration préalable dans une station d'eau du continent et d'une cure de convalescence à Helgoland Il est évident que pour obtenir ces bons résultats dans l'atonie, la gastroptose, les neuroses de l'estomac et de l'intestin, etc., il faut, comme dans les stations thermales, la surveillance constante et éclairée d'un médecin local. Alors on observera toujours les bons effets de l'air et des bains de mer, que voici reproduits sous forme de conclusions :

1° L'air de la mer et les bains de mer froids tonifient l'estomac en excitant la motricité, la résorption et la sécrétion gastrique; ainsi qu'en stimulant le système nerveux, en particulier celui des organes digestifs.

2° Le séjour à la mer est contre-indiqué dans la plupart des affections organiques de l'estomac, surtout combinées avec des états irritatifs (carcinome, ulcère simple, gastrectasie, gastrite chronique, etc.).

3° Le séjour à la mer est indiqué dans l'atonie de l'estomac et de l'intestin (myasthénie, entéroptose, neuroses de l'estomac, dyspepsie nerveuse). Exception pour les états d'excitabilité.

4° Une cure d'eau, suivie du séjour à la mer, se recommande dans quelques cas d'affections de l'estomac, spécialement dans les neuroses combinées avec la gastrite.

XI. — Action de la taka-diastase dans les gastrites; par FRIEDENWALD.

XI. — L'action amylolytique de la taka-diastase a été mise hors de doute; cette substance transforme en dix minutes cent fois son poids d'amidon. Il est jusqu'ici généralement établi que la taka-diastase est indiquée dans la dyspepsie amylacée, mais ce terme est vague et signifie plutôt une condition symptomatique qu'un désordre défini. De nouvelles expériences avaient besoin d'être établies, non seulement chez les animaux, mais chez l'homme. C'est ce qui a eu lieu avec le repas d'épreuve d'Ewald, extraction du liquide au bout d'un temps déterminé et analyse du liquide (dosage de l'acidité, recherche de l'érythrodextrine). Il résulte de recherches identiques, dans des conditions variées, que dans tous les cas d'hyperacidité, l'action amylolytique de la taka-diastase est plus complète; il y a, en outre, diminution de l'excès d'acide et augmentation du pouvoir moteur. De plus, il résulte d'expériences systématiques que la taka-diastase remplace la salive en transformant l'amidon en sucre et favorise la fonction salivaire, en l'excitant, aussi bien que la fonction motrice de l'estomac. Voici d'ailleurs les conclusions :

1° La taka-diastase n'agit pas sur la digestion, dans les conditions normales, ni dans la dyspepsie nerveuse avec fonctions motrice et sécrétoire normales.

2° Dans l'hypoacidité, la taka-diastase agit différemment, suivant qu'il y a catarrhe ou dyspepsie nerveuse. Dans ce dernier cas, pas d'effet; dans le catarrhe il y a augmentation d'acide et la digestion de l'amidon se trouve favorisée.

3° Dans l'hyperacidité, la taka-diastase diminue l'excès d'acide et favorise particulièrement la digestion de l'amidon.

4° La taka-diastase remplace la salive, quand celle-ci est diminuée ou absente.

LA MÉDECINE AU THÉATRE. — Le deuxième acte des *Plaideurs* a été interrompu, ces jours-ci, à la Comédie-Française, de pénible façon. Au moment où Coquelin cadet donnait la parole aux avocats, un jeune lieutenant de ligne, subitement atteint d'une attaque d'*épilepsie*, se mit à pousser des cris et des gémissements. Les artistes en scène ont dû attendre que ce malheureux officier ait été conduit dans un salon. Le médecin de service, aussitôt averti, a prodigué des soins empressés à ce malade et l'a fait transporter à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

© BIU Santé

BIBLIOGRAPHIE

Observation d'exostose ostéogénique du crâne ; par le Dr Zaepfel.— *Loire méd.*, 1896, p. 235.

L'observation que nous rapportons a été extraite du journal *la Loire médicale*, où elle a été publiée par M. le Dr Zaepfel, médecin principal de deuxième classe. Il s'agit d'un soldat, âgé de 20 ans et 7 mois, présentant, derrière l'oreille droite, au niveau de l'apophyse mastoïde, une tumeur arrondie, du volume et de la forme d'un gros macaron, de consistance osseuse. Sur la tumeur, les plans superficiels étaient parfaitement mobiles, tandis qu'elle-même adhérait à l'os sous-jacent. Depuis vingt mois, cette grosseur existait, absolument indolente, mais du volume seulement d'une noisette. Il s'agissait là évidemment d'une tumeur de nature osseuse. Pour expliquer cette production, on ne trouvait ni traumatisme, ni syphilis; le malade avait bien eu une otite en 1894, mais cette otite n'avait nullement retenti sur les lacunes mastoïdiennes. Etant donné l'âge du malade, l'absence de tout antécédent, le développement indolent de la tumeur s'épanouissant sous le périoste, M. le Dr Zaepfel en fit une *exostose ostéogénique*. Il y a donc là un fait nouveau d'exostose ostéogénique, se développant en dehors de ses points de prédilection, qui sont, comme on sait, les extrémités diaphysaires des os longs, au niveau du cartilage de conjugaison; cette exostose, en effet, s'était développée en un point où le mouvement nutritif est réparti sur tout le pourtour de l'os.

M. le Dr Zaepfel fit l'ablation de la tumeur, avec la gouge et le maillet; la réunion se fit par première intention et le malade, revu huit mois après, ne présenta pas de récidive, comme aurait pu le faire craindre la nature ostéogénique de la tumeur.

A. Schwartz.

Des troubles de la parole d'origine épileptique; par Nevsky — *Archives de psychiatrie, neurologie et de psychopathologie légale*, 1897, n° 3, p. 78-102.

Ces troubles sont encore fort peu étudiés; tout en n'étant ni constants ni absolument les mêmes dans tous les cas, ils présentent plusieurs caractères communs qui sont intéressants à mettre en évidence. Les plus fréquents et les plus importants sont les suivants : 1° La lenteur de la parole; cette lenteur est rarement continue; le plus souvent, et surtout lorsque l'affection est avancée, les phrases prononcées lentement alternent irrégulièrement avec les mots et les phrases prononcés rapidement; 2° la répétition des mots, des syllabes et des sons ou des phrases avec la tendance de répéter plusieurs fois surtout le commencement de la phrase; 3° la prolongation des voyelles et des syllabes; 4° troubles de coordination motrice, difficulté de trouver d'emblée l'attitude de la langue et des lèvres nécessaire à l'émission du son voulu; 5° pauses trop longues et mal à propos surtout entre les différentes syllables du même mot ou entre différents mots; 6° bégaiement expiratoire ou inspiratoire; 7° le timbre anormal de la voix, émission de sons élevés; 8° affaiblissement de la voix qui peut aboutir à son extinction presque complète. Ces altérations peuvent apparaître ou au début de la maladie ou plus tardivement, leur marche est toujours chronique et proportionnelle au progrès de l'affaiblissement intellectuel; les accès sont suivis de la recrudescence de ces troubles, qui diminuent de plus en plus dans les périodes qui séparent les accès.

E. Margouliès.

Notes urologiques relatives à l'analyse des composés azotés, de la glucose et des acides minéraux; par le Dr Emilio Pittarelli. — Milan, Francesco Vallardi, éditeur.

Dans cette brochure l'auteur expose les diverses observations et critiques qu'il a eu occasion de faire sur les procédés de dosages des principaux éléments que l'on rencontre dans l'urine : c'est-à-dire sur le dosage de l'*azote total*, de l'*urée*, de l'*acide chlorhydrique*, de l'*acide phosphorique*. Ces observations révèlent un opérateur aussi habile que consciencieux.

P. Yvon.

VARIA

L'Organisation du Congrès international de Médecine de Moscou.

Nous lisons dans le dernier numéro de *Deutsche Med. Wochenschrift*, de Berlin :

« Le comité national allemand, pour le XIIe Congrès international de Médecine, adresse l'avertissement suivant : Le comité russe d'organisation du XIIe Congrès international a d'honneur d'informer MM. les intéressés que, par suite d'affluence considérable de demandes, *il y a eu retard dans l'envoi des cartes de voyages*... Nous recommandons à tous nos confrères qui n'ont pas encore reçu leurs billets, de les demander télégraphiquement à M. le Pr Roth (Moscou)... Il est à désirer que le voyage de Moscou ne soit pas remis jusqu'aux derniers jours, car il est plus que probable que le 16 et le 17 août MM. les voyageurs rencontreront dans les stations russes et surtout à Varsovie, de grandes difficultés. Nous prions encore une fois MM. les congressistes de vouloir bien indiquer la date et l'heure de leur départ de Berlin. Ces indications doivent être envoyées M. le Président du comité local de Berlin, le conseiller intime Liebreich, Dorotheenstrasse, 34 a. »

On nous informe que l'organisation à Moscou même ne marche pas toute seule. Cela n'est pas fait pour étonner ceux qui se sont occupés d'une façon active du Congrès.

École principale du Service de Santé de Bordeaux.

Voici la liste, par ordre alphabétique et par port, des candidats à l'Ecole principale du service de santé de la marine, à *Bordeaux*, reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits.

Brest. — MM. Balcam, Bellamy, Boussenot, Carlo, Chiron du Brossay, Cloître, Coquin, du Chaxel, Guibier, Lafolie, Léger, Le Gaou, Lequerre, Margerie, Morin, Peltier, Rideau, Ségalon, Sorel et Thézé.

Rochefort. — MM. Alain, Azémar, Braud, Bruneau, Bur gaud, Carmouze, Chagnolleau, Chemin, Constantin, Czulowski, Décoly, Delion, Deltel, Deniau, Dhoste, Giraud, Gisselbrecht, Jousset, Lescure, Malhé, Manine-Hitou, Montel et Rey.

Toulon. — MM. Bougenault, Benis, Brunet, Donnet, Fighiera, Garain, Grosfillez, Lamoureux, Latour, Nicollet, Peraldi, Roumagoux, Roustan, Trautmann et Verdier.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

État nominatif des Étudiants reçus Docteurs en Médecine du 1er janvier au 31 juillet 1897.

MM. Rapin. Contribution à l'étude du torticolis aigu et spécialement de sa pathogénie et de son traitement par l'extension continue.— Dupuy. La métrite hémorragique de la ménopause et de la vieillesse. — Lalanne. Les persécutés mélancoliques. Contribution à l'étude des rapports de la mélancolie et du délire de persécution. — Bergeron. De l'esprit d'observation en médecine. — Aquarone. Incendies de théâtre. Etude de médecine publique. — Féraud. Contribution à l'étude des kystes suppurés de l'ovaire. — Marmey. Des lésions annexielles sont-elles une contre-indication du curettage dans les rétentions placentaires? — Martin. La bicyclette considérée au point de vue hygiénique et médical. — Mayer. Essai critique sur le réflexe cutané abdominal (réflexe de Rosenbach) — Louarn. Contribution à l'étude du phimosis (méthode israélite). — Meynard. Etude historique et critique sur les hôpitaux de Bordeaux. — Lartigue. De la quinine préventive dans la prophylaxie du paludisme. — Lahonda. De l'ostéomalacie chez la femme et principalement de son traitement. — Quesseveur. De la contusion du testicule et de ses conséquences. — Astier. Etude critique de quelques observations d'artérites rhumatismales. — Veaux. Des accidents consécutifs au percement du lobule de l'oreille. — Guilloux. Contribution à l'étude des borborygmes. — Séveno. Contribution à l'étude des accidents causés par la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (formes cliniques, diagnostic, traitement) — Cadéot. Contribution à l'étude de la dyspnée au début de la péricardite rhumatismale. — Rocher. Contribution à l'étude des terminaisons de la sténose congénitale de l'artère pulmonaire. — Koziell. L'hygiène de quelques quartiers d'Alger. — Dorizon. Quelques considérations sur l'hygiène de l'industrie du chanvre et notamment des inconvénients que présente le rouissage tel qu'il se pratique dans la Sarthe. — Texier. Des indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'épithélioma du col de l'utérus. — Guiraud. Le lait de femme à l'état physiologique (sa composition chimique moyenne. Principales causes qui la

© BIU Santé

font varier). Quelques-unes de ses variations dans leurs rapports avec l'état des nourrissons. — Berbineau. Etude des rayons de courbure de la cornée et de leurs rapports avec les amétropies de l'œil. — Mlle Belly. Contribution à l'étude de la laparotomie exploratrice.

MM. Gourdon. Traitement du bec-de-lièvre compliqué. — Tocheport. Description et emploi d'un nouveau tube anastomotique dans la chirurgie de l'intestin. — Delguel. De l'éventration xypho-ombilicale et de son traitement par le procédé Pouilloud-Desnous.— Michiels. Contribution à l'étude des tumeurs malignes du testicule ectopié.— Gauzence de Lastours. Technique et applications médicales des rayons X. — Destribats. Contribution à l'étude thérapeutique de la digitaline. — Dezon. De la gynécologie conservatrice dans les affections inflammatoires pelviennes. — Mercier-Bellevue. Etude comparative de la dystocie du quatrième temps dans les occipito-sacrées et le siège décomplété, mode des fesses. — Hugon. Contribution à l'étude du séro-diagnostic de Vidal (travail des laboratoires des cliniques de la Faculté). — Bireaud. Essai sur les fibromes de la paroi abdominale antérieure.— Housset. Contribution à l'étude des uréthrorrhagies chez l'homme. — Dinguizli. La variole en Tunisie. — Grimard. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des sarcomes de l'os iliaque. — Mounic. Des lipomes ostéo-périostiques du crâne et de la colonne vertébrale. — Escoffre. Du fonctionnement de l'estomac dans la diarrhée chronique consécutive à la diarrhée endémique des pays chauds et à la dysenterie. — Garrau-Fonneuve. Contribution à l'étude du traitement des cirrhoses veineuses du foie par le régime lacté et les iodures alcalins. — Delézinier. Etude cinématique de la diarthrose fémoro-tibiale. — Verger. Des anesthésies consécutives aux lésions de la zone motrice. — Morisot. Des abcès aigus de la moitié antérieure de la langue. — Mignon. Le progrès en médecine et principalement en thérapeutique par la physiologie. — Deschamps. Etude critique du traitement de la phtisie pulmonaire.— Magnan. Du traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle. — Sureau. Du curettage comme traitement palliatif de l'épithélioma du col utérin inopérable.— Chuiton. Du délire raisonnant de dépossession au point de vue clinique et médico-légal. — Martaud. Etude sur le tic convulsif simple (tic non douloureux de Trousseau). — Dolézac. Essai sur l'emploi des injections sous-cutanées de sérum artificiel dans le traitement des gastro-entérites cholériformes des nourrissons. — Monmont. Les arthrites gonococciques de l'enfant. — Jaffrédou. Contribution à l'étude clinique de la nécrose syphilitique du corps du sphénoïde.— Demptos. De l'ostéo-tuberculose du maxillaire supérieur et de ses différentes formes. — Richault. Contribution à l'étude de la paralysie générale aiguë. — Bezy. Odyssée d'un dégénéré.— Dubourdieu. Des tumeurs bénignes de la base de la langue et de quelques autres affections à allure bénigne de la même région (Syphilome, hypertrophie de l'amygdale linguale, mycosis). — Baraillaud. Des indications de l'amputation dans la gangrène des membres chez les diabétiques. — Robert. Contribution à l'étude des rapports de l'hystérie et de la paralysie générale.

Assistance par le Travail.

A la suite du Rapport au Congrès d'Assistance de Rouen, de M. Drouineau, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur, M. le Dr Rey, conseiller général de Vaucluse, fait connaître le *mode d'assistance par le travail* récemment adopté par le Conseil Général de ce département.

Le Conseil Général s'est occupé, dans ses dernières sessions, de l'étude des mesures à prendre, en vue de combattre le vagabondage et la mendicité dans les campagnes. Après avoir admis, en principe, « l'assistance par le travail », il avait chargé une commission spéciale de rechercher le mode d'assistance qui serait le mieux applicable et le plus profitable au département. Cette commission a été saisie, dans sa réunion du 22 février dernier, par un de ses membres, M. le Dr Rey, la proposition suivante :

« Le mode d'assistance par le travail, qui paraît seul applicable au département, doit avoir un caractère à la fois privé, communal et départemental. La base de cette organisation serait l'entente préalable des municipalités avec des industriels, usiniers, entrepreneurs, agriculteurs, qui consentiraient à donner leur concours à cette œuvre d'intérêt général, en employant pendant quelques heures les ouvriers sans travail et de bon vouloir. »

Un nomade se présentant à la mairie d'une commune pour y recevoir un secours en aliments, en argent ou un gîte, on l'adressera, muni d'un bon de travail, à l'un des établissements désignés, où il trouvera un travail quelconque à faire. La mairie devra aussi employer ces ouvriers ou passants à des travaux de balayage, entretien des chemins, terrassements, etc. Elle les renseignera sur les endroits où ils pourront trouver un travail régulier. Le patron paiera intégralement à cet ouvrier accidentel la valeur du bon de travail, valeur à déterminer. Il lui remettra aussi, soit le talon du bon de travail, soit un ticket dont l'usage sera indiqué plus loin.

Quand ce sera la commune qui occupera l'ouvrier, le maire lui remettra également, avec son pécule, le ticket ou tout autre témoin du bon vouloir de l'assisté. Les municipalités devront aussi s'entendre avec un aubergiste qui donnera à manger et à coucher aux ouvriers de passage dans les conditions suivantes : seront seuls appelés à bénéficier de « l'auberge hospitalière » ou mieux « auberge économique » les ouvriers pouvant certifier qu'ils ont utilisé leur bon de travail, en produisant le ticket spécial remis par le patron ou le maire de cette même localité ou de la commune qu'ils viennent de quitter à la dernière étape.

Les patrons ayant fait « travailler » des ouvriers porteurs de bons, présenteraient ces bons à la mairie, à des époques déterminées. Ils seront remboursés d'une partie de leurs frais, pour les dédommager et les encourager à employer des ouvriers supplémentaires et souvent sans en avoir besoin. Pareillement et sur la présentation des tickets, l'aubergiste recevrait de la mairie le prix des aliments et couchage, prix dont on fixerait un maximum par tête. Les dépenses qui incomberaient ainsi aux communes pourraient être un peu plus élevées que celles qui figurent dans le tableau dressé par l'administration. Mais le département, et c'est là son rôle, en supporterait une part sous forme de subvention.

L'avantage de cette organisation serait d'éviter aux communes et au département la création très onéreuse de chantiers, d'ateliers et d'ouvroirs, d'associer les particuliers à une œuvre d'assistance qui les mettrait à l'abri des sollicitations journalières des nomades. Elle aurait pour résultat de donner un travail provisoire à l'ouvrier et de lui permettre de se constituer un petit pécule, en attendant l'embauchage régulier. Une fois dans le département, les nomades échapperaient difficilement à l'obligation de travailler pour recevoir assistance, à la condition que cette institution fonctionne sérieusement sur les points de pénétration les plus fréquentés.

Une Exposition médicale à Londres.

La grande salle de concert de Queen's hall à Londres, dégarnie de ses fauteuils et de ses banquettes, s'est transformée récemment en une exposition de médecine, de chirurgie et d'hygiène où les organisateurs semblent avoir voulu placer sous les yeux du public une sorte de leçon de choses intéressant l'histoire de l'art médical depuis les temps les plus reculés jusqu'aux découvertes les plus récentes.

La partie historique de cette curieuse exhibition comprend des instruments, des fragments de sculptures, des modèles anatomiques retrouvés dans les ruines de Pompéi et d'Herculanum, et qui nous apportent sur la thérapeutique des anciens les renseignements les plus précis et les plus curieux. Deux vitrines contiennent toute une collection de *pieds-bots* moulés sur nature et confrontés avec les mêmes pieds réduits après traitement. Une suite de bas-reliefs illustre minutieusement l'*enseignement donné aux sages-femmes*. Des figures tracées dans l'argile des cas d'énucléation et de *trépan*. Des bocaux parfaitement clos contiennent des plantes médicinales desséchées qui sont en tout semblables à celles vendues par nos herboristes. Si la chirurgie est fort obligée à la mécanique, la médecine, l'hygiène et l'alimentation doivent plus encore à la chimie. On s'en rend compte en examinant la quantité et la nature des produits exposés. Partout se retrouve la trace des préoccupations scientifiques de la pharmacie, soit qu'il s'agisse de l'alimentation de l'enfant, soit qu'il s'agisse de résoudre quelque problème intéressant la cure des convalescents ou l'obtention de denrées parfaitement saines.

La situation sanitaire au Congo.

Le Congrès d'hygiène et de climatologie médicale, qui a eu lieu ces jours-ci à Bruxelles, a entendu une intéressante communication sur la situation sanitaire du Congo. C'est le résultat d'une enquête ouverte à la requête de la *Société Royale de*

© BIU Santé

Médecine de Belgique et confiée à une commission de six membres, spécialistes de haute compétence, qui ont consacré deux ans à ce travail, dont le rapport n'est point encore publié, mais dont les conclusions ont été oralement développées. Il en résulte que les régions considérées comme les plus meurtrières ne présentent pas tous les dangers que l'on croit et qu'avec un régime hygiénique strictement appliqué, il est possible d'atténuer les effets de l'insalubrité. Au Bas-Congo, où l'on mourait jadis dans des proportions effrayantes, les décès diminuent d'année en année, grâce à l'amélioration des conditions alimentaires. Certains agents de l'Etat ou des sociétés commerciales y ont séjourné jusqu'à douze années à peu près impunément. Il en est de même dans les régions du haut fleuve. On ne pense pas cependant que le Congo puisse être autre chose qu'une simple colonie d'exploitation et non de peuplement, à l'exception de quelques plateaux très salubres. On croit que le séjour doit être interrompu par des retours au pays et des cures d'altitude. Dans le Congo français, la proportion de la mortalité diminue également, et M. Kermorgant, délégué du ministère des colonies de France, donne sur la situation des détails typiques. Il pense, lui aussi, qu'au moins tous les deux ans les colons doivent rentrer en Europe pour se débarrasser des fièvres paludéennes et autres principes morbides dont ils sont infestés : hématurie, insolation, albuminurie, fièvre typho-malarienne, polynévrite.

La plupart des maladies résultent d'un mauvais régime, d'excès ou d'alimentation défectueuse. Le béribéri, par exemple, est une maladie de misère. Le bon régime et le changement d'air suffisent ordinairement pour amener la guérison.

Les maladies épidémiques et le secret professionnel médical.

D'après l'article 378 du Code pénal, les médecins chirurgiens *et autres personnes*, dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, ne peuvent révéler ces secrets sous peine d'un emprisonnement ou d'une amende.

Dans l'intérêt de l'hygiène publique, la loi du 30 novembre 1892 a relevé le médecin du secret professionnel, en l'obligeant même à dénoncer à l'autorité les maladies contagieuses, au nombre desquelles un règlement a classé la diphtérie, qui seraient constatées par lui dans l'exercice de sa profession ; mais elle lui a imposé certaines précautions à prendre pour l'envoi — au maire et au sous-préfet représentant l'autorité — de ces renseignements. C'est ainsi notamment que la désignation de la maladie ne doit être indiquée que par un numéro.

En octobre 1895, un médecin d'Arpajon, pour se conformer à la loi du 30 novembre 1892, adressa au maire de cette ville cinq bulletins indiquant, par leur numéro, qu'il avait constaté cinq cas de diphtérie sur différents enfants de sa clientèle. Quelques jours après, un conseiller municipal, sous le prétexte de savoir si la loi était exécutée et si, comme on le disait dans la ville, il y avait des cas de croup constatés, demanda au secrétaire de la mairie communication du bulletin envoyé par le médecin au maire, « voulant, ajoutait-il, l'interpeller à une prochaine séance ». La communication eut lieu en dehors du maire ; le conseiller municipal en profita pour critiquer le diagnostic du médecin qui avait adressé les cinq bulletins. Alors, sur la plainte de ce médecin, le secrétaire de la mairie fut poursuivi devant le tribunal correctionnel de Corbeil, sous la prévention de révélation des secrets dont il était dépositaire par état ou profession. Devant ce tribunal on soutint, dans l'intérêt du prévenu, qu'il n'était qu'employé sous les ordres du maire, qu'il n'était tenu à aucun secret, n'étant pas lié par un serment ; que les déclarations du médecin n'étaient pas secrètes, puisque, par la loi du 30 novembre 1892, il était relevé du secret professionnel. Le tribunal de Corbeil admit cette théorie et acquitta. Sur l'appel du procureur de la République, l'affaire vint devant la cour de Paris, où l'on fit valoir, en outre, pour la défense du secrétaire, que le secrétaire de la mairie ne pouvait refuser les documents, dont il s'agit, à un conseiller municipal qui désirait interpeller le maire sur la question de savoir s'il y avait lieu de prendre des mesures de salubrité. La cour de Paris, sans rechercher si le secrétaire de la mairie était tenu de garder le secret et si les déclarations des médecins faites en exécution de la loi devaient être tenues secrètes, admit ce dernier système et décida que cet employé auxilliaire du maire avait pu faire communication des bulletins à un conseiller municipal, en vue de l'interpellation qu'il avait annoncée.

Mais, le procureur général de la cour de Paris, s'étant pourvu contre cet arrêté devant la Cour de Cassation, celle-ci jugea que le secrétaire de la mairie, confident du maire, intermédiaire forcé entre le public et le maire, était dépositaire du secret par état ou profession, que le caractère secret des déclarations épidémiques n'était pas douteux ; que par la loi du 30 novembre 1892, le secret du médecin avait été levé exceptionnellement dans l'intérêt supérieur de la santé publique ; mais que le texte et l'esprit de la loi concouraient à démontrer que le secret révélé par le médecin aux autorités dans des conditions déterminées reste un secret dont la divulgation à d'autres qu'à ces autorités est interdite. Elle cassa donc l'arrêt de la cour de Paris et renvoya devant la cour de Rouen. La cour de Rouen s'est rangée à l'opinion de la Cour de Cassation.

Le record du tatouage.

A la Société d'anatomie et physiologie de Bordeaux, on a signalé un cas de tatouage des plus curieux constaté à l'hôpital militaire de Bordeaux. Le sujet dont il s'agit a tout le corps « illustré » de dessins très artistement exécutés d'après des gravures. C'est ainsi que sur le devant du corps apparaissent un enfant, une femme assise devant une table, un poignard tenu par une main de femme. Ce dernier dessin est même le chef-d'œuvre du tatouage, un tatouage rare, un tatouage multicolore. Le poignard semble enfoncé dans la peau qui, à cet endroit, est tatouée en rouge pour simuler les gouttelettes de sang. Au-dessous se trouve un bouquet en bleu et en rouge ! L'homme tatoué de Bordeaux est d'ailleurs un patriote, et il fut tellement indigné par la trahison du capitaine Dreyfus qu'il n'eut pas de repos avant de s'être fait tatouer dans le dos « le châtiment du traître Dreyfus ». C'est la reproduction merveilleusement exacte d'une gravure publiée dans le *Journal illustré*. Ajoutons que le recordman du tatouage a sur les bras des têtes de femmes, des bouquets de cerises, une tête de zouave, une tête de mort, un bouquet de roses, une tête de lion, un portrait de d'Artagnan, un serpent enroulé, etc., etc.

L'éducation physique des aveugles.

Il existe à Londres, en plus des hospices et des maisons spéciales d'éducation, que l'on retrouve partout aujourd'hui sur le continent, une société sans attaches officielles, sans haut patronage, sans subvention d'aucune sorte, et qui s'est donné pour tâche de fournir aux malheureux atteints de cécité tout ce qu'ils ne reçoivent pas de l'assistance publique ou des zélés volontaires de la charité organisée. Tandis que l'Etat, les municipalités et les paroisses s'occupent d'assurer à ces infirmes une profession qui les rende indépendants de l'hospitalisation, la *Société de visites aux aveugles indigents* se rend compte que tout n'est pas dit lorsque ces infirmes ont du pain ou un sûr moyen de gagner le pain quotidien. Cette association alors se charge de leur apporter le reste, — c'est-à-dire tout.

Les Médecins et les Hommes de Lettres.

On sait qu'Alphonse Karr fut marié et qu'il eut une fille, Mlle Thérèse. Mais le bébé n'avait pas un an qu'Alphonse Karr l'avait déjà oubliée, ainsi que sa mère, pour d'autres amours. Les hommes de lettres n'en font jamais d'autres. — Lorsque Thérèse eut 18 ans, le célèbre ophtalmologiste Desmarres essaya un rapprochement ; il n'y réussit pas, malgré l'intervention du domicile d'un autre confrère, dont le nom n'est pas connu. Pourquoi aussi Desmarres avait-il eu l'idée de se mêler d'une affaire, qui pouvait s'accomplir... à l'œil ? M. B.

Le Record de la Barbe.

La ville de Vandenesse, dans la Nièvre, se fait gloire de détenir le « record de la barbe ». Elle le doit à un ouvrier métallurgiste, né à Vandenesse, le 15 mai 1826, ainsi que l'apprend le *Journal de la Nièvre*. Déjà barbu à l'âge de douze ans, deux ans après le « recordman » nivernais avait une barbe de 15 centimètres de longueur. Les années ont passé, la belle barbe poussait toujours ; presque blanche actuellement, elle mesure, paraît-il, 3 m. 32 de longueur : trois mètres trente-deux centimètres ! Lorsqu'il marche, le titulaire rejette, comme une vague, sa barbe sur son bras, en une double et soyeuse volute : ainsi faisaient, avec leurs toges, les sénateurs romains, *patres conscripti !* En hiver, il l'enroule autour de son cou, et c'est un boa, un tour-de-cou, exceptionnel, qui fait rêver les dames. La taille de ce Nivernais pileux n'étant que de 1 m. 60, il en résulte que sa barbe atteint plus du double de sa taille.

LE COMMERCE DES SOURIS DE LABORATOIRE. — Il existe un éleveur de *souris*, qui, par traité, doit en fournir à l'Ecole de Médecine des quantités variables, mais au prix uniforme de 50 centimes. — C'est le prix, d'ailleurs, que paie aussi l'Institut Pasteur à une demoiselle B..., qui fait le commerce des souris et des cobayes, tout comme un autre vendrait des chapeaux.

© BIU Santé

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER

HYGIÉNIQUES & MÉDICAMENTEUX

Savon doux ou pur, **S.** hygiénique, **S.** surgras au Beurre de Cacao, **S.** à la glycérine (*pour le visage, la poitrine, le cou*, etc.). — **Savon** Panama, **S.** Panama et goudron. **S.** Naphtol, **S.** Naphtol soufre, **S.** Goudron et Naphtol (*pour les soins de la chevelure, de la barbe, pellicules, séborrhée, alopécie, maladies cutanées*). — **Savon** Sublimé, **S.** Phéniqué, **S.** Borique. **S.** Créosoté, **S.** Eucalyptus, **S.** Eucalyptol, **S.** Résorcine, **S.** Salicylé, **S.** Salol, **S.** au Solvéol, **S.** Sulfate de cuivre, **S.** Thymol (*accouchements, anthrax, rougeole, scarlatine, variole*, etc.). — **Savon** à l'Ichthyol, **S.** Panama et Ichthyol, **S.** Sulfureux, **S.** à l'huile de Cade, **S.** Goudron, **S.** Boraté, **S.** Pétrole, **S.** Goudron boriqué. — **Savon** iodé à 5 0/0 d'iode. — **Savon** mercuriel à 33 0/0 de mercure.

SAVON DENTIFRICE VIGIER

Le Meilleur Antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives, des muqueuses et pour éviter les accidents buccaux chez les syphilitiques.

Prix de la Boîte porcelaine 3 francs.

PARIS — Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle — PARIS

KÉPHIR SALMON

LAIT DIASTASÉ

Acide lactique, Acide carbonique, Diastase et Peptones

ALIMENTATION DES DYSPEPTIQUES ET DES TUBERCULEUX

KÉPHIR N° I. Laxatif. N° II. Alimentaire. — N° III. Constipant

PULVO-KÉPHIR

Pour préparer soi-même le Képhir lait diastasé

Le *PULVO-KÉPHIR* a été fait pour permettre aux personnes éloignées de Paris de préparer elles-mêmes le Képhir.

PRIX DE LA BOITE DE 10 DOSES 3 FRANCS

Société d'alimentation lactée, 28, rue de Trévise. — Fournisseur des Hôpitaux.

VICHY

SOURCES DE L'ETAT

CÉLESTINS, GRANDE-GRILLE, HOPITAL

PASTILLES VICHY-ETAT

SELS VICHY-ETAT

COMPRIMÉS DE VICHY

PARIS, 24, BOULEVARD DES CAPUCINES, PARIS

LAURENOL

ANTISEPTIQUE

Désinfectant — Inodore

SANS MERCURE

Échantillon et notice franco sur demande

Écrire : LAURENOL, 8, rue Hérold, PARIS

LAURENOL

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

POUR LE TRAITEMENT ET L'ÉDUCATION

DES ENFANTS NERVEUX ET ARRIÉRÉS

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BOURNEVILLE

Médecin de la section des enfants arriérés et nerveux de Bicêtre

à Vitry, près Paris, 22, rue Saint-Aubin

L'Institut médico-pédagogique est destiné

1° Aux enfants présentant de l'*instabilité mentale* et sujets à des *impulsions maladives* qui les empêchent, quoique possédant un certain développement de l'intelligence, de se soumettre à la règle des lycées ou des pensions, et qui ont par conséquent besoin à la fois d'une *méthode d'éducation spéciale*, et d'une *discipline part entière*;

2° Aux *enfants arriérés, faibles d'esprit* à tous les degrés;

3° Enfin aux *enfants atteints d'affections nerveuses* compliquées ou non d'accidents convulsifs.

Les enfants de ces diverses catégories forment des groupes tout à fait distincts.

L'établissement, où se trouvent réunis tous les moyens d'instruction et d'éducation employés dans le service de Bicêtre, est placé au milieu d'un parc superbe, sur le versant d'une colline, et dans les meilleures conditions d'hygiène. Les enfants y sont l'objet de soins spéciaux appropriés à leur situation intellectuelle et physique.

Moyens de communication : Tramways du Châtelet à Vitry et à Choisy-le-Roi. — Voitures de place

S'adresser pour renseignements à M. le Dr BOURNEVILLE, 14, *rue des Carmes, à Paris, le mercredi et le vendredi, de 1 heure à 2 heures, ou par lettre*

Dans les **CONGESTIONS**
et les **Troubles fonctionnels du FOIE,**
la **DYSPEPSIE ATONIQUE,**
les **FIÈVRES INTERMITTENTES,**
les **Cachexies** *d'origine paludéenne*
et consécutives au long séjour dans les pays chauds

On prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ELIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : **VERNE**, Professeur à l'École de Médecine
GRENOBLE (France)

Et dans les principales Pharmacies de France & de l'Étranger

© BIU Santé

QUESTIONS DU JOUR

Le traitement médico-pédagogique de l'idiotie (1)

M. Bourneville publie, de temps en temps, une note sur cette question que, par son énergie et ses beaux travaux, il a faite sienne. De ces notes, la plus récente mérite surtout l'attention des praticiens. On en peut lire le texte dans la revue spéciale qu'un confrère des plus estimés, M. le Dr Comby, consacre depuis un mois à la médecine infantile (2).

En fait, M. Bourneville y donne un aperçu des procédés en usage à l'hôpital de Bicêtre pour l'éducation physique et intellectuelle de la section des enfants arriérés. Avec une discrétion qui s'explique, mais qu'on ne doit pas imiter, notre honorable confrère et ami y consacre seulement quelques lignes aux méthodes, semblables d'ailleurs, qui sont employées dans un autre établissement : l'*Institut médico-pédagogique de Vitry*, dont il est aussi le fondateur et le directeur expérimenté.

Cet Institut, consacré au traitement des enfants idiots, arriérés ou nerveux, appartenant aux classes aisées, est une œuvre scientifique et humanitaire comme toutes celles auxquelles notre sympathique confrère aime à attacher son nom. De plus, c'est une œuvre originale, je tiens à le faire remarquer. On la doit à l'initiative privée d'un groupe de nombreux médecins parisiens, tous également dévoués aux mêmes idées humanitaires. Cette circonstance n'est point, on l'avouera, ordinaire dans un temps et un pays où, même en pratique médicale, on attend presque tout de la providence officielle.

Enfin, circonstance à retenir, cet Institut a été créé dans des conditions exceptionnelles d'installation, de confort et de salubrité. Dans un site séduisant, il reproduit l'hospitalisation de Bicêtre en la perfectionnant, et surtout en évitant de copier, inutile de le dire, ses tristesses et ses inconvénients. C'est donc un établissement de thérapeutique médicale, unique encore en France. Les praticiens avides de s'instruire le visiteront, je n'en doute point, avec tout l'intérêt que j'ai mis à le parcourir. C'est une exploration instructive qui permet de se rendre un compte exact des procédés, des succès et de l'avenir pratique du traitement médico-pédagogique rationnellement et scientifiquement appliqué.

Les procédés ont été empruntés partout et à tous, aux méthodes scolaires les plus classiques et aux écoles spéciales, à Ed. Séguin et à d'autres, Itard, Belhomme (1824), Ferrus, Ferret (1831), Félix Voisin, etc., etc. Selon une remarque exacte et sincère, ils sont légitimés par cette définition très clinique que l'idiotie « consiste dans un arrêt de développement con- « génital ou acquis des facultés intellectuelles, morales et « affectives, accompagné ou non de troubles moteurs et de « perversion des instincts. » (Bourneville.)

Psychologue, physiologiste et clinicien tout à la fois, le thérapeutiste avisé devra rechercher « ce qui est, ce qui subsiste chez ces enfants ». Il utilisera ces ressources même minimes pour le développement de ce qui est à l'état latent « afin de gagner le plus possible ». Voilà, pour ainsi parler, l'économie du traitement médico-pédagogique et la raison de son principe fondamental qui est d'occuper le malade à tous les instants, depuis le lever jusqu'au coucher, et de varier les exercices physiques, hygiéniques, intellectuels, en prévenant l'oisiveté mais en évitant la fatigue. Questions de tact, de discernement, de bon sens clinique ! C'est vrai : voilà des mérites qui ne sont pas ordinaires et que l'on est en droit de réclamer d'un thérapeute dévoué à la cure de cette affection.

A quel âge commence le traitement ? *Précocement, dès l'apparition des premiers signes de l'idiotie.* Cela va de soi. Itard et Voisin l'avaient bien compris, celui-ci surtout, quand en 1834 il institua, fondation éphémère d'ailleurs, son établissement orthophrénique.

Un jeune enfant idiot, — on dit arriéré dans la clientèle par un euphémisme destiné à ménager la susceptibilité des familles, — ignore plus ou moins la marche, l'usage de ses mains et des organes des sens. Il parle mal ou ne parle point ; il ne sait point manger ; il est gâteux... D'où l'indication initiale et formelle de débuter par l'éducation des sens. Voilà pour ainsi dire la *partie médicale* du traitement. Puis, ou simultanément, ou plus tard, il faut intervenir pour l'éducation de l'intelligence. C'est la *partie pédagogique* du traitement, d'où la dénomination justifiée *médico-pédagogique*, il y aurait naïveté à insister sur ce point, que l'on a donnée à cette médication.

Les procédés dont on dispose sont maintenant variés. On commence à éprouver de l'embarras dans leur choix. Beaucoup échappent à la description et la place ferait défaut pour les énumérer tous ici.

Débute-t-on par l'*éducation de la vue et de l'odorat ?* Cette tâche est relativement plus aisée quand on dispose de vastes jardins, peuplés de fleurs vivement colorées et diversement odorantes, comme à l'hospice de Bicêtre et surtout à l'Institut médical de Vitry, où l'idiot apprend à voir, sentir, toucher et même dénommer les végétaux dans des promenades répétées, sous la conduite d'un infirmier ou d'un maître.

Même progression, cela s'entend, dans les procédés d'*éducation de la marche* et du *sens musculaire* (mouvements méthodiques de flexion et d'extension : massage, balançoire-tremplin en usage à l'hospice de Bicêtre, exercices de station debout au commandement, exercice de l'escalier ; pour les impotents : progression, avec l'aide d'une infirmière, du chariot, des barres parallèles). Pour l'*éducation de la main* et de l'*opposition du pouce* : les échelles de Pichery, les ressorts, les bâtonnets, les boules, les planchettes, etc., etc., destinés à augmenter le sens et la puissance musculaire en précision. Pour l'*éducation du toucher* : épreuves thermiques, des étoffes, des surfaces raboteuses ; puis enseignement de mouvements usuels : boutonner, lacer, nouer, exercices de l'alène, de l'aiguille, etc., etc.

De plus, objectif plus général, on réussit ainsi à *éveiller l'attention*, à développer l'*instinct de la conservation* : deux facultés dont l'absence constitue un caractère clinique de l'idiotie (Sollier). Par ces tentatives persévérantes, on arrive ainsi — *de minimis curat medicus* — à enseigner l'usage du couteau, de la fourchette, de la cuillère et les notions de la propreté.

J'abrège encore plus la partie pédagogique du traitement. Les procédés s'inspirent de ceux de l'enseignement mutuel et collectif. On fait encore appel à l'attention individuelle ; on s'adresse aussi à l'imitation. Cet enseignement ne saurait, pour ce motif, donner dans la famille un profit équivalent à celui qu'il procure dans les Ecoles de Bicêtre et, mieux encore, dans les classes d'un Institut, sous l'œil du médecin et la direction de maîtres expérimentés.

A Vitry, comme à Bicêtre, on commence par donner la *notion des lettres* (lecture collective ou individuelle sur des syllabaires en relief, colorés et variés). On prodigue surtout des *leçons de choses* (reconnaissances d'étoffes, des surfaces géométriques, des corps solides, des couleurs). On fait acquérir la *notion du poids* ; celles de l'*espace* (plans géographiques en relief), du *temps* (chronologie). On fixe l'attention par la présentation de végétaux et d'animaux variés, par des visites dans les étables, les écuries, à des volières, par des promenades quotidiennes dans le potager, le fleuriste, le fruitier, le parc, les jardins botaniques, etc., etc. L'enfant arriéré voit et touche ; il assiste à des opérations agricoles et horticoles ; ces multiples exercices sont gradués en durée et en nombre avec le degré d'attention et d'application au travail dont chaque enfant est capable.

Cet *entraînement intellectuel* se combine, bien entendu, avec l'*entraînement physique* (gymnastique, escrime, danse, exercices militaires), et, inutile de l'ajouter, avec l'emploi de *médications physiologiques* en rapport avec la forme de l'idiotie, l'état général, la prédominance de certaines manifestations (balnéation, hydrothérapie générale ou locale, toniques, séjour au grand air, etc., etc.). Ces médications sont classiques.

Pour être complet, je devrais encore signaler l'*enseignement professionnel* des enfants idiots. A quoi bon ! Il a fait assez ses preuves dans les ateliers de Bicêtre.

A ce point de vue, comme aux autres, la cause du traitement médico-pédagogique est bien gagnée. Aussi, après avoir visité les installations de l'Institut médico-pédagogique de Vitry, et constaté à Bicêtre les bénéfices d'une expérience de treize années, on est en droit, sans faire profession d'un imprudent engouement, d'affirmer, avec M. Bourneville et ses élèves, « la possibilité d'améliorer d'une façon évidente la plus grande « proportion des enfants idiots et d'en relever l'état intellec- « tuel à un degré suffisant pour les rendre aptes à vivre en « société, à la condition, toutefois, de les traiter de bonne « heure ». Voilà, certes, motif d'encouragement et de satisfaction pour le praticien qui voudra réfléchir à ces résultats aujourd'hui réalisés et qui naguère passaient pour inespérés.

Ch. ELOY.

(1) Extrait du *Journal des Praticiens* du 14 février.
(2) *Médecine infantile*, janvier 1894, p. 18.

© BIU Santé

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Le nouvel injecteur vaginal la « Vonda » de M. A. B. Cruickshank.

Le nouvel injecteur de M. Cruickshank, appelé la « *Vonda* », est un injecteur, à douche et à aspiration alternatives, dont la poire est divisée en deux compartiments et la canule possède deux passages (*Fig.* 11). Cette ingénieuse disposition lui permet à la fois l'injection et l'aspiration, de sorte qu'alternativement l'eau est injectée dans le vagin et en est retirée par l'aspiration ; ce double mouvement se continue aussi longtemps qu'on le désire, sans retirer la canule du vagin. Elle est un parfait détersif : l'aspiration — quoique douce — retirant toutes les matières étrangères du vagin et du col de l'utérus, résultat impossible à obtenir avec tout autre injecteur. Elle

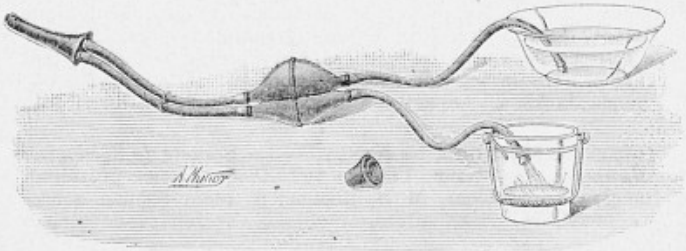


Fig. 11. — Injecteur vaginal de Cruickshank.

distend également et suffisament les plis de cet organe, de manière à permettre à l'eau d'en atteindre toutes les parties, qui ainsi se trouvent forcément bien nettoyées. Jamais la même eau n'est utilisée deux fois. Comme l'extrémité élargie de la canule obstrue complètement l'orifice du vagin, une injection astringente ou caustique peut être maintenue en contact avec les parois de cet organe aussi longtemps qu'on le désire, et cette extrémité élargie protège aussi la vulve et les parties sensibles, de sorte qu'on peut employer l'injection beaucoup plus chaude qu'avec un injecteur ordinaire. La « *Vonda* » peut être employée, même étant au lit, sans répandre une goutte d'eau sur les draps. C'est en somme un injecteur à double effet, très intelligemment compris, et qui a déjà reçu le meilleur accueil dans nombre de journaux de médecine.

FORMULES

IX. — Pommade contre le psoriasis. (M. Richter.)

Ichtyol		
Acide salicylique	âà	3 grammes.
Acide pyrogallique		
Huile d'olive		
Lanoline	âà	10 —

Mêlez. — Usage externe.

X. — Cachets pour l'antisepsie intestinale. (M. W.-H. Thomson).

Phénate de bismuth		8 grammes.
Benzoate de soude		
Sous-carbonate de bismuth	âà	4 —

Mêlez et divisez en vingt-quatre cachets. — A prendre : deux cachets une heure après chacun des principaux repas.

XI. — Solution contre le prurit de l'ictère. (MM. C. Bozzolo et E. Mangianti).

Menthol		2 grammes.
Alcool		
Ether	âà	20 —

F. S. A. — Usage externe.

Faire avec ce liquide des pulvérisations sur les régions qui sont le siège des démangeaisons. (*Sem. méd.*).

XII. — Chute des cheveux.

Lotions :

1° Teinture de quinquina rouge		30 grammes.
Teinture de cantharide		2 —
Acide phénique		2 —
Teinture de strychnos		0 gr. 50 centigr.
Eau de Cologne		
Huile de coco	âà	Q. S. p. 120 gr.

Faire une ou deux applications par jour.

2° Teinture de cantharide		0 gr. 35 centigr.
Essence de romarin		
Essence de lavande	âà	X gouttes.
Eau de Cologne		100 grammes.
Huile de sabine		1 —
Esprit-de-vin		25 à 30 —

Pommades.

1° Vaseline liquide		14 grammes.
Pilocarpine		0 gr. 07 centigr.
2° Sulfate de quinine		1 gramme.
Acide acétique		
Acide phénique	âà	0 gr. 35 centigr.
Mixture oléobalsamique		15 grammes.
Glycérine		2 —
Huile de ricin		7 —

(*Formulaire de la clinique de Vienne*).

XIII. — Un traitement de la coqueluche.

Un médecin, qui s'est occupé de cette maladie, M. le Dr Leuriaux, a adressé à l'Académie de Médecine une étude sur le traitement de la coqueluche, qui, selon lui, doit être purement *local* et antiparasitaire. Suivant ce clinicien, il doit consister exclusivement en insufflations intra-nasales (région naso-pharyngienne) d'une poudre composée de sulfate de quinine, de résorcine et de sucre, qu'on prescrit de la façon suivante :

Sulfate de quinine	4 grammes.
Résorcine	1 —
Sucre blanc pulvérisé et desséché	25 —

Cette poudre doit être impalpable et conservée à l'abri de l'air; car elle s'altère rapidement. Ces insufflations, que l'on renouvelle cinq ou six fois par jour, doivent être faites *avec prudence* et préférablement *après une quinte*. L'auteur insiste sur ces points : *avec prudence*, parce que, dit-il, « une insufflation de force » détermine un accès de toux et le rejet immédiat de la poudre insufflée; *après une quinte*, parce qu'alors les fosses nasales sont libres et les surfaces débarrassées de leurs produits de sécrétion. Ce traitement est non seulement curatif mais préventif.

XIV. — L'emploi du soufre en chirurgie.

La *Therapeutic Gazette* résume quelques recherches récentes faites sur l'emploi du soufre en poudre dans le traitement des plaies. Appliqué à la surface de celles-ci, le soufre donne naissance à différents produits, comme l'acide sulfureux, l'acide sulfurique et l'hydrogène sulfuré. Ce sont ces produits secondaires qui agissent sur l'évolution de la plaie, étant tous germicides, en proportions variées, étant aussi caustiques à des degrés différents. Ils se développent assez rapidement; au bout de quelques heures seulement, on perçoit une odeur d'hydrogène sulfuré et d'acide sulfureux et, si on emploie des pansements au sublimé, l'acide sulfureux teint bientôt les linges en noir. L'acide sulfurique se manifeste par la cautérisation, qui est souvent douloureuse, et qu'on peut mitiger par l'addition d'un peu de glycérine. On applique le soufre en en frottant une petite quantité — en poudre fine — à la surface de la plaie qu'on recouvre ensuite d'un pansement antiseptique; et on recommencera deux ou trois fois, à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle ou même plus, selon la façon dont se fait la réaction. Des plaies qui ne semblaient pas vouloir guérir, et qui, avec d'autres traitements, ne se modifiaient absolument pas, ont été rapidement guéries par l'emploi du soufre. (*Revue Scient.*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 1er août au samedi 7 août 1897, les naissances ont été au nombre de 1.166, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 433, illégitimes, 172. Total, 605. — *Sexe féminin* : légitimes, 394, illégitimes, 167. Total, 561.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er août au samedi 7 août 1897, les décès ont été au nombre de 859, savoir : 461 hommes et 398 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 7, T. 10. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 3, T. 6. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 3, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 1, T. 3 Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 100, F. 58, T. 158. — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 10, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 22, T. 40. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 11, F. 32, T. 43. — Méningite simple : M. 6, F. 13, T. 19. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 17, F. 9, T. 26.

© BIU Santé

— Paralysie, M. 1, F 6. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F 3, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 25, T. 46 — Bronchite aiguë : M. 9, F. 2 T. 11. — Bronchite chronique : M. 8, F. 8, T 16 — Broncho-pneumonie : M 6. F. 5 T. 11. — Pneumonie : M. 13. F. 7, T. 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 17, F. 10, T. 27 — Gastro-entérite, biberon : M. 70. F. 56 T. 126. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 5 T. 13. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 12, F. 7, T. 19. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 1 T. 6 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 13, F. 5, T. 18 — Sénilité : M. 5, F. 13, T. 18 — Suicides : M. 17, F. 5, T. 22. — Autres morts violentes : M. 11, F 3, T. 14 — Autres causes de mort : M. 66, F. 69, T. 135. — Causes restées inconnues : M. 4, F 1, T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 92, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 41, illégitimes, 19 Total : 60. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 10 Total : 32.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Legs Hirtz.* — Le Secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, le legs fait à son profit par M. Hirtz (Marc-Ernest), en vertu de son testament olographe du 19 juin 1891, et consistant en un buste de plâtre, œuvre du sculpteur E. Barrias, représentant son père, M. le Pr Mathieu Hirtz, décédé, membre de la dite Académie.

FACULTÉ DES SCIENCES. — Voici la liste des candidats reçus à l'*agrégation des sciences physiques* : MM. 1. Langevin, élève de l'École normale supérieure ; 2 et 3 *ex æquo*. Bassac, boursier d'agrégation de la Faculté de Marseille ; Bénard, élève sortant de l'École normale ; 4. Revory, répétiteur général au lycée Louis-le-Grand ; 5. Petit, boursier de la fondation Thiers ; 6. Joly, boursier d'agrégation de la Faculté de Paris ; 7. Fournier, préparateur à la Faculté des Sciences de Toulouse.

COLLÈGE DE FRANCE. — Par décret, le Ministre de l'Instruction publique vient de créer au Collège de France un *laboratoire de médecine expérimentale* rattaché à l'École des Hautes-Études. M. le Dr CHARRIN, assistant du Pr d'Arsonval, médecin des hôpitaux et professeur agrégé, est nommé directeur de ce laboratoire.

UNIVERSITÉ DE BRUXELLES. — M. le Dr LEFEBVRE, professeur à l'Université de Bruxelles, dont la santé avait inspiré des inquiétudes, est entré en convalescence.

INSTITUT BACTÉRIOLOGIQUE A MONS (BELGIQUE). — M. le Dr Descamps, de Mons, vient de déposer une proposition au Conseil provincial, tendant à la création d'un Institut bactériologique provincial. Sur le rapport de M Raoul Warocqué, le promoteur de l'Institut bactériologique de Bruxelles, le Conseil provincial a voté la proposition presque à l'unanimité. Une somme de 6.500 fr. sera inscrite au budget de la province. Signalons, à ce propos, que M. le Dr Descamps a reçu, d'une personne inconnue, la somme de 10.000 fr. pour les premiers frais d'installation.

INSTITUTIONS DE BIENFAISANCE DE MOSCOU. — La colonie française de Moscou présentera à M. Félix Faure, lors de son prochain voyage, une adresse et un album renfermant des vues de Moscou et des photographies des instituts de bienfaisance français fondés à Moscou depuis 1789.

INSTITUT D'ANATOMIE WAROCQUE. — Dans la séance du 2 août 1897 du Conseil municipal de Bruxelles, le Conseil a discuté une proposition d'allouer un crédit extraordinaire de 80.000 fr. à l'Institut d'anatomie Warocqué. M. Claes a fait ses réserves. M. Wauwermans a estimé que l'Institut Solvay est excessivement onéreux pour la ville. M. Vandendorpe votera le crédit. M. de Potter, échevin, a démontré que si les travaux primitifs ont été mal conduits, la faute n'en est pas au collège actuel.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE EN 1898. — Le neuvième Congrès international d'hygiène et de démographie se tiendra à Madrid du 10 au 17 avril 1898.

CONGRÈS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Le Congrès des Accidents du travail et de l'Assurance sociale a décidé, samedi dernier, à Bruxelles, que sa cinquième session se tiendrait à Paris en 1900, la sixième à Dusseldorf en 1903.

CONGRÈS OLYMPIQUE AU HAVRE. — *Vœux.* — Ce Congrès a émis les quatre vœux suivants : Sur l'initiative du Dr Tissié : « Que chaque élève possède une fiche spéciale, sur laquelle mention sera faite de son développement physique. Copie de cette fiche sera adressée à ses parents tous les semestres ». Sur l'initiative de MM. Jean Philippe, chef des travaux du laboratoire psychophysiologique à la Sorbonne, et Godard, ex-directeur de l'École Monge : « Que l'enseignement de l'hygiène, de l'éducation physique et des sports atlétiques soit introduit dans les trois ordres d'enseignement ». Sur l'initiative de MM. Berg-Pétré, professeur suédois de gymnastique, et Dumonthier, délégué des professeurs de Paris : « Qu'il soit créé un service d'hydrothérapie dans tout établissement scolaire ». Sur l'initiative de M. Lhermitte, délégué des professeurs de gymnastique de France : « Qu'il soit créé un diplôme supérieur de gymnastique comportant un examen écrit, oral et pratique ».

CONGRÈS DES MÉDECINS DE COULEUR AUX ÉTATS-UNIS. — A Washington vient de se réunir un congrès dont l'originalité consistait en ce qu'il n'était composé que de médecins de couleur. Le but du congrès était de grouper en une association spéciale les praticiens de race noire, qui sont au nombre de deux mille en Amérique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE PARIS. — M. le Dr OLLIVE, professeur à l'École de Médecine de Nantes, est nommé membre correspondant de la Société de Médecine légale de France.

SOCIÉTÉS SAVANTES. — *Legs.* — Un décret autorise les sociétés suivantes : Société Nationale d'acclimatation, Société Géologique de France, Société Française de photographie, Association Française pour l'avancement des sciences, à accepter la part qui revient à chacune dans le legs de 100.000 francs fait en leur faveur par M. James Jackson, suivant son testament olographe du 17 juin 1890.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — La *Société de Médecine de Nancy* a élu pour l'année 1897-1898, comme président, M. Rémy ; vice-président, M. Spillmann ; et réélu comme secrétaire général, M. Haushalter, et comme secrétaire de séance M. Knœpfler.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont promus dans le corps de santé : médecin en chef, le médecin principal Balbaud ; médecin principal, le médecin de 1re classe Raffaëlli ; médecin de 1re classe, le médecin de 2e classe Viancin.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. Lavergne, docteur en médecine, membre de la Société d'Hydrologie, chargé d'une mission en Russie pour l'étude des eaux curatives, est nommé *Chevalier de la Légion d'honneur.*

Sont nommés *Officiers d'Académie* : M. Bataille, professeur à l'École de Médecine et de Pharmacie de Rouen. M. Beille, agrégé près la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux. M. Belugou, chef de travaux à l'École supérieure de Pharmacie de Montpellier. M. Broussolles, professeur à l'École de Médecine et de Pharmacie de Dijon. M. Bruyaut, suppléant à l'École de Médecine et de Pharmacie de Clermont. M. Carlier, agrégé près la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille. M. Chambrelent, agrégé près la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux : M. Charier, suppléant à l'École de Médecine et de Pharmacie d'Angers. M. Depoully, préparateur à l'École supérieure de Pharmacie de Paris. M. Devaux, suppléant à l'École de Médecine et de Pharmacie de Limoges. M. Devic, agrégé près la Faculté de Médecine et de pharmacie de Lyon. M. Dianoux, professeur à l'École de Médecine de Nantes. M. Galavielle, agrégé près la Faculté de Médecine de Montpellier. M Gerber, suppléant à l'École de Medecine et de Pharmacie de Marseille. M. Guillou, agrégé près la Faculté de Médecine de Nancy. M. Mesnard, agrégé près la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux. M. Morin, suppléant à l'École de Médecine et de Pharmacie de Besançon. M. Mouret, agrégé près la Faculté de Médecine de Montpellier. M. Pollosson, agrégé près la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon. Mlle Roze, sage-femme en chef de la clinique Baudelocque de la Faculté de Médecine de Paris. M. Thomas, professeur à l'École de Médecine et de Pharmacie de Tours. M. Trolard, professeur à l'École de Médecine et de Pharmacie d'Alger. M. Tuffier, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. M. Chavastelon, maître de conférence à la Faculté des Sciences de Grenoble. M. le Dr Laffin, médecin à Sallanches M. Cauro, préparateur à la Faculté des Sciences. M. Krouchkoll, chef de travaux à la Faculté des Sciences. M. Lanceplaine, préparateur à la Faculté des Sciences. M. Chambodut, garçon de laboratoire à la Faculté des Sciences. M. Demoussy, préparateur au Muséum d'histoire naturelle. M. Desclefs, appariteur à la Faculté des Sciences. M. Porlier, garçon de laboratoire au Collège de France.

Est nommé *Officier du Mérite agricole*, M. Longy, docteur-médecin, conseiller général, maire d'Eygurande.

Médaille d'Honneur. — Le Ministre a remis, au nom du Tsar, une médaille d'argent, dont le ruban est composé d'une raie rouge et de deux raies noires, et qui correspond à peu près en Russie aux médailles de sauvetage données en France par le ministère de l'intérieur, à M. le Dr Récamier, qui a été brûlé lors de l'incendie de la rue Jean-Goujon.

RÉCOMPENSES. — Par arrêté du Ministre de l'Intérieur, la médaille d'honneur des épidémies, en or, est décernée au docteur

© BIU Santé

Roux, à l'institut Pasteur, en récompense du dévouement dont il a fait preuve au cours de l'épidémie de diphtérie, qui a sévi dans l'arrondissement de Privas (Ardèche).

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — La *Belgica*, commandant Gerlache, transportant l'expédition du pôle Sud, est partie à 6 h 5 le 16 août d'Anvers. Le but de l'expédition est d'atteindre le pôle Sud et de faire des *recherches scientifiques*.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — Dans l'Allier, M. le Pr Cornil, sénateur, a été élu président, par 15 voix, du Conseil général. — Dans le département de Vaucluse, M. le Dr Lemoyne a été nommé président du Conseil général.

FIÈVRE TYPHOÏDE A TULLE. — A la suite de cas de fièvre typhoïde, qui se sont produits au 80e de ligne à Tulle, deux bataillons de ce régiment campent à deux kilomètres en amont de la ville, sur le terrain du champ de manœuvres. L'épidémie, qui a causé jusqu'ici deux décès, tend à diminuer.

FIÈVRE TYPHOÏDE A MOULINS. — Une maladie épidémique, que l'on a reconnu être la fièvre typhoïde, sévit depuis quelques jours sur le 10e régiment de chasseurs. On ne compte pas moins de 180 malades à l'hôpital, auquel il a fallu faire une annexe en élevant une construction dans le jardin. Il est probable qu'on va faire camper *extra muros* les militaires non atteints. En tout cas, le régiment ne pourra pas se rendre aux manœuvres où il devait aller le 13 du mois courant. On attribue à l'eau de la caserne l'épidémie qui, en peu de jours, a pris une si grave extension.

LA PESTE BOVINE AU TRANSVAAL. - A la réunion du congrès international de la peste bovine, MM. Bordet et Danys, de l'Institut Pasteur, ont triomphé, après des débats qui ont duré plusieurs jours, en ce qui concerne l'application de leur système de sérothérapie contre celui préconisé par Koch.

LA PESTE ET LE CHOLÉRA A BOMBAY. — Les statistiques officielles constatent un état alarmant de la santé publique à Bombay. Le chiffre des décès s'est élevé la semaine dernière à 1.071, soit 65,61 pour 10.000, ou le double de la mortalité ordinaire. Le choléra, qui donne habituellement une moyenne de 2 ou 3 décès hebdomadaires, en a causé 220 la semaine passée; la peste, dont la ténacité est extraordinaire, a causé 18 décès.

LA VISITE DENTAIRE DES ALLUMETTIERS. — Les ouvriers allumettiers de tous les pays sont soumis périodiquement à une visite dentaire. Jusqu'à ce jour, ceux de Pantin acceptaient sans protester cette mesure hygiénique, dont la nécessité est évidente. Il n'en a pas été ainsi ces jours-ci. Lorsque, vers midi, le médecin, qui venait d'examiner une première équipe, pria le surveillant de lui envoyer une équipe suivante, celle-ci déclara qu'elle refusait absolument de se rendre à cette invitation et qu'elle préférait quitter l'atelier que de passer la visite, qui, pour elle, est devenue une « mesure vexatoire ». Le directeur fut informé. Il invita les ouvriers à l'obéissance. Ce fut en vain. Il leur annonça alors qu'il frappait les récalcitrants — une quizaine environ — d'une mise à pied. L'équipe quitta la manufacture et saisit le bureau syndical du différend. Une réunion assez houleuse eut lieu dans la soirée. Mais les excitations de quelques orateurs demeurèrent vaines.

LES ÉPIDÉMIES A L'EXPOSITION DE BRUXELLES. — La chambre de vacation du tribunal de Bruxelles a jugé d'urgence l'action intentée par l'administration de Bruxelles-Exposition contre le journal parisien *le Jour*, à raison d'un article annonçant qu'une *épidémie de variole* régnait parmi les noirs congolais et que les efforts des médecins n'étaient pas parvenus à enrayer le mal.

BUSTE DU Dr NIEPCE A ALLEVARD. — Dimanche, 8 août 1897, à onze heures et demie du matin, a eu lieu dans le parc de l'établissement thermal d'Allevard, l'inauguration du buste élevé par souscriptions à la mémoire du Dr Niepce, ancien médecin-inspecteur des Eaux d'Allevard.

MONUMENT PELLETIER ET CAVENTOU. — Sur l'initiative de M. Pelisse, président de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine et de plusieurs autres, un comité placé sous la présidence d'honneur de M. Chatin, président de l'Académie des sciences, s'est formé pour élever un petit monument à la mémoire de Pelletier et Caventou. Il est composé de MM. Planchon, directeur de l'école de pharmacie de Paris, président; Marty et Moissan, de l'Académie de Médecine, vice-présidents; Béhal, de Mazières, membres, et Bocquillon-Limousin, président honoraire de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, 2 *bis*, rue Blanche, à Paris, trésorier.

LE MONUMENT VAN BENEDEN. — On nous écrit de Malines que l'inauguration du monument élevé en l'honneur de M. Van Beneden, l'illustre et regretté professeur de l'Université de Louvain, a eu lieu dimanche dernier. Le Conseil communal a voté une somme de 5.000 francs pour l'organisation des fêtes qui ont eu lieu à cette occasion.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — *Concours pour les prix à décerner en* 1897 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 13 décembre 1897, 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 pour les prix à décerner en 1897 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 16 décembre 1897, 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.

HOSPICES D'ASNIÈRES. — Est déclaré d'utilité publique le projet d'installation, dans un immeuble acquis à cet effet, de l'hospice dit « asile Aulagnier », à Asnières. En conséquence, le maire d'Asnières est autorisé à acquérir un immeuble d'une contenance d'environ 1.800 mètres, situé au lieu dit des Cabœufs, quai d'Asnières, à Asnières, d'une valeur estimative de 38.000 francs et appartenant à M. Dugué. Il sera pourvu à la dépense au moyen des fonds provenant du legs Aulagnier.

HOSPICE DE FONTENAY-LE-COMTE (Vendée). — Une somme de 50.000 francs, prise sur les recettes du pari mutuel, vient d'être attribuée à l'hospice de Fontenay. Elle sera affectée à l'établissement d'une *salle d'opérations*.

HOSPICES DE NIMES. — *Concours pour des places d'élèves internes à l'Hôpital civil et militaire.* — Il sera ouvert le lundi 25 octobre prochain, devant la Commission administrative des Hospices, assistée de MM. les Médecins et Chirurgiens en chef, un Concours pour des places d'élèves internes. Les candidats devront déposer avant le 15 octobre au Secrétariat des Hospices, rue Ruffi, 11, leur demande accompagnée du bordereau de leurs inscriptions, d'un certificat de bonnes vie et mœurs délivré récemment par le maire de leur résidence et d'un certificat de régularité d'études et de bonne conduite émanant du doyen d'une Faculté ou d'un professeur d'une Ecole publique de médecine, et contenant la mention des notes obtenues aux différents examens. — Ils devront avoir acquis au moins douze inscriptions de doctorat. Les candidats reconnus par la Commission admissibles à concourir en seront individuellement prévenus avant l'époque du concours. Le concours comprendra: 1re épreuve. Composition écrite sur deux questons classiques de pathologie interne et externe. 2e épreuve. Question d'anatomie et de physiologie courante à traiter oralement après dix minutes de réflexion. Les candidats qui auront subi les épreuves avec succès seront classés et désignés suivant leur ordre de classement pour remplir les places vacantes et celles qui le deviendront. Trois places seront disponibles le 1er janvier 1898. Les élèves internes sont logés, chauffés et éclairés par les Hospices; ils reçoivent un traitement de deux cent cinquante francs la première année et trois cents francs la deuxième année et une indemnité mensuelle de nourriture de quatre-vingts francs. Les élèves internes sont chargés à tour de rôle des fonctions de répétiteur du cours d'accouchement. Une indemnité de cent francs par an est allouée à ce répétiteur par le Conseil général du Gard. La durée de l'internat est de deux ans. Les élèves sont tenus à se conformer à toutes les dispositions du règlement sur le service de santé et aux modifications qui pourront y être apportés par la Commission.

HÔPITAUX DE BREST. — M. le Dr Ernest AUBINEAU est nommé chirurgien titulaire de l'hospice civil de Brest.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — M. le Dr LEGRAIN est chargé du service des alcooliques à l'asile de Ville-Evrard.

ASILES DES ALIÉNÉS DE NANTES. — Du rapport de M. le Dr Biaute, directeur de l'asile des aliénés de Nantes, il résulte qu'au 31 décembre 1896 il y avait à Saint-Jacques 690 aliénés, se décomposant ainsi: Pensionnaires hommes 64; femmes 103; indigents hommes, 215; femmes 308; soit une augmentation de 28 sur 1895.

HYGIÈNE DE PARIS. — *Eaux.* — Le *Bulletin municipal officiel* publie un arrêté du préfet de la Seine, décidant qu'en application de la loi du 21 juillet 1897, qui a déclaré d'utilité publique les travaux de captage et d'adduction à Paris des sources dites des vallées du Loing et du Lunain, les territoires du département de

© BIU Santé

la Seine sur lesquels seront exécutés ces travaux, sont ceux des communes de Rungis, Chevilly, l'Hay, Arcueil-Cachan, Gentilly et Bagneux (arrondissement de Sceaux).

FÉCONDITÉ. — *Grossesse triple.* — Un cas de fécondité assez curieux vient d'être constaté par les registres de l'état civil de Limoges. La femme d'un tailleur, dont le magasin porte l'enseigne : « Au père de famille », vient de mettre au monde trois enfants : deux garçons et une fille, tous bien constitués et ne demandant qu'à vivre. Les trois nouveau-nés portent à neuf le nombre des enfants actuellement vivants de notre compatriote.

FÉCONDITÉ EXCEPTIONNELLE.— De Tulle on signale aussi un cas de fécondité très rare qui s'est produit ces jours-ci à Combressol : une dame Saint-Germain a mis au monde quatre enfants du sexe masculin, qui ont vécu trois jours. La santé de la mère est excellente.

UNE CENTENAIRE. — Une centenaire, Mme Justine Cuitot, femme Hermant, née le 6 avril 1796, est morte à Francheville, près Châlons-sur-Marne, le 3 août, dans sa 102e année.

ACCIDENTS DE FULGURATION. — Des orages ont éclaté récemment sur Thring (comté de Hertford) ; deux personnes ont été tuées par la foudre. A Charley, un homme a été tué. A Bury, un jeune homme a été atteint par la foudre et tué ; une personne qui l'accompagnait a été atteinte également et grièvement blessée. La foudre est tombée sur une ferme à Saint-Yves et y a mis le feu. Tout a été brûlé. Les dégats sont évalués à 600 livres sterling. A Liverpool, un homme a été tué. Dans les environs de Morley, la foudre a mis le feu à des meules de paille et a tué un fermier.

MÉDECINE ET LITTÉRATURE.—M. Brieux, l'auteur de l'*Évasion*, vient d'être fait *Chevalier de la Légion d'honneur*. « Le ministère, constatant le succès que cette pièce avait remporté, dit le *Figaro*, ne pouvait que le consacrer par le ruban rouge ». — M. Brieux, d'après lui, est tout blond, tout rose, a de grands cheveux, une grande barbe, tout frisés, et, au milieu de ce blond et de ce rose, deux grand yeux bleus candides et doux ! Aussi est-il très dangereux..... On ne se méfie pas (les médecins entre autres s'y sont laissé prendre) et il « instantanise » sans pitié, pour son théâtre. Mais, comme il a toujours de l'esprit, on lui pardonne : ce que nous aussi, nous avons fait avec plaisir.— Ce qui nous a fait houspiller par plusieurs de nos confrères, entre autres notre excellent ami Prieur, qui aujourd'hui doit être convaincu, comme nous, que l'*Évasion* est bien une bonne pièce !

L'ALCOOLISME AU CONGO. — Le gouvernement de l'État indépendant du Congo est décidé à prendre les mesures les plus sévères contre l'alcoolisme des noirs. Un arrêté du gouverneur général, en date du 8 mars 1897, édicte les pénalités suivantes contre l'ivresse publique : Sera puni d'une servitude pénale de un à sept jours et d'une amende qui ne dépassera pas 200 francs ou d'une de ces peines seulement, quiconque sera trouvé dans un état apparent d'ivresse sur la voie publique ou dans tout autre lieu non clôturé et sur lequel le public peut avoir directement vue. Sera puni d'une des mêmes peines celui qui, par offre, menaces, contre argent ou autrement, aura occasionné sciemment ladite ivresse.

MORT ET VIE. — Nous lisons dans le *Temps* : « Les capsules de fulminate ayant produit une petite détonation, Marie-Louise, *se croyant morte*, s'était évanouie. » — « Se croire morte » nous paraît une trouvaille !

UN MÉDECIN EN DUEL. — A la suite d'une polémique de presse un duel à l'épée a eu lieu au Bahot, entre M. Quettier, docteur en médecine, adjoint de Berck-sur-Mer, et Hocque, directeur du journal *le Phare de Berck*. Les conditions du combat portaient : interdiction des corps-à-corps et de l'usage de la main gauche. Or le procès-verbal relate ainsi les incidents du combat : A la cinquième reprise, M. Quettier ayant, par un mouvement qu'il a déclaré involontaire, écarté l'arme de son adversaire avec la main gauche, M. Hocque à déclaré ne plus vouloir continuer le combat ; puis il a fait connaitre qu'il avait été touché auparavant à la cuisse droite, mais qu'il n'en avait pas fait la déclaration parce qu'il considérait cette blessure comme insignifiante. Sur l'avis des témoins, M. le Dr Bourotte, qui a assisté M. Hocque, a été prié d'examiner la blessure, qu'il a dit être une plaie pénétrante de de deux centimètres de profondeur à la partie supérieure et externe de la cuisse droite, mais n'entrainant pas une infériorité. Après ce constat, et sur l'invitation des témoins de continuer le combat, M. Hocque a de nouveau refusé, étant donné l'emploi de la main gauche. M. le Dr Pierre assistait M. Quettier (*Temps*).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr GROSS, professeur de clinique médicale à l'école d'Alger, correspondant national de l'Académie. Alsacien d'origine, ancien interne des hôpitaux de Paris, M. Gross s'était signalé par une série de travaux qui lui avaient valu les suffrages du monde savant, entre autres une étude importante sur l'acclimatement des Européens sur le sol africain, etc. — M. le Dr ALAMARTINE (du Donjon). — M. le Dr LATAPIE (de Lourdes). — M. le Dr NICAISE (de Nice). — On annonce la mort de l'éminent chimiste M. Victor MEYER. Il parait que ce savant professeur de l'Université d'Heidelberg s'est suicidé. On a trouvé près de son lit une petite fiole contenant de l'acide prussique.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL NECKER. — Service de M. le Pr Le Dentu. Pendant les vacances, M. MAUCLAIRE, chef de clinique, fera à 9 h. 1/2 à l'amphithéâtre, le mardi, une leçon de pathologie externe ; le vendredi, une leçon de diagnostic chirurgical.

Anémie, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale : *Biosine Le Perdriel.*

Ovules Passemard-Vigier à la glycérine et à tous médicaments. *Crayons intra-utérins*, *Bougies uréthrales*, *Suppositoires*, *Balles rectales.*

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. LAMIRAULT et Cie, 61, rue de Rennes.

La 566e livraison de la GRANDE ENCYCLOPÉDIE vient de paraître. Elle contient la première partie d'une importante étude de MM. Moutou et Zaborowski sur la *Métallurgie* ; ainsi que l'article *Métal* (Chimie, Industrie, Economie sociale) de MM. Matignon et François. Les historiens et les géographes liront avec plaisir les renseignements intéressants donnés sur *Merrakech*, la grande ville du Maroc (M. de la Martinière), sur *Messène* (M. Monceaux), et sur *Messine* (V. Vast). A signaler aussi l'excellent article linguistique de M. Bonnardot sur le *dialecte Messin*. Enfin, il faut mettre tout à fait hors pair l'étude approfondie et originale consacrée par M. Maurice Vernes au *Messie*. — Prix de chaque livraison : 1 franc. — Une feuille-spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

SAPORITO (P.). — Di un singolare disturbo della funzione del linguaggioni un caso di follia a soppia forma. Brochure in-8 de 27 pages. — Napoli, 1896. Stab. Tip. Cav. A. Tocco.

SAINT BARTHOLEMEW'S HOSPITAL REPORTS. Edited by WEST (S.) and WALSHAM (W.-J.). Tome XXXII. Volume in-8 cartonné de XLIX-645 pages. — London, 1897. Smith, Elder et Co.

SCHACHNER (A.). — An improved surgical bei. Brochure in-8 de 3 pages, avec 4 figures. — Louisville, 1896. Chez l'auteur.

SCHACHNER (A.).— Transfusion, infusions and auto-Transfusion; Their comparative merits and indications. Brochure in-8 de 7 p. — *Am. practitioner and news.*

SILBORMARCK (M.). — Ein Fall von asthenischer Bulbärparalyse. In-8 de 18 pages. — Wien, 1896. *Wiener Klinische Rundschau.*

VICENTE OTS Y ESQUERDO. — Neurosis y degeneracion. Brochure in-8 de 16 pages. — Madrid, 1897. Extrait de la *Revista de medecina y cirugia practicas.*

WALSH (D.). — Excretory irritation and the action of certain internal remedies of the skin. In-8 cartonné de 74 pages. — London, 1897. Librairie Baillière Tindall and Co.

WILCOX (R.-W.). — Strophantus : A clinical study. Brochure in-8 de 16 pages, avec 25 figures. — New-York, 1897. Extrait de l'*American Journal of the Medical sciences.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 35. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 28 AOUT 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Tarsalgie double et lipomes symétriques de la voûte plantaire ;

par Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre.

Dans l'histoire de la plupart des affections douloureuses et en particulier des affections douloureuses du pied, on trouve des faits où la guérison s'est effectuée en dehors de tout traitement local s'adressant à une lésion déterminée, mais à la suite d'un traitement général propre à modifier la nutrition et par conséquent à restaurer les fonctions nerveuses.

L'histoire de l'achillodynie (1), de la talalgie (2), de la métatarsalgie (3), nous présente de ces faits. M. Reynier a montré aussi récemment (4) que la tarsalgie peut relever d'un état névropathique général, et il a avancé que les lésions osseuses mal définies signalées par divers auteurs pourraient être considérées comme des troubles trophiques liés à l'état du système nerveux. L'observation qui va suivre peut être, à plus juste titre que les faits antérieurs, citée à l'appui de cette opinion ; on y voit, en effet, à côté de l'algie tarsienne, une production locale de graisse qui paraît être liée à l'état général névropathique tout comme la douleur à laquelle elle a pourtant survécu. Notons d'ailleurs que si l'hystérie n'a été que tout récemment mise en cause dans l'étiologie de la tarsalgie, Descoqs avait déjà soupçonné le tempérament nerveux, et deux de ses observations ont très vraisemblablement trait à des hystériques (5). Cette relation a disparu dans les monographies ultérieures (6) et Gosselin a continué à garder le silence à son sujet (7).

OBSERVATION.

Mme B..., 34 ans, appartenant à une famille où les arthritiques et les cancéreux sont nombreux, mais où les maladies nerveuses et mentales sont inconnues. Le père, âgé de 70 ans, a les mains déformées par le rhumatisme chronique; un oncle paternel, plus âgé d'un an, est aussi atteint de cette maladie. La mère est morte à 54 ans d'un cancer du sein. Mme B... a une sœur unique, âgé de 36 ans, qui a des douleurs dans les petites jointures des mains, mais sans déformation.

Elle-même a toujours été d'une santé remarquable jusqu'à l'âge de 32 ans. A part la rougeole, la coqueluche et quelques angines, elle n'a jamais souffert, et les maux nerveux en particulier lui étaient inconnus; bon sommeil, pas de névralgies, pas d'émotivité particulière. Elle est mariée depuis 24 ans, mais n'a jamais eu d'enfants, bien qu'elle n'ait aucune malformation ni aucun trouble fonctionnel des organes génitaux. Après 8 ans de mariage, elle s'aperçut que son mari la trompait, et bien qu'elle n'eût jusque-là nullement souffert de ses longues négligences, elle fut profondément affectée; elle essaya de lutter sans succès, son caractère s'altéra, l'insomnie devint presque complète, elle maigrit, devint essoufflée. Elle fut bientôt inquiétée par des troubles psychiques qui l'affectèrent d'autant plus qu'elle craignait qu'on ne les découvrit et qu'il lui en résultât un préjudice dans son procès en divorce. C'est une femme cultivée et habituée à s'exprimer dans un langage assez fleuri ; elle remarquait qu'il lui échappait des métaphores misérables, comme elle les appelle : ses anciennes tendances à exagérer étaient remplacées par des tendances inverses, elle ne faisait plus que des hyperboles en mineur. En outre, il lui arrivait souvent de répondre à ses propres pensées au milieu d'une conversation, de s'arrêter dans les rues en parlant seule. Presque chaque jour il lui arrivait, en montant un escalier quelconque, de tirer sa clé de sa poche et de la présenter à la serrure lorsqu'elle était arrivée à la porte, comme si elle était arrivée chez elle. Ces phénomènes d'automatisme s'accompagnaient d'accès d'indécision, d'aboulie, principalement après les repas ou à la suite d'une fatigue quelconque. Au moment de son procès, un an environ après sa déception et le début de ses accidents, elle commença à éprouver des phénomènes nettement hystériques, étouffements, battements dans les tempes et bourdonnements dans les oreilles, surtout du côté gauche, algies sous forme de clou céphalique, de point latéro-mammaire gauche, puis d'un point ovarien aussi à gauche. Après qu'elle eut obtenu le divorce, les accidents, au lieu de s'atténuer, semblèrent s'exaspérer. Elle eut plusieurs crises de contracture de courte durée. L'appétit, qui était resté passable, devint très capricieux : l'amaigrissement cependant n'était pas considérable.

C'est à la fin de juin 1895, que son attention commença à être attirée vers ses pieds par une tendance à la torsion qui s'y manifestait quand elle avait marché un peu plus que de coutume ou quand elle se sentait fatiguée par toute autre cause. Pendant un séjour de trois mois à la campagne où elle ne marcha que très peu, ces phénomènes disparurent et l'état général s'améliora. Sitôt qu'elle fut rentrée, au mois d'octobre, tous les troubles reparurent en s'exaltant, surtout les troubles de la marche et l'anorexie. Elle commença à souffrir d'une véritable panophobie, tout l'effrayait, et c'est à propos d'une émotion sans cause que la tarsalgie se révéla pour la première fois. Elle était debout sur la plate-forme d'un tramway quand tout à coup elle fut, sans aucune cause, prise de peur et elle sauta sur le pavé. Elle ressentit dans les deux pieds une douleur tellement violente qu'elle poussa un cri et fut dans l'impossibilité de faire un pas. On la porta dans une voiture : quand elle fut assise la douleur diminua graduellement et arrivée chez elle, au bout d'un quart d'heure, elle put monter l'escalier de trois étages sans aucune douleur. Dans cette première crise la douleur paraît avoir prédominé du côté gauche et avoir été localisée exclusivement à la partie interne de l'articulation médio-tarsienne.

Depuis cette époque la douleur s'est reproduite chaque fois qu'elle marchait plus d'un quart d'heure ou vingt minutes ; commençant par un endolorissement obscur qui devenait de plus en plus pénible et enfin intolérable. Peu à peu la douleur s'est produite de plus en plus tôt, et la marche est devenue à peu près impossible; souvent la malade ne pouvait pas rester debout plus de cinq minutes. Mais c'était surtout son amaigrissement qui inquiétait sa famille et l'amena à exiger qu'elle se fît soigner. C'est vers la fin de septembre qu'elle s'aperçut de l'existence de grosseurs sous l'arcade plantaire.

(1) Ch. Féré. — *Note sur l'achillodynie hystérique* (*Rev. neurologique*, 1896, p. 321).
(2) Heldenbergh. — *Des topoalgies professionnelles. De la talalgie* (*La Belgique médicale*, 1896, t. II, p. 769).
(3) Ch. Féré. — *Contrib. à l'étude de la métatarsalgie* (*Revue de Chirurgie*, 1897, p. 222).
(4) P. Reynier. — *Pathogénie des déformations du pied connues sous le nom de pieds plats, pieds creux, valgus douloureux* (*Journ. des Praticiens*, 1896, p. 689).
(5) Descoqs. — *De la tarsalgie des adolescents*, th. 1874, p. 17, 61, 63.
(6) Puy le Blanc. — *Contrib. à l'ét. de la tarsalgie des adolescents*, th. 1875. — Buvelot. *De la tarsalgie chez les adolescents*, th. 1877.
(7) Gosselin. — *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, 3e éd., 1879, I, p. 200.

© BIU Santé

Le 2 décembre 1896, la malade était très amaigrie, elle ne pesait que 52 kilog., elle avait perdu 16 kilog. depuis le mois de juin, la face était livide, le nez bleuâtre, les extrémités froides et visqueuses, la respiration était superficielle et irrégulière. Cependant elle s'excitait facilement, parlait avec volubilité et malgré la douleur qu'elle savait provoquer elle se levait souvent pour arpenter sa chambre avec rapidité pendant quelques minutes; mais elle devait s'arrêter bientôt : en même temps que la douleur elle sentait dans les muscles des jambes une raideur pénible. Elle témoignait d'une grande indifférence pour son état, affirmant que c'était mieux pour elle de mourir. Elle accusait un dégoût pour tous les aliments indistinctement, elle n'avait jamais aucun désir de manger; cependant en la pressant on arrivait à lui faire prendre une petite quantité des mets qui se trouvaient sur la table et qui jamais ne provoquaient de vomissements. Quant aux boissons, elle les refusait à peu près absolument. Il existait une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche bien manifeste, avec des points douloureux dans les régions déjà indiquées. La pression sur la région ovarienne gauche déterminait une sensation de boule remontant à l'épigastre et à la gorge; l'anesthésie pharyngée était bien marquée.

Les deux pieds présentaient à première vue une forme absolument normale à leur face supérieure, le dos du pied avait sa cambrure naturelle. Mais la voûte plantaire était en partie comblée par une saillie hémisphérique commençant en arrière au niveau d'une ligne verticale prolongeant la malléole interne et s'arrêtant en avant de la partie moyenne du premier métatarsien. Cette tuméfaction symétrique avait 5 centimètres et demi dans le sens antéro-postérieur et 4 centimètres et demi dans le sens transverse, elle faisait une saillie qu'on pouvait évaluer à 2 centimètres et demi. Elle présentait une consistance molle et lobulée, s'amincissant insensiblement à la périphérie. Aussi bien à droite qu'à gauche, cette tumeur était absolument indolente à la pression. En raison de cette indolence, la malade, qui s'était aperçue d'une tuméfaction un peu plus de deux mois auparavant, n'y avait attaché aucune importance. Elle croit que les deux tumeurs ont bien doublé de volume depuis cette époque.

Dans le décubitus, après une demi-heure de repos, la malade n'éprouvait aucune douleur dans les pieds, mais, des deux côtés de l'articulation médio-tarsienne, la pression provoque une douleur surtout intense du côté interne qu'on atteint facilement en déprimant en bas la tumeur graisseuse. La douleur est bien limitée au-dessous et en avant de la malléole interne, au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. C'est en ce point que la douleur s'est manifestée pour la première fois et qu'elle se produit d'abord après la marche. En dehors, la douleur prédomine au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, mais la pression sur le cuboïde est aussi douloureuse. Ces deux points douloureux existent aux deux pieds : mais la douleur prédomine à gauche, et de ce côté, la pression provoque aussi de la douleur en avant et au-dessous de la malléole externe au niveau de l'articulation calcanéo-astragalienne. Ce point douloureux n'existe pas à droite.

Quand on examine le pied après que la malade a marché sept ou huit minutes, que la raideur et la douleur se réveillent, on constate que le pied est dévié en dehors et que son bord externe se relève, tandis que la voûte paraît abaissée; les mouvements de latéralité du pied ne se produisent plus comme tout à l'heure : tandis que les mouvements de flexion et d'extension directe sont encore possibles; les muscles péroniers latéraux sont contractés et font une forte saillie; l'extenseur commun, l'extenseur propre du gros orteil, le jambier antérieur sont aussi rigides. Si on prend d'une main l'avant-pied, et si de l'autre on percute la partie postérieure du talon, on provoque de la douleur aux points sensibles à pression directe. Au bout de quelques minutes de repos, les muscles se relâchent et le pied reprend sa forme et sa mobilité latérale. La sensibilité cutanée des deux pieds a été étudiée avec soin, le pied gauche est anesthésique dans la même mesure que la jambe gauche, le pied droit est sensible comme la jambe droite, et il n'existe pas de dysesthésie cutanée au niveau des points douloureux profonds.

Le traitement s'est adressé exclusivement à l'anorexie. La malade a été soumise à des inhalations d'oxygène qui ont ramené rapidement l'appétit. Au bout de deux semaines, l'alimentation surabondante est devenue possible. Les pieds n'ont subi aucune contention. La malade a continué à se lever dans son appartement, et à marcher jusqu'à la limite de l'indolence qui retardait à mesure que l'état général s'améliorait.

Le 6 février elle pesait 61 kilog. Les troubles de la sensibilité avaient considérablement diminué. Les points douloureux, sauf le point ovarien, avaient disparu, et, depuis huit jours, les pieds étaient restés tout à fait indemnes de douleurs malgré une marche de plusieurs heures. Les tumeurs plantaires n'avaient subi aucun changement. La malade a été revue à la fin d'avril, elle avait encore gagné 4 kilog.; les douleurs tarsiennes ne s'étaient reproduites en aucune circonstance; l'état mental paraît restauré *ad integrum*, mais il reste encore des traces de l'hémianesthésie principalement dans la vision et les tumeurs plantaires gardent la place acquise.

Plusieurs particularités de cette observation méritent d'être relevées. Signalons d'abord la tendance aux entorses qui s'est manifestée peu de temps avant l'apparition de la douleur. C'est un fait qu'on retrouve dans une observation antérieure (1) et qui peut s'expliquer en partie par une laxité anormale des ligaments déjà admise par Cabot (2) et surtout par la diminution de l'action musculaire, conséquence de la fatigue. C'est un fait bien anciennement connu que les muscles jouent le rôle de ligaments actifs et que la diminution de leur tonicité peut favoriser les déplacements articulaires (3), et Bazy a montré en particulier la valeur de l'atrophie musculaire comme cause de douleurs articulaires (4).

On pourrait donc être tenté de subordonner la douleur à l'hypotonie ou relâchement des muscles, sous l'influence d'une fatigue aiguë ou chronique, et d'accepter l'interprétation signalée par M. Péan dans un rapport sur un mémoire présenté à l'Académie de Médecine (5).

« M. Bloch, dit le rapporteur, estime que le pied plat acquis douloureux, auquel il donne le nom de tarsoptose, est caractérisé par l'excès de laxité des ligaments qui relient entre eux et aux os voisins les trois cunéiformes et le cuboïde. Cet excès de laxité serait dû, suivant lui, à ce que ces os et leurs articulations ne seraient plus assez solidement maintenus dans leurs rapports normaux par l'action des muscles jambiers antérieurs et péroniers latéraux. Il aurait remarqué que ces muscles, tout en étant antagonistes, ont un rôle commun qui est celui de maintenir la convexité du pied et tout particulièrement l'union des trois cunéiformes. En effet, dit-il, si l'un de ces muscles vient à succomber, et si l'autre ne vient pas à son aide, en vertu des lois de la synergie, ces os se disjoignent, et le poids du corps aidant, s'abaissent de plus en plus du côté de la plante du pied. Cet abaissement ne se fait pas seulement dans le sens vertical; il se fait en même temps dans le sens transversal et de dedans en dehors en refoulant le cuboïde. Il en résulte que, en même temps qu'il s'aplatit, le pied s'élargit du côté externe, Dans la majorité des cas, le bord interne du pied résiste à la déformation, à cause de la solidité plus grande des ligaments qui existent de ce côté. »

« Dans le travail qu'il nous a soumis, M. Maurice Bloch déclare qu'il n'y a pas lieu de conserver au pied plat acquis douloureux le nom de tarsalgie qui lui a été donné par Gosselin, et qu'il est préférable de lui donner celui de tarsoptose douloureuse, puisqu'il existe dans les articulations du tarse

(1) Chopinet. — *De la tarsalgie des adolescents*, th. 1874, p. 27.

(2) Cabot. — *De la tarsalgie ou arthralgie tarsienne des adolescents*, th. 1866, p. 18.

(3) Ch. Féré. — *Note sur des entorses symptomatiques (entorses par hypotonie)* (*Revue de Chirurgie*, 1897, p. 39).

(4) P. Bazy. — *De l'atrophie musculaire comme cause de douleurs articulaires* (*Progrès médical*, 1889, I, p. 213).

(5) *Sur un travail de M. Maurice Bloch relatif à la tarsoptose et à la tarsalgie* (*Bull. Acad. Méd.*, 3e série. T. XXXVII), p. 710, 8 juin 1897).

© BIU Santé

d'autres affections qui rendent la marche pénible, qui ont une symptomatologie différente et qui nécessitent un autre mode de traitement. »

Que la fatigue puisse produire un certain affaissement de la voûte plantaire, on n'en peut guère douter quand on voit que sous l'influence de la station prolongée ou de la marche l'empreinte plantaire s'élargit et se rétrécit au contraire par le repos (1).

Cependant, dans le cas actuel comme dans la plupart de ceux qui ont été publiés par Gosselin et ses élèves, la tarsoptose primitive ne peut guère être prise sur le fait. L'élargissement de l'empreinte de la plante du pied sous l'influence de la fatigue ne caractérise pas du tout un valgus, elle trahit une simple extension des ligaments qui se rétablit par le repos. D'autre part, dans un grand nombre de cas, la douleur apparaît à la suite d'une pression brusque et exagérée : alors encore il y a distension des ligaments et non ptose. Enfin la tarsalgie peut exister sans déviation du pied (tarsalgie sans contracture de Gosselin), et le plus souvent la déviation ne se produit que quand la douleur a été provoquée par la station ou la marche. Ajoutons que souvent le repos supprime la déviation et laisse persister la douleur qu'on peut au moins réveiller par la pression.

Les auteurs anciens qui ont considéré la déviation comme primitive et cause de la douleur n'ont pas observé la diminution de tonicité musculaire que nécessite la ptose, ils ont vu de la contracture, tellement qu'ils ont proposé la ténotomie (J. Guérin, Bonnet) et qu'ils ont imposé au complexus symptomatique des noms caractéristiques de crampe du pied (Nélaton), contracture du long péronier ou pied creux, valgus par contracture du long péronier (Duchenne, de Boulogne) (2).

Gosselin a vu que la contracture et la déviation pouvaient disparaître, la douleur persistant, et il en a conclu que l'algie était le fait primitif. Jusqu'à présent, cette interprétation n'a pas été combattue victorieusement au moins en ce qui concerne la généralité des faits.

L'algie provoque des déviations variables et elle-même paraît favorisée par le terrain. C'est sur ce dernier point que M. Reynier a insisté avec raison à mon avis, et certaines circonstances de l'observation actuelle viennent à l'appui du rôle de la névropathie.

La tarsalgie s'est montrée bien longtemps après l'adolescence, la croissance rapide souvent invoquée (3) n'y est pour rien, ni les autres conditions les plus ordinaires, rhumatisme, scrofule, etc. ; la douleur est apparue à propos d'un traumatisme très léger, mais au cours de l'évolution d'un état névropathique dont elle a suivi la marche. La relation chronologique n'est pas douteuse.

Une autre particularité du cas qui me paraît avoir une grande importance dans l'espèce, c'est la coïncidence dans les régions douloureuses de lipomes symétriques. Les lipomes symétriques, les lipomes multiples, les lipomes diffus, ont en effet des relations étroites avec les névropathies, tellement qu'on les a considérés comme les manifestations d'une trophonévrose. Les lipomes multiples se rencontrent chez des individus souffrant, soit des troubles mentaux, soit des troubles convulsifs (Targowla, Paton, Létienne, Claus) (4) ; chez des tabétiques (2), chez des basedowiens (3) ; on peut les considérer comme des associations tératologiques, surtout lorsqu'ils n'ont aucun rapport avec les localisations morbides des maladies avec lesquelles ils coïncident. Mais lorsque leur siège est en rapport avec certaines localisations douloureuses comme on le voit dans l'observation actuelle et comme on le peut voir encore dans d'autres circonstances (4), chez les ataxiques par exemple, ils méritent bien d'être rapprochés des œdèmes névropathiques à formes si variées (5) qui se manifestent dans les mêmes conditions (Mathieu et Weil). Les rapports étiologiques des œdèmes locaux et des productions graisseuses ont du reste été relevés depuis longtemps par M. Potain.

La coïncidence locale de lipomes symétriques avec une affection douloureuse, ne peut donc que mettre en lumière le rôle du terrain révélé d'ailleurs par d'autres manifestations névropathiques.

(1) Ch. Féré et G. Demantké. — *Note sur les variations de forme de la plante du pied sous l'influence du repos, de la station et de la marche* (*C. R. Soc. de Biol.*, 1891, p. 387). — *Etude sur la plante du pied et en particulier sur le pied plat considéré comme stigmate de dégénérescence* (*Journ. de l'Anat. et de la Phys.*, 1891, p. 442).

(2) Duchenne (de Boulogne). — *De l'électrisation localisée.* 3e édit., 1872, p. 1.008.

(3) Froustey. — *De la tarsalgie et principalement de ses symptômes et de son traitement*, th. 1873.

(1) Ch. Féré. — *La parenté morbide des tumeurs* (*Journ. des Conn. méd. pratiques*, 1896, p. 355).

(2) M. Scherkassow. — *Un cas de lipomatose multiple symétrique chez un tabétique.* (*Revue neurologique*, 1897, p. 81).

(3) R. Verhoogen. — *Lipomes multiples et symétriques avec autres troubles trophiques et vaso-moteurs dans un cas de goitre exophtalmique* (*Journ. médical de Bruxelles*, 1897, p. 305).

(4) Ch. Féré. — *Disparition sous l'influence d'un érysipèle d'un pseudo-lipome sous-claviculaire chez un ataxique.* (*La Belgique médicale*, 1896, t. IV. n° 7).

(5) M. Lourier. — *Etude de l'œdème névropathique éléphantiasique*, th. 1897.

(6) Voir *Progrès médical*, 25 juillet, 1er août 1896, 5, 12 juin, 3, 24 juillet et 21 août 1897.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les opérations nouvelles et rares sur les voies biliaires (6) :

De la Chirurgie du Duodénum dans ses rapports avec la Lithiase du Cholédoque;

par **Marcel BAUDOUIN**,

Préparateur du Cours d'Opérations à la Faculté de Médecine de Paris, Rédacteur en chef des *Archives provinciales de Chirurgie.*

Définition. — Plusieurs opérations ont été pratiquées jusqu'à ce jour sur le *Duodénum* dans le but de traiter certains cas de calculose du cholédoque, et en particulier ceux dans lesquels le calcul est enclavé dans la portion rétroduodénale de ce conduit biliaire.

Nous en connaissons *quatre* variétés et on possède, au moins, une observation de chacune de ces quatre sortes d'interventions, dont voici l'énumération :

1° *Extraction des calculs de l'ampoule de Water* après *duodénotonomie exploratrice antérieure*, ou LITHECTOMIE CHOLÉDOCHIENNE PAR VOIE DUODÉNALE (Mac Burney, 1891); 2° DUODÉNOTOMIE EXPLORATRICE ANTÉRIEURE, pour calculose cholédochienne rétroduodénale (Terrier, janvier 1894); 3° DUODÉNOTOMIE EXPLORATRICE SUPÉRIEURE, complémentaire d'une cholédochotomie proprement dite (Pozzi, mai 1894); 4° CHOLÉDOCHOTOMIE INTRADUODÉNALE OU INTERNE, après *Duodénotomie exploratrice* antérieure et postérieure (Kocher, 1895).

Toutes les quatre sont, en somme, des variétés de la *Duodénotomie* ou incision du duodénum, qui peut être d'abord simplement *exploratrice* (Terrier, Pozzi)

© BIU Santé

ou bien suivie soit d'une extraction de calcul dans l'ampoule de Vater (Mac Burney), avec ou saus dilatation ou incision de l'orifice du cholédoque dans l'ampoule, soit d'une incision du cholédoque à travers la paroi postérieure du duodénum (Kocher).

Historique. — Deux de ces observations ayant été publiées dans des journaux ou revues de langue française et la troisième ayant été traduite dans la thèse de Jourdan, nous croyons inutile de les reproduire ici.

Nous nous bornerons à donner un résumé assez détaillé de la première en date, qui appartient à Mac Burney et dont il nous a été très facile de retrouver l'indication bibliographique précise, qui avait échappé à notre ami Jourdan (1); elle remonte à 1891. Nous regrettons toutefois de n'avoir pu consulter le texte original. Les deux suivantes dues, à Terrier (2) et à Pozzi (3), sont de 1894; la dernière, celle de Kocher, de beaucoup la plus intéressante, est de 1895 (4).

Il faut distinguer, comme nous l'avons dit, la *Duodénotomie exploratrice* des *Manœuvres complémentaires* qui doivent être décrites à part, pour nous conformer à la façon dont nous avons procédé jusqu'à présent dans cette revue des opérations pratiquées sur les voies biliaires. Nous avons donc à décrire :

1° La *Duodénotomie exploratrice;*

2° La *Lithectomie cholédochienne par la voie duodénale.*

3° La *Cholédochotomie intra-duodénale* ou *trans-duodénale* (Baudouin) ou interne (Jourdan).

I. — Duodénotomie exploratrice.

Manuel opératoire. — La Duodénotomie exploratrice, temps commun à toutes les interventions intra-duodénales, est précédée forcément d'une laparotomie, car jusqu'ici on n'a pas encore eu l'idée d'attaquer cet organe par la région dorso-lombaire : ce qui ne serait peut-être pas absolument impraticable! En tous cas, l'incision de l'abdomen peut être médiane ou latérale.

Kocher fit une incision d'abord médiane, qu'il infléchit ensuite en dehors, de façon à ce qu'elle fût, en réalité, concave et transversale. De cette façon, on le sait, on dispose d'un jour considérable. Pozzi ouvrit l'abdomen d'abord par une incision médiane sus-ombilicale; mais il dut y joindre une incision transversale, comprenant la moitié de la largeur du muscle grand droit du côté droit. M. Terrier a eu recours aussi à une laparotomie médiane et sus-ombilicale, sans ouverture transversale : ce qui offre quelques inconvénients.

Le diagnostic étant posé et les organes voisins étant bien repérés, il s'agit d'inciser le duodénum, reconnu lui-même dans ses diverses portions.

Kocher, pour y parvenir facilement, souleva le duodénum avec le médius de la main gauche derrière et en avant; un assistant maintint avec un doigt placé en haut le duodénum appliqué contre le doigt déjà placé en arrière. L'opérateur incisa alors, *tranversalement*, la *paroi antérieure* dans toute sa largeur. M. Pozzi a pénétré dans le duodénum par sa partie supérieure en étendant jusqu'à cet organe l'ouverture du cholédoque. Mac Burney et Terrier ont incisé, au contraire, le duodénum *longitudinalement*, c'est-à-dire parallèlement à l'axe du tube digestif. D'après Kocher, l'*incision horizontale* est préférable d'une façon générale, à cause de la direction des vaisseaux; elle permet d'autre part un écartement facile des lèvres de l'intestin et donne un accès facile dans sa cavité et vers sa partie postérieure : ce qui rend très aisée l'exploration des diverses parties et de l'ampoule de Vater en particulier. L'index introduit dans la cavité duodénale (Terrier) peut explorer de cette façon l'origine du cholédoque et du canal de Wirsung. Recourbé, il peut même déplacer la partie rétro-duodénale du cholédoque et rendre possible une intervention directe sur ce conduit, par exemple une cholédochotomie typique (Terrier); dans ce cas, la duodénotomie devient une *manœuvre auxiliaire* de l'opération ci-dessus.

L'examen effectué, et du côté de l'ampoule et du côté du diaphragme pylorique qu'il ne faut pas oublier, reste à *suturer* la plaie faite à l'intestin. On y procède comme d'ordinaire par une double rangée de sutures classiques (Kocher). M. Terrier la soigna tout particulièrement dans son intervention ; il la fit à deux étages et à points séparés par le procédé de Lembert. Pozzi utilisa un surjet au catgut comprenant toutes les tuniques; il la complèta par un deuxième plan de sutures de Lembert, à la soie fine, renforcées par places d'un troisième rang de sutures séparées. Rien n'empêche de drainer, si besoin est, en avant du duodénum, à l'aide d'un sac de Mikulicz ou avec un peu de gaze ordinaire.

Indications. — Il n'est nul besoin d'insister sur les indications de cette opération. Elle rend les plus grands services toutes les fois que l'on a affaire à un calcul biliaire enclavé dans la partie rétroduodénale du cholédoque (Terrier, Kocher, Pozzi), ou près de l'ampoule de Vater (Mac Burney), car elle permet de se rendre un compte très net de la situation précise du corps étranger. On y recourra dans ces cas, dès que le calcul paraîtra inabordable par la voie cholédochienne proprement dite.

Cette opération permettra aussi de reconnaître l'existence des petites tumeurs de l'origine du cholédoque et de l'ampoule, certaines lésions du duodénum, (ulcères, etc.), et même l'existence d'affections pyloriques sur lesquelles, à l'heure présente, nous n'avons pas encore des données très exactes (spasme, etc.).

Cette intervention semble ne pas présenter la moindre gravité, puisque, sur les quatre cas publiés, il y a eu quatre succès. Exécutée comme il convient, il est donc juste de dire qu'elle n'est pas plus sérieuse qu'une simple laparotomie exploratrice ordinaire : ce qui n'est pas fait pour étonner tous les opérateurs accoutumés à la chirurgie abdominale.

II. — Lithectomie cholédochienne par voie duodénale.

Nous ne possédons sur cette opération due à Mac Burney (de New-York) que des données très vagues.

Elle consiste dans une Duodénotomie exploratrice, exécutée en 1891 probablement, et suivie de manœuvres d'extraction d'un calcul biliaire situé près de l'ampoule de Vater. Dans son opération, le chirurgien de *Roosevelt Hospital*, après l'ouverture du duodénum, prit soin d'inciser aussi l'orifice de l'ampoule de Vater, pour pouvoir faire l'extraction plus facilement.

Voici d'ailleurs cette observation, d'après le résumé qu'a publié le *New-York medical Journal* (1) d'une

(1) Mac Burney. — *New-York medical Journal*, 1891, p. 520. — *International Med. Magazine*, Phil., 1892, n° 3, p. 300.
(2) Terrier. — *Acad. de Méd.*, Paris, 1894, 6 mars.
(3) Pozzi. — *Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, XX, n° 9, 25 juillet, p. 630.
(4) Kocher. — *Correspond. f. Schw. Aerzte*, Basel, 1895, 1er avril, p. 193. — Voir Jourdan, *loc. cit.*

(1) M. Burney. — *Section of intestine for the removal of a Gallstone.* — Communication à la *New-York surgical Society*, 11 march 1891. — An. in *New-York Med. Journ.*, 1891, p. 520. [Tr. — I. B. S.].

© BIU Santé

SELS EFFERVESCENTS LE PERDRIEL

SELS DE LITHINE Effervescents LE PERDRIEL
Contre la **Goutte**, la **Gravelle** et les **Rhumatismes**
Assimilation Sûre.

ANTIPYRINE Effervescente LE PERDRIEL
Contre **Douleurs, Migraines, Mal de Mer**, etc.
Ne produisant ni Crampes ni Nausées.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

VICHY

SOURCES DE L'ÉTAT
CÉLESTINS, GRANDE-GRILLE, HOPITAL
PASTILLES VICHY-ETAT
SELS VICHY-ETAT
COMPRIMÉS DE VICHY
PARIS, 24, BOULEVARD DES CAPUCINES, PARIS

MAISON DE SANTÉ DE NAVARRE

Près Evreux. — 2 heures de Paris
TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES & MENTALES
Pour tous renseignements s'adresser au Directeur

CHEMIN DE FER DU NORD

1er JUILLET 1896.

SERVICES DIRECTS ENTRE PARIS ET BRUXELLES

TRAJET EN 5 HEURES.

Départs de Paris à 8 h. 20 du matin, midi 45, 3 h. 50, 6 h. 20 et 11 h. du soir.
Départs de Bruxelles à 8 h. et 8 h. 57 du matin, midi 59, 6 h. 4 du soir et minuit 15.
Wagon-salon et wagon-restaurant aux trains partant de Paris à 6 h. 20 du soir et de Bruxelles à 8 h. du matin.
Wagon-salon-restaurant aux trains partant de Paris à 8 h. 20 du matin et de Bruxelles à 6 h. 4 du soir.

SERVICES DIRECTS ENTRE PARIS ET LA HOLLANDE

TRAJET EN 10 HEURES.

Départs de Paris à 8 h. 20 du matin, midi 45 et 11 h. du soir.
Départs d'Amsterdam à 7 h. 12 du matin, midi 20, et 6 h. 7 du soir.
Départs d'Utrecht à 8 h. 10 du matin, 1 h. 8 et 6 h. 46 du soir.

SERVICES DIRECTS ENTRE PARIS, L'ALLEMAGNE ET LA RUSSIE

Cinq express sur **Cologne**, trajet en 9 heures. Départs de Paris à 8 h. 20 du matin, midi 45, 6 h. 20, 9 h. 25 et 11 h. du soir. Départs de Cologne à 4 h. 45 et 9 h. du matin, 1 h. 45 et 11 h. 20 du soir.
Quatre express sur **Berlin**, trajet en 19 heures. Départs de Paris à 8 h. 20 du matin, midi 45, 9 h. 25 et 11 h. du soir. Départs de Berlin à 1 h. 5, 10 h. et 11 h. 55 du soir.
Quatre express sur **Francfort-sur-Mein**, trajet en 13 heures. Départs de Paris à midi 45, 6 h. 20, 9 h. 25 et 11 h. du soir. Départs de Francfort à 8 h. 25 du matin, 5 h. 50 et 11 h. 5 soir et 1 h. 3 du matin.
Deux express sur **Saint-Pétersbourg**, trajet en 56 heures. Départs de Paris à 8 h. 20 matin et 9 h. 25 ou 11 h. soir. Départs de Saint-Pétersbourg à midi et 8 h. 15 soir.
Deux express sur **Moscou**, trajet en 62 heures. Départs de Paris à 8 h. 20 matin et 9 h. 25 ou 11 h. soir. Départs de Moscou à 5 h. 45 et 10 h. 20 soir.
Nord-Express. — Le samedi de chaque semaine un train de luxe Nord-Express circule entre Paris, Berlin et Saint-Pétersbourg. *Aller* : Départ de Paris le samedi à 2 h. 15 soir. Arrivée à Berlin (le dimanche) à 8 h. 40 matin, à Saint-Pétersbourg (le lundi) à 3 h. 30 soir. — *Retour* : Départ de Saint-Pétersbourg (le mercredi) à 6 h. soir, départ de Berlin (le jeudi) à 10 h. 59 soir, arrivée à Paris (le vendredi) à 3 h. 25 soir.

SERVICES ENTRE PARIS, LE DANEMARCK, LA SUÈDE ET LA NORVÈGE

Deux express sur **Christiania**, trajet en 54 h. Départs de Paris à midi 45 et 9 h. 25 ou 11 h. s. Départs de Christiania à 9 h. 40 matin et 11 h. 15 soir.
Deux express sur **Copenhague**, trajet en 29 h. Départs de Paris à midi 45 et 9 h. 25 soir. Départs de Copenhague à midi et 8 h. 10 soir.
Deux express sur **Stockholm**, trajet en 46 h. Départs de Paris à midi 45 et 9 h. 25 ou 11 h. soir. Départs de Stockholm à 8 h. 10 et 9 h. 40 soir.

Ampoules Boissy
A L'IODURE D'ÉTHYLE
Pour le *Traitement de l'Asthme*
Par la *Méthode iodurée.* — Guérison complète.
Pour Inhalations — *Une dose par Ampoule*
BREVETÉES S. G. D. G.
Ampoules Boissy
AU NITRITE D'AMYLE
SOULAGEMENT IMMÉDIAT
Et Guérison des ANGINES de Poitrine
Syncopes, Mal de Mer, Migraine, Hystéro-Epilepsie
4 fr. la Boîte. — 2, Place Vendôme, PARIS.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DESINFECTANT
Antidiphthéritique
NI CAUSTIQUE, NI VÉNÉNEUX
Admis dans les Hôpitaux de Paris
Dépôts dans les Pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.
Bien spécifier : **Coaltar saponiné Le Beuf**

RÉVULSIFS
VÉSICATOIRE LIQUIDE
BIDET
EMPLOYÉ DANS LES HOPITAUX
PROPRETE, EFFET CERTAIN
APPLICATION FACILE
PAS D'ACCIDENTS CANTHARIDIENS

A VENDRE D'*OCCASION*
UN FAUTEUIL SPÉCULUM
TOUT NEUF, ÉTOFFE ASSORTIE AU CABINET DE L'ACHETEUR
FACILITÉS DE PAIEMENT
S'adresser au *Progrès médical.*

© BIU Santé

Alimentation Rationnelle des Enfants, des Vieillards et des Personnes délicates par la

NUTRITINE DEJARDIN

(Diastase végétale et Phosphates minéraux organisés)

DIRECTEMENT ASSIMILABLE

aux Malts d'Orge, d'Avoine et de Froment associés dans des proportions indiquée à tous les âges de la vie, est infiniment plus nourrissante et plus légère que telles que cette

Véritable Farine de Santé,

Ces remarquables propriétés font de la Nutritine le complément indispensable du traitement par

LE LAIT.

l'EXTRAIT de MALT FRANÇAIS,

dans les affections si multiples des organes de la

DIGESTION.

Prix { La Boîte : 3 50 / 1/2 Boîte : 2 fr.

100 Boulevard Haussmann PARIS.

Très agréable au goût, la **NUTRITINE** doit ses qualités spéciales à la présence de la diastase engendrée par la germination, grâce à laquelle tous les principes alibiles (*organiques et minéraux*) des céréales sont préalablement **solubilisés (physiologiquement** digérés par la nature) et prêts pour l'**assimilation intégrale.**

Non seulement elle se digère très bien, mais encore elle fait digérer.

Les **Phosphates organisés** qu'elle contient favorisent la **Dentition** et le développement **des Os**, en même temps que, chez l'adulte, ils ont pour effet de remédier à la **Déphosphatisation.**

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DEJARDIN

Bière de Santé Diastasée Phosphatée.

Spécifique de l'**ANÉMIE,** des **TROUBLES DIGESTIFS** et des **AFFECTIONS** de l'**ESTOMAC.**

L'énergie des ferments, la puissante action de la Quassine et autres toniques en font le plus remarquable agent d'assimilation intégrale qui existe.

E. DÉJARDIN, Phien-Chien de 1re cl., 109, Bd Haussmann, Paris.

PILULES DE SURINAM

(Quassine, Maltine et Lupuline pure)

DIGESTIVES, TONIQUES, NÉVROSTHÉNIQUES ET LAXATIVES

Spécifique des **DYSPEPSIES** et de la **CONSTIPATION** (même la plus opiniâtre).

E. DÉJARDIN, Phien-Chien, 109, Boulevard Haussmann, Paris.

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE anc. GILLIARD, P. MONNET & CARTIER LYON



Pour prix et littérature demander le prospectus

Breveté s.g.d.g.

ANESTHESIE LOCALE

NEVRALGIES

QUINA * FER

Chlorose, Anémie

Vins Filtrés d'Ossian Henry

Membre de l'ACADEMIE de MEDECINE
Professeur à l'Ecole de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
43, Rue d'Amsterdam, Paris

PRIME A NOS ABONNÉS

Les travaux de M. le Pr CHARCOT, publiés par le *Progrès médical*, forment actuellement treize volumes, se décomposant ainsi :

ŒUVRES COMPLÈTES :

T. I, II, III. — Leçons sur les maladies du système nerveux. . .	48 fr.
T. IV. — Leçons sur les localisations cérébrales.	12 »
T. V. — Leçons sur les maladies du poumon et du système vasculaire.	15 »
T. VI. — Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins.	12 »
T. VII. — Leçons sur les maladies des vieillards, goutte et rhumatisme.	12 »
T. VIII. — Maladies infectieuses, affections de la peau, kystes hydatiques, thérapeutique.	10 »
T. IX. — Hémorragie cérébrale, hypnotisme, somnambulisme, etc.	15 »
Leçons du Mardi à la Salpêtrière, deux forts volumes in-4° couronne.	40 »
Chronique des maladies du système nerveux, deux volumes in-8° carré.	24 »

Soit au total 188 fr.

Pour permettre, à ceux de nos abonnés qui ne la possèdent pas, l'acquisition de cette précieuse collection, nous la délivrerons dans nos bureaux

Au prix net de 60 francs

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Recommandations en vue d'éviter, dans les transports par chemin de fer, les pertes de colis ou les retards dans leur livraison.

Beaucoup de personnes ont pris l'habitude d'inscrire, sur les colis-bagages ou autres qu'elles remettent au chemin de fer, leur adresse et le nom de la gare destinataire. Cette précaution évite presque toujours les fausses directions avec leurs conséquences, c'est-à-dire les retards dans la livraison ou même la perte des colis. Aussi se généralise-t-elle de plus en plus. Pour faciliter l'inscription de la gare destinataire à chaque nouveau voyage, la Compagnie d'Orléans met en vente, dans ses gares et stations, des carnets d'étiquettes gommées et des liasses de fiches, au prix de 0 fr. 05 le carnet de dix étiquettes ou la liasse de dix fiches.

AVIS IMPORTANT

A nos Abonnés et à nos Lecteurs.

La collection des **ARCHIVES DE NEUROLOGIE** (1888-1896), *y compris l'abonnement de* 1897, *est vendue* **120** *fr. prise dans nos Bureaux.*

© BIU Santé

communication faite par M. le Dr Mac Burney à la Société de Chirurgie de New-York, et qui a été traduit *in extenso*. — On remarquera que cette rédaction résumée n'est ni très explicite ni très nette ; le journaliste a constamment employé le mot *canal cystique*, alors que, très vraisemblablement (1), il s'agissait bien d'un *calcul du cholédoque*. Malheureusement, nous n'avons pas pu consulter le texte même de cette communication.

OBSERVATION.
Mac BURNEY (Cas I) 1891.
(Résumé).

CALCUL DU CHOLÉDOQUE RÉTRODUODÉNAL. — LITHECTOMIE CHOLÉDOCHIENNE PAR VOIE DUODÉNALE. — *Guérison.*

Femme de 43 ans, qui souffrait depuis longtemps d'accidents biliaires, qui avaient été pris pour des accidents dus à un cancer. Son état devient si grave qu'elle vint à New-York se faire soigner par M. le Dr Burney. A ce moment, la malade avait maigri de 63 livres et était en très mauvais état. M. Burney diagnostiqua un *calcul biliaire* (2) et se décida à l'opérer.

OPÉRATION. — Il fit une incision de 4 pouces de long, à droite, en dessous la dixième côte, en longeant le muscle droit ; puis, après avoir incisé le péritoine, il refoula le foie pour mettre à découvert son bord mince, ainsi que le côlon transverse. Il rechercha ensuite le calcul biliaire, en détruisant quelques adhérences assez lâches, sans pouvoir le trouver, bien que l'incision permît de voir toute la région et qu'on pût palper facilement tous les organes mis à nu. Certainement, il y avait eu une tumeur considérable ; mais elle avait disparu et n'avait pas récidivé. On trouvait bien immédiatement derrière le duodénum une masse très dure ; mais il était impossible de déterminer sur-le-champ, si c'était un calcul situé dans le canal *cystique* (3), ou si c'était une tumeur nouvelle, ou si ce n'était pas un déplacement de l'extrémité supérieure du pancréas. En palpant avec soin et en explorant le duodénum, à l'aide d'un stylet arrondi, M. le Dr Burney acquit la conviction qu'il s'agissait d'un calcul biliaire placé dans le canal *cystique* (4). Certes, il était possible de l'extraire en incisant le canal ; mais, comme il était difficile de refermer cette plaie après l'extraction du calcul, il se décida à prendre la *voie du duodénum*. Il fit une incision *longitudinale* à sa face antérieure. Il fut alors très intéressant de voir comment se présentait le conduit, sous forme d'un cylindre soulevant la muqueuse, à quelque distance, avant de déboucher dans l'intestin. Ne pouvant introduire une sonde dans l'orifice, l'opérateur fit une incision à la muqueuse et fendit le canal en remontant ; puis, élargissant celui-ci au moyen d'un instrument mousse, et pressant avec le doigt par en dehors, il repoussa le calcul dans l'intestin pour l'extraire. Il n'y eut aucune hémorragie. L'intestin fut suturé d'après le procédé ordinaire.

Suites. — La guérison se fit sans accident. Pendant 3 jours on nourrit la malade par le rectum (5).

Martig (6) a exprimé quelques doutes sur cette observation et pour lui ce que Mac Burney a pris pour l'orifice normal de l'ampoule n'était que l'orifice d'une perforation cholédocho-duodénale pathologique, que l'orifice d'une sorte de cholédocho-duodénostomie spontanée. Nous pensons que c'est à tort et qu'il a dû être induit en erreur par les réflexions de Mac Burney qui ont suivi cette communication. Pour nous, quoi qu'il en soit, nous nous en tenons, jusqu'à plus ample informé, à la relation de l'éminent chirurgien de New-Yorkien, et, d'ailleurs, dans un cas comme dans l'autre, il y aurait bien eu réellement *Lithectomie cholédochienne par voie duodénale.*

Manuel opératoire. — L'opération, par elle-même, est très simple. Après la laparotomie exploratrice, et après avoir constaté l'existence du calcul du cholédoque près de l'ampoule, on incise le duodénum. Mac Burney fit une ouverture *longitudinale* sur la face antérieure ; on pourrait la faire transversale. Cela effectué, M. Burney a essayé d'introduire une sonde dans l'orifice de l'ampoule ; mais, n'y pouvant parvenir, il prit le parti de faire d'abord une *incision libératrice* sur l'ampoule, puis de *dilater* l'orifice agrandi à l'aide d'un instrument mousse ; et, dans certains cas, cette seule dilatation pourra sans doute suffire. Prenant alors avec le doigt par en dehors, il énucléa le calcul et put l'extraire par l'intestin. Il termina l'opération comme une duodénotomie exploratrice ordinaire. — A noter donc d'une façon spéciale : 1° l'*incision libératrice* ; 2° la *dilatation ultérieure* de l'orifice incisé du cholédoque ; c'est-à-dire quelque chose d'analogue à ce qu'on fait lors de calculs arrêtés dans la fosse naviculaire de l'urèthre.

Indications. — Kocher a fait remarquer que cette intervention n'est pas applicable dans tous les cas de calculs biliaires enchatonnés dans l'ampoule ou dans son voisinage immédiat. Cela n'est pas indiscutable. Toutefois le calcul peut être beaucoup trop volumineux, beaucoup trop adhérent pour pouvoir être extrait par ce moyen, aussi simple que facile à trouver. L'*incision libératrice* de l'ampoule, d'ailleurs, peut être impossible à mener à point. Alors on est obligé de recourir à une opération plus complexe, mais plus élégante, et c'est précisément ce qui est arrivé à Kocher dans un cas de calculose du cholédoque.

III. — CHOLÉDOCHOTOMIE TRANS-DUODÉNALE.

On peut, en effet, extraire un calcul de la portion rétro-duodénale du cholédoque en passant à travers le duodénum. C'est cette opération que nous avons dénommée *Cholédochotomie trans-duodénale* ou intra-duodénale, que M. Jourdan appelle *Cholédochotomie interne*, et à laquelle Kocher a réservé le nom de *Cholédocho-duodénostomie interne.* — Cette dernière appellation, quoique exacte dans le cas particulier, ne nous paraît pas très juste ; aussi avons-nous le regret de ne pouvoir l'adopter, quoiqu'elle soit proposée par l'inventeur même de l'intervention, parce qu'elle n'est qu'un cas particulier de la *Cholédochotomie trans-duodénale* en général.

Manuel opératoire. — Voici, en effet, comment Kocher procéda. La description de l'opération montre bien qu'il voulut, non pas anastomoser les deux organes, mais bien pénétrer dans l'un en passant au travers de l'autre. Il n'a fait l'anastomose que parce qu'il a cru prudent de ne pas faire autrement.

Après une *Duodénotomie exploratrice* antérieure typique, sentant un calcul dans l'ampoule de Vater, et ne pouvant pas l'en extraire à l'aide des moyens qu'il avait

(1) Ce sont les réflexions faites par M. le Dr Weir, à propos de cette communication, qui nous font penser qu'il s'agit bien du cholédoque et non pas du cystique.

(2) M. le Dr Mac Burney a présenté ce calcul biliaire à la *Société de Chirurgie* de New-York, dans la séance du 11 mars 1891.

(3) Il est très probable que c'est *cholédoque* qu'il faut lire.

(4) Lire également *cholédoque !*

(5) C'est le premier cas de ce genre que le Dr Burney ait eu à traiter. — A la Société de Chirurgie de New-York, il s'est demandé si cette opération était bien nécessaire ou s'il ne valait pas mieux laisser agir la Nature, qui, à son avis, aurait pu expulser le calcul, en lui frayant une voie grâce à une ulcération. M. le Dr Weir lui répondit qu'en laissant ainsi se produire des ulcérations, le foie pouvait souffrir d'une obstruction biliaire persistante, que l'ulcération de l'intestin pouvait être dangereuse et qu'enfin le calcul aurait bien pu après causer une obstruction intestinale. Ce qui est exact.

(6) Martig. — *Beitræge zur Chir. der Gallenwege.* — 1893, p. 316.

© BIU Santé

à sa disposition, il fit une *duodénotomie postérieure*, en incisant la paroi postérieure de l'intestin, longitudinalement, sur la saillie du corps étranger. A ce moment, il avait donc traversé de part en part le duodénum et avait fait une opération trans-duodénale!

Alors il attaqua forcément la paroi du cholédoque, ouvrit ce conduit et fit l'extraction du calcul. La Cholédochotomie trans-duodénale était réalisée.

Il termina en *suturant les bords de la plaie du cholédoque aux bords de la plaie duodénale postérieure*. Il réalisa évidemment ainsi une *Cholédocho-duodénostomie interne* ou mieux *trans-duodénale*. Cela n'est pas discutable. Mais il procèda ainsi, très probablement, parce qu'il craignit de faire séparément : 1° des sutures sur le cholédoque; 2° des sutures sur la partie postérieure de l'intestin. Il a dû avoir peur que de la bile ne s'écoulât dans le tissu cellulaire rétro-duodénal! Si donc il fit une anastomose, ce ne fut qu'un moyen détourné d'arriver au but; ce ne fut, — qu'on nous pardonne le mot —, qu'un *truc* opératoire, d'ailleurs excellent, pour éviter des complications qui ne se seraient peut-être pas produites, étant donné ce que l'on sait de la cholédochotomie à l'heure actuelle.

Le brillant résultat obtenu donne raison à Kocher. Aussi pourrait-on dénommer son intervention : *Cholédocho-duodénostomie trans-duodénale*, ou *Cholédochotomie trans-duodénale* avec *Cholédocho-duodénostomie*, comme on dit Cholédochotomie typique avec ou sans sutures. Mais on peut concevoir une *Cholédochotomie trans-duodénale typique*, avec sutures d'abord du cholédoque, puis de l'intestin, sans anastomose de précaution. C'est cette raison qui nous a fait préférer notre appellation, plus générale, à celle, plus restreinte, de Kocher.

Ce chirurgien termina, bien entendu, cette opération comme une Duodénotomie exploratrice. Nous n'avons rien à ajouter de plus à ce propos.

Indications. — L'avenir de cette intervention, la *Cholédochotomie trans-duodénale*, soit exécutée à la mode de Kocher, c'est-à-dire suivie de Cholédocho-duodénostomie, soit pratiquée d'une façon absolument typique avec deux rangs de sutures superposées (ce qui n'a pas été tenté jusqu'à présent), n'est pas discutable. C'est d'ailleurs l'avis des professeurs Kocher et Terrier. Elle rendra de grands services dans tous les cas de calculose de la portion rétro-duodénale du cholédoque; et il ne semble pas que sa gravité soit plus grande que celle d'une simple Cholédochotomie ordinaire.

Traverser l'intestin n'est rien, quand on sait le fermer; mais il faut le savoir. Tout est là.

* * *

Comme on vient de le voir par le court exposé qui précède, la médecine opératoire du duodénum constitue, aujourd'hui, un chapitre important, quoique très nouveau, et une de ses parties touche de fort près à la pathologie chirurgicale des voies biliaires. Mais il ne faut pas oublier que bien d'autres lésions de cet organe, très accessible et très chirurgical, sont susceptibles d'être attaquées avec succès par un opérateur hardi et habile. Telles sont les ulcérations et les perforations; tels sont les rétrécissements congénitaux ou acquis, voire même les tumeurs. Mais ce serait sortir de notre sujet que de nous engager aujourd'hui dans une voie dans laquelle nous reviendrons certainement un jour.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès international de Médecine de Moscou.

Comme nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, le Congrès s'est ouvert avec un grand éclat. On a constaté à Moscou la présence de plus de 7.000 médecins (7.300, dit-on). Le Comité français a délivré plus de 400 cartes, et, s'il n'y a que 400 Français de rendus, c'est que quelques-uns se sont égrenés en route ou ont sans doute... été arrêtés à la frontière! On a remarqué surtout le nombre imposant des Autrichiens; celui des Allemands, à peu près équivalent, est bien au-dessous des évaluations optimistes, qui avaient été formulées à Paris par des personnes se disant bien informées. Il est probable qu'en Allemagne, comme en France, l'organisation n'a pas marché toute seule, — par suite des retards dus à l'inaction du Comité central —, et qu'au moment de partir beaucoup d'Allemands, comme un certain nombre de Français, sont restés chez eux.

Quoi qu'il en soit, à la séance d'ouverture, MM. les Prs Launder Brunton (de Londres), Lannelongue (de Paris) et Virchow (de Berlin) ont fait les communications annoncées au programme et qu'on trouvera analysées plus loin.

Nous publierons *in extenso*, si nous le pouvons, dans ce journal, le compte rendu complet des diverses sections de Médecine, grâce à l'analyse qui nous est fournie par l'*Agence de la Presse scientifique internationale*. Vu l'abondance énorme des documents, pour les autres sections, nous ne donnerons qu'un très court résumé des principales communications qui seront adressées à l'Agence.

On trouvera en outre plus loin (1) une correspondance de Moscou qui donne une idée assez exacte de ce qui s'est passé là-bas, quelques jours avant l'arrivée des Congressistes.

Un grand nombre d'orateurs se sont fait inscrire dans les différentes sections, de sorte que les Russes, en leur qualité d'amphitryons, se sont vus dans la nécessité ou de parler les derniers ou de céder à leurs invités leur tour de parole, si le temps vient à manquer. La salle du théâtre où se réunit le Congrès n'était pas assez vaste pour offrir accès à tous les membres et il y a eu pour chaque *séance générale* un tirage au sort des places.

On a remarqué l'absence des médecins polonais. Cette absence est motivée par le fait que l'usage de la langue polonaise a été interdit; on sait que les seules langues autorisées avec raison sont l'allemand, le français, l'anglais et le russe. Le maire (capitaine général) de Moscou a annoncé au Congrès qu'un prix de 5.000 francs était institué pour être décerné tous les deux ans à l'auteur du meilleur travail sur les épidémies. Le délégué japonais, s'exprimant en langue allemande, a invité le congrès à se réunir ultérieurement à Tokio.

La *Semaine médicale*, dans son dernier numéro, formule quelques remarques au sujet des Congrès internationaux; quelques-unes seulement nous paraissent justifiées. Mais, pour aujourd'hui, nous ne pouvons entrer dans la discussion des problèmes soulevés par notre confrère; et nous y reviendrons sous peu pour les discuter à loisir, la question étant des plus importantes.

M. B.

---

(1) Voir page 140.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(*Moscou*, 19-26 *Août* 1897).

Ouverture du Congrès.

La séance générale d'ouverture du Congrès a eu lieu le 19 août, à 1 heure de l'après-midi, au Grand Théâtre Impérial de Moscou, en présence de l'auguste protecteur du Congrès Son Altesse Impériale, le Grand Duc Serge Alexandrowitch.

Discours d'ouverture du Président du Comité d'organisation, M. le Pr N.-B. Sklifossowsky. — Rapport du Secrétaire général, M. le Pr Roth. — Allocutions des représentants d'honneur, délégués des Gouvernements étrangers, et des secrétaires (1). Dr Kohos.

I. — Première Assemblée générale.

De la continuité de la vie comme base d'une conception biologique.

M. le Dr Virchow (de Berlin). — L'auteur dit que, actuellement, la médecine doit se placer au point de vue purement biologique. On avait d'abord adopté la théorie de la génération spontanée, théorie renversée depuis les travaux de Pasteur; on a pu éliminer cette notion et se convaincre que pour qu'une cellule prenne naissance, il faut qu'une autre cellule lui donne vie. Il ne peut y avoir de déformation ni de maladie sans que tout d'abord il y ait une cellule vivante qui prolifère par une cause irritative quelconque. Les systèmes des hommes sont caducs et variables, mais les hommes, les bêtes et les plantes persistent toujours malgré tous les obstacles qui s'opposent à leur existence : il en sera de même pour la science biologique.

Thérapeutique générale des tuberculoses d'ordre chirurgical, et, plus spécialement, ostéo-articulaires.

M. le Pr Lannelongue (de Paris). — D'après l'auteur, la chirurgie peut, sans péril (confiante dans la méthode antiseptique), tenter, dans la grande majorité des cas, surtout dans les cas de tuberculose ostéo-articulaire, la destruction de tout foyer tuberculeux. Elle n'échoue dans sa tâche que parce qu'elle n'enlève pas tous les infiniment petits, et qu'il reste, perdus au milieu de la matière vivante, de nouveaux organismes à peine différents d'elle, dont le réveil, un jour donné, est appelé à décider de ses destinées; il faut donc mettre le bacille dans l'impossibilité de nuire. Il n'existe pas, en effet, chez l'homme, d'immunité conférée par une première atteinte, de telle sorte qu'on peut se demander si le bacille porte en lui son remède comme beaucoup d'autres microbes. Les recherches en ce sens n'ont pas manqué, les agents physiques, chimiques, ont tous été épuisés mais sans résultat absolu.

Si donc le microbe de la tuberculose porte en lui le remède aux destructions dont il afflige l'humanité, il faut, à tout prix, lui arracher son secret et l'obliger à se rendre. Sinon il conviendra de changer de méthode.

Des rapports existant entre la physiologie, la pharmacologie, la pathologie et la médecine pratique.

M. le Dr Brunton (L.) (de Londres). — La physiologie, la pharmacologie, la pathologie, tendent à se fusionner en se simplifiant mutuellement. La pathologie étudie aujourd'hui la nature et les actions des ferments et des poisons que les microbes produisent; par suite, la pharmacologie peut être également considérée comme constituant une branche de la physiologie, puisqu'elle étudie les phénomènes vitaux dans les modifications qu'ils éprouvent sous l'influence des médicaments. D'autre part, les dernières découvertes physiologiques ont été faites à l'aide des méthodes pharmacologiques. Aussi, actuellement, la médecine pratique doit-elle se baser sur la physiologie, la pharmacologie et la pathologie.

(1) La fête des *Galeries du Commerce* a eu lieu le 19 août à 9 h. 1/2. — Programme de la Fête : Orchestre militaire et bal. Chœur russe, chœur petit-russien, chœur tzigane, chœur de cosaques.

II. — Section de Médecine (1).

Séance du 20 août 1897 (première séance).

Classification clinique des néphrites.

M. le Dr Brault (de Paris). — Le travail de M. Brault consiste dans la publication et le commentaire de 22 observations de néphrites. L'étude a été faite surtout au point de vue étiologique. Pour quelques-unes de ces observations, la pathogénie est inconnue. Toutefois, voici en substance le résumé des idées de l'auteur à ce sujet. Les conditions de la néphrite sont particulièrement favorables, lorsqu'on est en présence de faits simples, lorsque le malade est ou saturnin, ou goutteux, s'il a été soumis quelques années auparavant à une infection grave, suivie d'albuminurie et d'anasarque. Si l'on peut fixer exactement le moment d'apparition de la néphrite, c'est-à-dire la durée probable, on aurait en mains les facteurs indispensables pour assurer l'explication de l'évolution passée et prévoir l'évolution future. Si l'on veut plus de renseignements, il faut interroger le cœur, le pouls, les autres organes. On voit que, durant cet examen, l'esprit n'est nullement guidé par le souvenir de l'ancienne division des néphrites et que les expressions de parenchymateuse et interstitielle n'appartiennent plus désormais qu'à l'histoire des néphrites.

Etude sur l'immunité. Rôle et importance des modifications humorales dans l'immunité acquise.

M. le Pr Roger (de Paris).— Etude savante dans laquelle l'auteur nous amène à une conception plus aisée des grandes causes de l'immunité, et nous fait pénétrer dans le mécanisme mis en œuvre par l'économie pour résister aux infections.

Les changements, qui se produisent dans la constitution des humeurs et des tissus, ne sont pas primitifs; ils sont liés à une impulsion nouvelle et à l'activité nutritive des cellules. Elles peuvent exercer leur rôle protecteur, soit en sécrétant des substances bactéricides ou antimicrobiennes, soit en enkystant et digérant les éléments figurés. Etant données nos connaissances actuelles sur les vaccines, nous sommes naturellement conduits à attribuer aux cellules l'action initiale, c'est-à-dire la secrétion de liquides microbicides; mais toutefois l'auteur s'empresse d'ajouter que sans l'intervention de la phagocytose les éléments pathogènes finiraient toujours par se développer, comme ils le font dans les sérums en dehors de l'organisme. Adoptons donc ses conclusions et disons avec lui que : « Chez les animaux vaccinés, la phagocytose achève l'œuvre commencée par les humeurs et que les deux processus sont également indispensables pour assurer le triomphe de l'organisme. »

L'inoculation du sang capillaire de congénère dans la tuberculose acquise.

M. le Dr Maurice Bloch (de Paris). — Dans différentes communications faites par nous à l'Académie de Médecine et autres Sociétés savantes de Paris, nous avons démontré que l'inoculation du sang capillaire issu d'un congénère arthritique ou vigoureux déterminait, à la dose d'un demi à un centimètre cube, d'une part des réactions proportionnelles à l'intensité de l'infection tuberculeuse, et d'autre part des modifications thérapeutiques, en raison inverse de ces mêmes réactions. Il résulte de ces faits, envisagés systématiquement, que l'absence de phénomènes réactionnels comporte un pronostic favorable et que c'est dans la tuberculose initiale ou mieux encore dans la période prétuberculeuse, que l'inoculation capillaire trouvera ses applications. Dans toutes nos recherches, nous avons pu adopter, à cause de la constance de ses résultats, le sang arthritique comme unité de mesure, et grâce à ce type de comparaison, nous avons décrit, à côté des réactions normales, un certain nombre d'autres, anormales, fausses, etc. L'inoculation alternative de plusieurs phtisiques cavitaires, avec du sang étranger d'abord et du sang de congénère ensuite, nous a montré que le pouvoir thérapeutique, une plus

(1) Compte rendu de l'*Agence de la Presse scientifique internationale* (A. P. S.)

© BIU Santé

grande somme des faits réactionnels, et l'accoutumance appartenaient au sang de congénère et permettaient d'établir une distinction bien nette entre son action et celle du sang étranger. En résumé, nous croyons que l'inoculation du sang capillaire de congénère est appelée à jouer un rôle préventif considérable dans la tuberculose acquise. Une seule inoculation suffit.

Rôle du spasme et de la contracture dans les affections des organes digestifs. Description, diagnostic, traitement.

M. le Dr Jules GEOFFROY (de Paris). — Dans les travaux d'ailleurs très remarquables qui ont été publiés au cours de ces dernières années, on a absolument laissé de côté l'étude du rôle que joue le tissu musculaire dans les états physiologiques et pathologiques de l'appareil digestif ; ou, du moins, on ne s'en est occupé que pour réduire sa pathologie à l'atonie. Il faut cependant réfléchir que, quand un muscle est frappé d'atonie, c'est, ou bien que le système nerveux qui l'anime est lui-même atteint, ou que le muscle a été soumis à un travail excessif ou trop prolongé : l'atonie est une conséquence, dont il n'est pas oiseux de rechercher la cause. C'est cette importante période d'activité exagérée maladive, de la fibre musculaire des voies digestives que le Dr J. Geoffroy veut désormais faire entrer en ligne de compte dans l'étude des affections digestives.

Il fait remarquer que, si les fonctions physiologiques dévolues à l'estomac et à l'intestin, ne peuvent aucunement s'accomplir sans l'intervention directe et constante de leur tunique musculeuse, par contre il faut bien reconnaître que toutes les affections de ces organes retentissent sur elle par la voie du système nerveux, en produisant d'abord le spasme et la contracture, plus tard, mais plus tard seulement, l'atonie et la dégénérescence. Pour l'auteur, spasme et contracture ne sont que la réaction des fibres musculaires lisses de l'appareil digestif en présence de l'état pathologique de la muqueuse et de ses sécrétions, ou des tiraillements que l'organe peut subir dans ses déplacements (ptoses). Il va plus loin ; et, considérant la richesse nerveuse du tube digestif avec son double plexus, il pense que, sous la seule influence du système nerveux, il peut se produire une susceptibilité, une irritabilité de la fibre musculaire lisse (états moraux, fatigues, surmenage, névropathie, hystérie) capable d'engendrer à elle seule le spasme et la contracture et les phénomènes pathologiques qui en sont la conséquence.

Quand le tube digestif est affecté de spasme et de contracture, que l'affection soit primitive ou secondaire, la circulation intérieure et l'élaboration des matériaux de la digestion se trouvent arrêtées, de même que leur absorption et l'élimination de leurs résidus ; la circulation sanguine rencontre elle-même des difficultés qui, ajoutées à l'irritation des plexus nerveux gastro-intestinaux, exercent une influence fâcheuse sur l'état général de la constitution. Il se crée ainsi des états morbides qui varient suivant la localisation des phénomènes de spasme et de contracture, et sur lesquels l'auteur appelle l'attention.

En face de ces obstacles mécaniques, il faut reconnaître l'impuissance de la thérapeutique pharmaceutique. Que peuvent en une telle occurrence les digestifs, les absorbants et les antiseptiques ?

Il importe donc de savoir reconnaître ces états si importants de spasme et de contracture des différentes régions du tube digestif, et de savoir quelles sont les régions qui peuvent en être affectées, et pourquoi certaines régions plutôt que d'autres. Une sorte de massage particulier, à la fois doux et pénétrant, et surtout très calmant, que l'auteur désigne sous un nom qui le définit, la *palpation prolongée* constitue à la fois le moyen de diagnostic et le procédé de traitement ; son effet est certain et généralement très rapide, pourvu que l'on sache où et comment il faut l'appliquer.

De même que les spasmes des organes abdominaux (utérus, vessie) peuvent se communiquer au tube digestif, de même le spasme et la contracture des différentes portions du tube digestif retentissent souvent sur les organes voisins (canal cholédoque, ictère ; utérus, vessie, urèthre). Ces spasmes secondaires cèdent, sans traitement particulier, dès que l'on fait cesser ceux du tube digestif qui les avaient engendrés.

Ce procédé ouvre donc une voie nouvelle et très féconde, aussi bien pour le diagnostic que pour la thérapeutique.

Les modifications des échanges. Le type nutritif dans l'immunité.

M. le Dr CHARRIN. — M. le Pr Bouchard a soutenu le premier que l'immunité est une propriété cellulaire, formule adoptée par beaucoup d'auteurs. En suivant cette idée, j'ai cherché avec Desgrez, à établir le type nutritif des animaux vaccinés, sans me préoccuper tout d'abord, des produits spécifiques. Nous avons pris des lapins solidement vaccinés contre le bacille pyocyanique, en pleine santé, ne subissant plus en rien l'influence des toxines vaccinantes qui accélèrent souvent la nutrition en donnant des accès de fièvre. Nous avons mis ces animaux à un régime d'entretien, lait et carottes, isolés ou réunis, suivant les séries ; après plusieurs jours d'entraînement à ce régime, les rations alimentaires étant parfaitement semblables, nous avons analysé les urines. Une première série a donné, au point de vue de l'urée, des différences faibles, mais les quatre autres ont montré que l'urée chez les immunisés était inférieure de 1/4, 1/3, 1/2 à celle des lapins normaux. A vrai dire, il s'agit là d'animaux réfractaires par un processus plus bactéricide ou phagocytaire qu'antitoxique ; il s'agit d'animaux parfaitement vaccinés, sans aucune trace des mauvais effets des toxines. Dans d'autres conditions, à d'autres degrés d'immunisation, à d'autres périodes, on pourra trouver d'autres résultats. Une série de considérations ou d'expériences conduisent d'ailleurs à établir d'autre part la participation des cellules, à la genèse des éléments protecteurs, bactéricides, antitoxiques, etc., etc., et cela sans parler des modifications de phagocytes, dont l'augmentation d'activité indique clairement un changement cellulaire. Injectez du sérum antidiphtérique actif à un premier groupe de lapins ; recueillez les urines de ces lapins qui reçoivent 1 ou 2 centimètres cubes de ce sérum, tous les jours ou tous les deux jours. Déposez ces urines fraîches sous la peau de plusieurs cobayes, à raison de un centimètre cube ou deux par vingt-quatre heures ; allez jusqu'à 15, 20, 25 par animal ; puis introduisez de la toxine diphtérique : vous pourrez voir que ces cobayes, comme je l'ai constaté avec De Nittis, n'ont pas d'accroissement notable de leur résistance. Il en résulte que les composés antitoxiques ne paraissent pas s'éliminer d'une façon appréciable, conformément à l'opinion du Pr Bouchard. D'autres auteurs, il est vrai, estiment le contraire ; mais tous sont d'accord pour reconnaître que, si on administre quelques centimètres cubes de ce sérum antidiphtérique à un second groupe de lapins normaux au bout de quelques semaines, au bout d'une durée variable avec le volume utilisé, on ne trouve plus, dans leurs tissus, de quantités saisissables de ce sérum. Ainsi, que ce soit par voie d'élimination, que ce soit par un autre procédé, ce sérum disparaît, avec lui les corps antitoxiques. D'un autre côté, si vous vaccinez un troisième groupe de lapins, par les moyens habituels, en employant les produits solubles du bacille de Löffler, même en injectant une dose de ces produits solubles inférieure à celle du sérum antidiphtérique déposée chez les animaux du second groupe, vous obtiendrez une immunité durable. Cette immunité prendra fin assurément ; toutefois elle persistera au delà du temps que le sérum a mis à disparaître chez les sujets du second groupe, c'est-à-dire que ces lapins du troisième groupe posséderont, dans leurs humeurs, des corps antitoxiques plus longtemps que les précédents. En résumé, les éléments protecteurs antitoxiques introduits directement, sous forme de sérum, disparaissent par un procédé quelconque, élimination, oxydation, etc. ; chez les sujets immunisés par les toxines, ces éléments persistent, sans qu'on en fasse pénétrer artificiellement du dehors. Dès lors, il faut admettre que les tissus participent à la genèse de ces éléments protecteurs. On ne saurait prétendre qu'on les a fait pénétrer inclus tels quels dans les toxines. En premier lieu, si on les cherche dans ces toxines, on ne les décèle pas : ces toxines préviennent le mal, mais, loin de le guérir, elles l'aggravent ; en second lieu, ils n'apparaissent que plusieurs jours après l'arrivée de ces toxines ; en troisième lieu, ces toxines s'éliminent assez vite ; en quatrième lieu, cette élimination prend fin après quelques semaines, et pourtant, à ce moment, ces corps protecteurs sont de

© BIU Santé

plus en plus manifestes ; en cinquième lieu, il n'existe pas de principes défensifs, bactéricide ou antitoxique, supportant 100, tandis que certaines toxines vaccinantes les supportent.

De la cancérose et de son traitement au moyen des ferments purs.

M. le Dr DE BACKER (de Paris). — Nous avons cité un grand nombre de faits déjà anciens. Il y en a beaucoup d'autres que nous continuons à suivre en ce moment. Comment peut-on les interpréter? Quelle est l'action des ferments sur les tumeurs en général? — Nos premiers essais ont été inspirés par l'idée générale de substituer une fermentation intra-humaine normale à ce que nous jugions être une fermentation pathologique. Les succès ont dépassé nos espérances. Nous avons obtenu des résultats favorables, d'une durée variable, chaque fois que nous avons observé la réaction caractéristique de l'injection de nos ferments. Il nous reste à chercher la raison de ces résultats. Le 5 novembre 1894, parut à l'Académie des Sciences, une note, la dernière que lut M. le Pr Verneuil, au nom de M. Brault, et le fait le plus saillant qui puisse être dégagé de ces recherches c'est que la *proportion de glycogène trouvé dans une tumeur est exactement en rapport avec la rapidité de son développement*. Les *ferments purs* injectés sous la peau dans la région lymphatique, correspondant à la tumeur fermentent sur place et pour cela empruntent au néoplasme le plus de matière fermentescible, c'est-à-dire de matières glycogènes nécessaires à l'évolution néoplasique. Celle-ci est donc, sinon arrêtée, certainement ralentie. C'est en effet ce que nous avons régulièrement observé, quelle que fût, du reste, la prolifération rapide des cellules dites anarchistes. La production définitive de l'*alcool à l'état naissant* que nos cellules-ferments ont pour effet d'amener, est-elle d'une efficacité seconde? Nous le pensons. Ajoutons à ces effets une leucocytose abondante qui accompagne toujours nos injections. Celle-ci est-elle favorable? Certaines expériences d'Emmerich, de Munich, semblent le démontrer, ainsi que les essais thérapeutiques tentés, avec des succès relatifs, par l'inoculation érysipélateuse.

Les vomissements incoercibles des femmes enceintes; leur guérison rapide.

M. le Dr Jules GEOFFROY (de Paris). — Appliquant la méthode de la *palpation prolongée* du tube digestif à l'examen des femmes grosses, atteintes de vomissements incoercibles, M. le Dr Jules Geoffroy (de Paris) est arrivé à constater que ces vomissements étaient dus à une contracture réflexe du tube digestif, pylore, duodénum, mais plus particulièrement de l'angle ilio-pelvien du côlon. La contracture du pylore et du duodénum étant elle-même secondaire et résultant de celle de l'angle ilio-pelvien du côlon, c'est sur ce dernier point qu'il faut agir. La *palpation prolongée*, qui permet de reconnaître cet état d'hyperesthésie et de contracture, en constitue aussi le traitement; son action est certaine et rapide. En une, deux ou trois séances très courtes, elle calme l'hyperesthésie, fait cesser la contracture. La disparition de ces phénomènes entraîne celle des vomissements dont ils étaient la cause et la guérison s'établit ainsi rapidement. L'auteur rapporte plusieurs observations concluantes à l'appui de sa découverte.

Pathogénie de l'obésité.

M. le Dr LE GENDRE (de Paris).— L'obésité est une des modalités de l'arthritisme. Les causes prédisposantes sont l'hérédité et le sexe féminin. Les causes occasionnelles sont : le régime alimentaire défectueux ; la dyspepsie ; l'usage habituel de l'alcool ; la sédentarité ordinaire ; la cessation subite de longues privations et certaines circonstances d'ordre pathologique telles que : les anémies, la chlorose, une maladie grave, aiguë ou chronique, aussitôt après laquelle l'obésité commence à se manifester. Les causes de l'obésité peuvent être rangées sous deux chefs : 1° Celles qui s'opposent à la destruction de la graisse dans l'économie ou défaut de désassimilation. 2° Celles qui accroissent la production de la graisse dans l'économie, ou excès d'assimilation. — Les transformations des hydrates de carbone en graisse se font par des ferments. Les modifications dans l'abondance ou l'activité des ferments expliquent les divers états pathologiques. L'influence du système nerveux sur l'obésité est prouvée ; mais son mécanisme est encore assez obscur.

De la physiologie pathologique des thromboses et des coagulations sanguines.

M. le Pr V. CORNIL (de Paris). — L'organisation des caillots intra-vasculaires se fait aux dépens des éléments cellulaires de la tunique interne des vaisseaux, cellules endothéliales de l'endoveine ou de l'endartère. Le réticulum fibrineux du caillot sert de soutien à la végétation de ces éléments. Les phénomènes d'organisation sont très rapides; ils commencent, dès le premier jour, par des modifications dans les cellules endothéliales. Les néo-capillaires apparaissent vers le troisième et quatrième jour, et le tissu conjonctif vers le neuf et dixième. L'étendue et le degré du traumatisme que l'on fait subir au vaisseau ont une certaine influence sur l'étendue et la rapidité de l'organisation. La septicité du caillot retarde, au contraire, les phénomènes. Les phénomènes d'organisation sont partout les mêmes, quel que soit le siège de la coagulation sanguine : vaisseau, cœur, poumon, tissu cellulaire. Selon le siège, l'agent de l'organisation est la cellule endothéliale vasculaire, cardiaque, pulmonaire ou bien la cellule fixe du tissu conjonctif, dont les autres ne sont que des dérivés.

Les défenses gastro-intestinales vis-à-vis des toxines.

M. CHARRIN. — On sait qu'il existe, dans toute la longueur du tube digestif, en dehors des barrières anatomiques, épithéliales, une série de défenses, salive, mucus, sucs glandulaires, acides, bile, principes aromatiques, CO^2, phagocytes, etc., ayant surtout action contre les bactéries vivantes; on connaît moins les protections organisées en vue d'atténuer les effets des sécrétions microbiennes. On sait pourtant qu'on peut introduire impunément, dans l'intestin, 10, 20 centim. cubes d'une toxine qui, déposée dans le sang, tue à 1/2 de ces centimètres cubes ; j'ai montré que, pour ces principes d'origine parasitaire, il se passe ce qu'on observe pour le curare, les venins. Or c'est là un point important, attendu que, de toutes les portes d'entrée, celle du tube digestif est, dans la pratique, celle que choisissent les 4/5 des agents morbifiques. Pourquoi ces toxines n'agissent-elles pas? J'ai prouvé tout d'abord avec Cassin qu'elles sont absorbées, que l'influence du foie est insuffisante; j'ai comparé les toxicités de volumes égaux de ces mêmes produits solubles broyés avec des poids égaux de foie, de rate, de rein, car l'injection dans la veine porte est de peu de valeur; la solution qui pénètre par cette veine se dilue en premier lieu dans le lacs hépatique, en second lieu dans la circulation générale, unique dilution avant d'aller aux centres nerveux, de la solution déposée dans les capillaires périphériques; en outre, la lenteur du système porte fait que cette injection pénètre plus lentement; or, vitesse et degré de dilution peuvent tout fausser. Avec Lefèvre, j'ai mis des toxines en digestion à 37° pendant 24 ou 48 heures, avec des sucs gastriques et intestinaux. La pepsine imprégnée sur du phosphate de chaux a supprimé la toxicité de la toxine diphthérique utilisée. L'acide chlorhydrique agit fort peu. Avec Mangin, j'ai cultivé des parasites divers dans ces toxines; or, comme l'a vu de son côté Metchnikoff, cette culture affaiblit l'action des sécrétions bactériennes. Ces digestions, ces cultures, se font aisément dans tout tube digestif. De plus, avec Cassin, j'ai vu qu'un intestin dont la muqueuse est morte laisse passer des toxines qui restent actives, qui altèrent le foie, tandis que ces toxines tout au plus vaccinent, lorsque cette muqueuse est saine. En outre, des sécrétions de cette muqueuse on extrait des principes qui, en agissant sur l'économie, retardent une infection due à des microbes intestinaux. Les sucs digestifs, en transformant les toxines, les bactéries, en les métamorphosant par leur évolution, certains éléments de la muqueuse, etc., tels sont, en dehors des barrières anatomiques, qui entravent l'absorption, la dialyse, etc., quelques-uns des processus de défense placés au niveau de l'intestin contre les toxines.

Rapport sur le traitement du tabes.

M. le Pr GRASSET (de Montpellier). — I. Comme il n'y a pas de traitement *spécifique* du tabes, les indications thérapeutiques ne peuvent être déduites que de la connaissance de la

© BIU Santé

nature nosologique de cette maladie. Le tabes est un *syndrome anatomo-clinique*, bien défini d'un côté par ses symptômes et son évolution (histoire clinique), de l'autre par ses lésions (histoire anatomique). Ce syndrome anatomo-clinique fait partie d'une maladie plus générale : *la sclérose multiple disséminée*. Car, 1° dans le tabes pris en lui-même il y a souvent des lésions scléreuses éparses, discontinues, disséminées ; 2° avec le tabes coexistent souvent, chez le même sujet, d'autres syndromes anatomo-cliniques nerveux, qui correspondent à d'autres foyers disséminés de sclérose du système nerveux ; 3° au tabes on trouve également fréquemment associées, chez le même sujet, diverses scléroses d'organes autres que le système nerveux. Comme l'*étiologie* de la sclérose multiple disséminée, l'étiologie du tabes est essentiellement *complexe*. La syphilis est la cause la plus fréquente ; mais elle n'est pas le seul élément étiologique, même dans les cas où on la rencontre. L'arthritisme, diverses intoxications, la disposition névropathique héréditaire ou acquise, le surmenage médullaire et d'autres causes jouent aussi un rôle. Il y a des éléments étiologiques multiples qui collaborent pour produire soit la sclérose elle-même, soit sa localisation sur la moelle sensitive. Cette notion importante de la complexité étiologique est la seule qui me paraisse expliquer la parasyphilis : la syphilis n'y est qu'un complice ou un co-accusé.

II. Cela posé, *le tabes est curable*. Les faits prouvent notamment qu'il peut être *cliniquement* guéri alors même que la lésion persiste. D'autre part, le tabes peut aussi, à défaut de guérison, présenter des *rémissions* et des *rétrocessions partielles*, assez longues et assez durables pour être désirées par le malade. Enfin, dans des cas moins favorables, on peut encore obtenir des *temps d'arrêt*. L'ataxie locomotrice n'est donc pas implacablement progressive. Donc, malgré l'anatomie pathologique et ses conclusions décourageantes sur la sclérose définitive de la moelle, il y a lieu d'étudier le traitement du tabes et de discuter ses ressources.

III. On peut classer sous trois chefs les *actions thérapeutiques* à rechercher dans le tabes. On peut chercher : 1° à guérir, améliorer ou enrayer l'état anatomique de la moelle ; 2° à rétablir les fonctions troublées de la moelle malade ; 3° à soulager les symptômes pénibles ou gênants. Et les *moyens* proposés pour remplir ces indications se classeront en trois groupes : 1° Moyens s'adressant aux éléments étiologiques (*agents modificateurs des causes du tabes*) ; 2° moyens s'adressant aux éléments anatomiques (*agents modificateurs des lésions du tabes*) ; 3° moyens s'adressant aux éléments symptomatiques (*agents modificateurs des symptômes du tabes*).

IV. Dans les *médications étiologiques* du tabes, il faut discuter le traitement antisyphilitique, le traitement antiarthritique et divers autres traitements étiologiques. 1° Le traitement *antisyphilitique* n'est pas nuisible dans le tabes. Souvent il fait du bien (rémissions, rétrocession partielle) ; exceptionnellement, il guérit. On doit l'instituer toutes les fois que la syphilis antérieure est certaine, probable ou seulement possible chez le tabétique. D'où la règle qu'on doit toujours instituer le traitement spécifique chez un tabétique dont on pose le diagnostic pour la première fois. Ce premier traitement sera mixte et durera trois mois. Les reprises ultérieures du traitement seront réglées suivant la tolérance et les effets. L'emploi des eaux chlorurées et sulfureuses se rattache à cette indication. 2° Le traitement *antiarthritique* comprendra les alcalins, les iodures (à faible dose), l'arsenic,... un régime et une hygiène particuliers ; certaines eaux minérales. 3° Les indications tirées des autres éléments étiologiques se déduisent de ces éléments mêmes et se synthétisent dans le traitement étiologique de l'état névropathique en général.

V. Les agents thérapeutiques qui s'adressent aux *lésions* du tabes tirent leur indication de la *nature scléreuse* de ces lésions ou de leur *localisation médullaire*. 1° Contre la *sclérose*, on emploie surtout les préparations iodées (iodures, teinture d'iode), les sels d'argent s'il y a intolérance des iodiques ; le seigle ergoté (en surveillant et par séries courtes) dans les poussées aiguës ou subaiguës, en dehors des périodes de rémission), certains procédés électrothérapiques, l'élongation des nerfs (à peu près abandonnée aujourd'hui) et divers procédés d'élongation de la moelle. Parmi ces derniers, la suspension doit être retenue comme un moyen utile, dans les phases essentiellement chroniques, à la condition formelle d'être continuée très longtemps : elle paraît s'adresser à la sclérose réalisée, au reliquat des poussées antérieures, à l'infirmité ou à la cicatrice plutôt qu'à la maladie dans son processus actif et progressif.

VI. Le traitement *symptomatique* peut se grouper sous cinq chefs principaux :

1° Les *douleurs fulgurantes* et les *crises viscéralgiques* sont justiciables de tous les sédatifs : opium (éviter le plus possible les injections de morphine), antipyrine, etc. Contre les crises d'estomac, on a employé l'oxalate de cerium. L'étude du chimisme stomacal dans chaque cas fournira des indications complémentaires utiles. Au même groupe appartient une série de moyens externes : révulsifs, chloroforme, eau chaude, électricité, eaux minérales sédatives.

2° A l'*amyosthénie* et à l'*asthénie* on a opposé la médication séquardienne et la transfusion nerveuse, qui peuvent être remplacées aujourd'hui par les injections de sérum artificiel et de glycérophosphates. Au même groupe appartiennent les toniques internes (généraux et spéciaux) et aussi le massage et l'hydrothérapie, l'électricité et certaines eaux minérales.

3° Contre l'*ataxie*, la rééducation des muscles suivant la méthode de Frænkel est un récent et utile moyen : c'est la rééducation de la moelle par le cerveau ou le développement, par l'action cérébrale, d'une compensation médullaire, compatible avec la persistance de la lésion (comme dans le cas de Schultze). Ce moyen doit être employé en dehors des poussées aiguës ou subaiguës, quand la vue, les fonctions intellectuelles et la force musculaire sont suffisamment conservées.

4° Sans parler de l'hystérie simulant le tabes et de l'association hystéro-tabétique, on peut dire que les phénomènes *névrosiques* occupent dans la symptomatologie du tabes une place beaucoup plus importante qu'on ne le croit et qu'on ne le dit généralement. Le premier et le principal moyen pour combattre ces symptômes est la suggestion. Au même groupe appartiennent : certaines applications électriques, l'hydrothérapie et certaines eaux minérales. 5° Enfin les troubles vésico-rectaux, les troubles oculaires, les troubles trophiques, les troubles circulatoires, les crises bulbaires sont le point de départ d'indications spéciales dans certains cas.

Des causes essentielles de la chlorose.

M. le Dr GILBERT (de Paris). — L'auteur expose d'abord les différentes hypothèses émises sur les causes de la chlorose : théorie génitale, nerveuse, digestive, vasculaire, hématique. Il explique comment il se rallie à cette dernière (théorie de l'hypoplasie hématique). Pour lui, la chlorose n'est pas une anémie secondaire, subordonnée à un état pathologique des ovaires, du tube digestif, du foie ou du système nerveux, mais une anémie primitive. Elle représente l'un des modes d'expression de la déchéance organique héréditaire : d'où sa coexistence fréquente avec d'autres stigmates de déchéance, tels que l'hypoplasie vasculaire, l'hypoplasie des organes génitaux, l'hystérie. D'ordinaire, elle se manifeste chez les jeunes filles, à l'époque de la puberté, dans des conditions étiologiques facilement saisissables, devant être interprétées comme ayant une signification provocatrice.

Pathogénie de la chlorose.

M. CHARRIN. — La chlorose est l'apanage presque exclusif du sexe féminin. Quelques cas signalés chez l'homme ont paru relever des anémies de croissance. La chlorose vraie, celle qui a fait dire à Trousseau qu'on crée des anémies, non des chloroses, est si rare chez les garçons que l'axiome de l'exception confirmant la règle peut être invoqué. Quoi qu'il en soit, même en admettant la chlorose des garçons, les idées développées n'existent pas moins. Les chlorotiques ont souvent des règles irrégulières ; l'évolution de la maladie n'est pas sans rapport avec la puberté ou parfois avec la ménopause. D'autre part, aux approches de la menstruation, on note fréquemment une série de malaises, de douleurs, de céphalées, quelquefois d'éruptions, d'herpès, d'érysipèle. Les nourrices qui, exceptionnellement, ont conservé leurs règles, voient à ce moment, survenir, chez leurs nourrissons, de l'entérite, des éry-

© BIU Santé

thèmes, etc. Tous ces phénomènes, d'ordre toxique, s'apaisent après les règles. Dès lors, on est porté à rechercher dans la zone génitale quelque cause explicative, de nature infectieuse ou toxique. Les tentatives dans le sens de la bactériologie ont fourni des résultats habituellement négatifs, bien qu'on ait décrit des parasites de divers ordres; les chlorotiques, du reste, ne succombent pas; en général on ne peut examiner suffisamment les tissus; en outre, les allures du mal, en dépit d'une légère et inconstante hyperthermie, ne sont pas celles de l'infection; elles sont plutôt celles de l'intoxication, attendu qu'à l'aide de poisons divers il est possible d'engendrer les principaux symptômes, les principales lésions, en particulier l'altération qualitative des globules. Dans le but d'asseoir sur des faits précis cette hypothèse de l'auto-intoxication, j'ai injecté du sérum sanguin de femmes à la veille de menstruation ou de suite après. Malheureusement le sang, recueilli par des scarifications du col utérin nécessitées par l'état de l'organe, a été fourni en trop petite quantité; j'ai injecté le sérum sous la peau de sept souris, quatre ont reçu le liquide puisé avant les époques, trois le liquide puisé après; ces témoins, à doses égales, ont succombé avant les autres. Le sérum d'une chienne au second jour des chaleurs a tué à 14 par kilog. de lapin; trois jours après la terminaison complète de ces chaleurs, cette toxicité s'est élevée à 20; les animaux sont morts par thrombose, par un processus mécanique. L'insuffisance de ces faits est manifeste, bien que ces résultats soient dans le sens de quelques essais tentés par Carnot. Il est de plus possible de remarquer que certaines chlorotiques ont des règles abondantes, que d'autre part des suppressions menstruelles ne provoquent pas toujours la chlorose. A la vérité, il est permis de répondre que les brightiques émettent beaucoup d'urine, deux à cinq litres, la qualité importe autant que la quantité; si les liquides d'émonction sont riches en eau, l'épuration se fait mal. Il est également permis de répondre que les mêmes causes ne produisent pas toujours les mêmes effets; tel un choc amenant une tumeur blanche chez un tuberculeux; un accès, des dépôts d'urate chez un goutteux; une simple entorse chez un sujet sain; ces résultats dépendent en partie de l'état de l'organisme. Or, brusquement, à l'heure de la puberté, les échanges se modifient; la nutrition s'active; ses déchets, soudainement abondants, réclament de nouveaux émonctoires. Plus tard, ces émonctoires sont créés; à côté d'eux des voies de suppléance qui suffisent pour une économie qui n'est plus à la période des grands bouleversements. On a invoqué l'influence de la tuberculose, des tares héréditaires, des auto-intoxications d'origine hépatique, intestinale. Les descendants des bacillaires ont souvent des cellules de qualité inférieure; j'ai prouvé la chose à plusieurs reprises; au moment où l'intensité des actes nutritifs exige de la part de ces cellules des efforts, les cellules, jusque-là suffisantes, ne peuvent remplir le surcroît des fonctions qui leur sont dévolues; de là une insuffisance plus fréquemment constatée chez ces tarées héréditaires. Un mauvais état du foie, de l'intestin, ajoute ses effets morbides, favorise l'éclosion du mal, supprime les suppléances; ce sont là des causes, des éléments étiologiques, non pathogéniques; on confond étiologie et pathogénie. J'ajoute que les travaux de divers auteurs, de Curatuto, de Keiffer, etc., représentent l'ovaire, l'utérus, comme des glandes internes ou plutôt mixtes, externes et internes. Pour toutes ces raisons, nous estimons que pour certaines chloroses, sinon pour toutes, il y a lieu de rechercher si une partie des désordres fonctionnels ou anatomiques, caractéristiques de l'affection, ne dépendent pas de phénomènes auto-toxiques relevant d'une insuffisance de l'appareil utéro-ovarien, agissant comme glande interne ou organe d'émonction, surtout à l'heure des règles, de la puberté.

Sur les toxines en dermatologie.

M. le Dr HALLOPEAU (de Paris). — L'introduction de la notion des toxines dans l'interprétation des phénomènes pathologiques doit être considérée comme un progrès aussi fécond en conséquences doctrinales et pratiques que la découverte par l'histologie des unités cellulaires et que celle des microbes. On peut dire qu'elle constitue une véritable révolution, car elle a modifié de fond en comble l'interprétation de la plupart des phénomènes morbides. Ce travail a pour objet de résumer les acquisitions nouvelles qui en ont résulté pour la dermatologie.

Nous entendons par *toxines toutes les substances morbifiques produites par des êtres vivants*. La condition essentielle de leur production est l'activité cellulaire; à chaque activité cellulaire appartient la genèse de produits qui lui sont propres et peuvent rester incorporés à l'élément anatomique, s'accumuler dans le tissu ambiant, pénétrer dans la circulation lymphatique ou sanguine, s'éliminer primitivement ou secondairement, avec les produits de sécrétion: d'où l'apparition possible de phénomènes morbides, au point de vue qui nous occupe, soit dans un territoire limité du tégument externe, soit en diverses parties de sa surface, soit dans sa totalité. Ils peuvent se développer chez le sujet générateur des toxines ou chez d'autres êtres vivants auxquels est transmis le produit nocif. Le champ des toxines ainsi conçues est des plus vastes, puisqu'il comprend, non seulement tous les venins ou poisons, mais aussi tous les produits de sécrétion et de désassimilation des organismes vivants et des parasites qui s'y multiplient; bien plus, les tissus et surtout les liquides normaux de chaque espèce vivante peuvent devenir nocifs pour d'autres espèces. M. A. Gautier, en étudiant ces produits au point de vue de la chimie et de la biologie, est arrivé à les grouper en trois grandes classes: les leucomaïnes, les ptomaïnes et les toxines proprement dites. Il faut tenir grand compte, dans l'interprétation pathogénétique des toxines, non seulement de la nature de l'agent, mais aussi du terrain que lui offre le sujet affecté en raison de sa constitution, de son âge et des conditions dans lesquelles il se trouve au moment où il est exposé à l'action nocive. Les toxines peuvent être exogènes, endogènes, ou d'origine mixte.

Toxines exogènes. — Ce sont les venins, les poisons, les liquides et les tissus d'autres espèces animales. Leur action s'exerce soit au niveau de la porte d'entrée, sous la forme d'érythèmes, de vésications, de suppurations, d'urticaires, de purpuras, plus rarement de gangrènes, parfois de dyschromies telles que celles qui caractérisent l'action des pediculi-pubis et de sensations anormales, le plus souvent prurigineuses ou cuisantes. Elle peut se traduire à distance ou se généraliser à toute la surface cutanée. Certaines de ces toxines, par exemple celles qu'engendrent certains mollusques, n'agissent qu'après avoir été introduites dans les voies digestives; les champignons des teignes agissent par l'intermédiaire de toxines.

Toxines endogènes. — Elles peuvent provenir de troubles dans le fonctionnement cellulaire ou de la résorption de produits de sécrétion normaux ou altérés.

Les produits de fonctionnement cellulaire peuvent devenir nocifs, soit par leur quantité exagérée, soit par leur altération, sous l'influence tantôt d'une prédisposition héréditaire ou acquise, tantôt d'une altération passagère ou durable du milieu interne que constituent les humeurs: cette altération peut être elle-même d'origine extérieure, accidentelle ou provoquée par un trouble dans telle ou telle autre fonction de l'organisme. Parmi ces produits d'origine viscérale, qui peuvent donner lieu à des altérations cutanées, on doit mentionner la thyroïdine et les substances qui s'accumulent lorsque le corps thyroïde est détruit, les sécrétions des capsules surrénales (mélanodermie), les substances anormales qu'engendre la ponte menstruelle, etc. Parmi les produits de sécrétion dont la surabondance, l'altération ou l'élimination insuffisante sont causes d'intoxications, il faut citer surtout la bile, le glucose et les matériaux des sécrétions urinaire et sudorale. Tomasoli a mis en relief l'influence des auto-toxines sur la genèse des hyperkératoses.

Toxines d'origine mixte. — Celles qu'engendrent les microbes introduits dans l'organisme doivent être considérées comme telles, car si l'agent qui les produits vient directement ou indirectement du dehors, il les engendre à l'aide des éléments qu'il trouve dans les cellules ou les liquides de l'organisme. Le fait est de toute évidence pour les fermentations des voies digestives, envahies incessamment par de nombreuses colonies microbiennes qui y sécrètent des toxines aux dépens, soit des aliments, soit des produits de sécrétion. L'organisme est protégé contre elles, surtout par l'épithélium et par le foie

© BIU Santé

(Roger). La bouche est le siège fréquent de résorptions infectieuses : c'est là une cause d'altérations cutanées dans les pyrexies. La résorption des produits toxiques élaborés dans l'estomac dilaté est cause d'acné, d'eczéma et d'urticaire ; les taches rosées typhiques sont dues à l'action de toxines développées dans l'intestin.

Bouchard et Charrin ont montré que les toxines engendrées par les microbes ont la même action pathogénétique que ces microbes eux-mêmes. L'action des toxines microbiennes peut rester limitée au voisinage immédiat de leur foyer générateur ; il en est ainsi dans les tuberculoses localisées, le chancre simple, les condylomes, le molluscum contagiosum, les acnés, les folliculites pustuleuses et le furoncle ; d'autres peuvent se répandre excentriquement. Il en est ainsi de la tuberculine, quand elle donne lieu à la production de lichen scrofulosorum autour de foyers lupiques ; certains microbes, après s'être primitivement localisés, produisent secondairement des phénomènes d'infection qui peuvent eux-mêmes rester localisés ou se généraliser ; si l'on ne retrouve pas dans ces manifestations secondaires le microbe pathogène, c'est qu'elles sont dues à la résorption de toxines. Il en est ainsi dans la diphtérie, où l'on voit apparaître secondairement des éruptions semblables à celles que produisent les injections de sérum ; dans la blennorrhagie dont les toxines vont provoquer en même temps que des arthropathies, soit des éruptions pseudo-exanthématiques, soit des élevures cornées ; dans la coli-bacillose, dans le choléra, dans la tuberculose et la farcinose.

Le mode d'action de certaines toxines peut être très divers : c'est ainsi que celles de la tuberculose peuvent rester localisées autour des foyers microbiens et donner lieu, soit au tubercule anatomique, soit à d'autres néoplasies isolées et circonscrites, qu'elles peuvent se propager de proche en proche, comme dans le lichen scrofulosorum et, enfin, qu'elles peuvent aller provoquer à distances diverses autres manifestations de la tuberculose, telles que les folliclis de Barthélemy, les acnés dites des cachectiques et des scrofuleux, diverses folliculites isolées ou agminées, compliquées ou non d'éruptions pemphigoïdes, et des éruptions papulo-érythémateuses persistantes ; les manifestations pseudo-exanthématiques du lupus érythémateux doivent être interprétées dans le même sens ; il en est vraisemblablement de même des éruptions érythémateuses aiguës, que l'on observe dans le farcin, la lèpre et les mycosis ; les toxines interviennent, selon toute vraisemblance, dans la genèse des eczémas, des psoriasis, des purpuras, des éruptions pemphigoïdes non tropho-névrotiques.

Les toxines jouent un rôle prépondérant dans la genèse des dermatoses ; il appartiendra à l'avenir de déterminer la constitution chimique exacte de chacune d'elles (1).

(A suivre.) [A. P. S.]

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 août 1897. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Sérothérapie du tétanos.

M. WEBER lit une note montrant que l'expérience de Paris et de la banlieue parisienne confirme la valeur prophylactique de la sérothérapie dans le tétanos.

Un Acarien irritant de la mer des Indes.

M. MEGNIN étudie un Acarien de l'île Maurice produisant une vive irritation de la peau. Cette irritation sur les muqueuses buccopharyngées peut, surtout chez l'enfant, amener des œdèmes graves. Il rapproche ces accidents de ceux observés en Chine par M. Matignon et dus à un Acarus vivant sur les jeunes pousses d'Aroche.

Compression digitale de la prostate.

M. GUÉPIN vante les effets de la compression digitale dans les prostatites glandulaires aiguës, subaiguës ou chroniques. A.-F. PLICQUE.

(1) La première séance de cette section a eu lieu le 20 août matin sous la présidence d'honneur de MM. les Drs Senator (Berlin), Brault (Paris), Crocq (Bruxelles), Ebstein (Gœttingue), Legendre (Paris), Laache (Christiania), etc. — Voici l'ordre exact des communications : — *Matin* : BRAULT, CROCQ, SENATOR (Disc. Jawein, Gerhardt, Ewald, etc.) ; LAACHE. — *Soir* : GRUMMACH, UGHETTI, PAVLINOW, CHARRIN, LEGENDRE.

CORRESPONDANCE

Le Congrès à Moscou : L'arrivée des Congressistes.

Notre ami, M. le Dr Posner, a adressé à son journal, la *Berliner klinische Wochenschrift*, la lettre suivante, dont la traduction nous est envoyée par l'*Agence de la Presse scientifique internationale*. M. B.

Moscou, le 14 août 1897.

La tranquillité sereine du pays étranger apparaît, mais d'une façon très lente, à celui qui, de Berlin, fait route par Alexandrowo (gare de la frontière russe) et se hâte pour arriver au cœur de la Russie (Moscou étant situé dans le centre de la Russie d'Europe). Le passage de la frontière s'effectue dans des conditions très simples, qui n'ont rien ou presque rien de commun avec le sentiment romanesque qu'on pouvait éprouver en lisant le programme officiel ! Varsovie présente par ses édifices et par l'animation de ses rues un spectacle qu'on soupçonnait d'avance. On dirait volontiers qu'on a vu déjà quelque part quelque chose de semblable.

Le long voyage, presque interminable, mais qui n'est nullement fatigant, présente tout le long du chemin des paysages superbes, quoique inanimés. C'est seulement à une courte distance de la sainte ville (Moscou), en traversant le fleuve Moskwa, là où, en 1812, a eu lieu la bataille de Borodino, bataille décisive pour la possession de Moscou, les paysages prennent subitement le caractère d'un pays de vive animation. Et quand on aperçoit à l'horizon l'image des coupoles dorées et multicolores et les blanches tourelles de Moscou, on croirait volontiers que les contes des Mille et une Nuits se sont réalisés tout à coup. On devient convaincu qu'étant monté dans le wagon au milieu de l'Europe on descend du train en un site de la merveilleuse Asie !

Plus l'impression de ces édifices au style à demi barbare nous étonne et nous émotionne par leur architecture dorée et bizarre (de telle façon que si nous étions resté seul dans la rue, nous n'aurions pour ainsi dire pas trouvé notre chemin), plus l'accueil chaleureux et amical qui nous attend nous fait instantanément oublier à combien de milliers de kilomètres nous sommes éloignés de notre patrie. Les comités sont encore très occupés par l'organisation de tout ce qui se prépare et les membres ont un travail formidable. Les cicérones, surtout M. Roth, l'infatigable secrétaire général, sont on ne peut plus empressés et cherchent à satisfaire tout le monde. Nous devons constater avec satisfaction que les médecins allemands ont le bonheur d'être ceux qui sont les plus sympathiques à leurs collègues russes.

Sans doute les difficultés sont ici, de même que dans tous les congrès internationaux de ces derniers temps, énormes et presque insurmontables, grâce à l'affluence extraordinaire des congressistes. *Ces difficultés ont déjà eu lieu pour l'expédition des billets, qui a été un peu retardée* par ces *difficultés* même. Mais le logement, qui paraissait tout d'abord être la principale difficulté à vaincre, semble pouvoir être obtenu à assez bon compte. Il est à noter que, dans beaucoup de maisons particulières, surtout là où le propriétaire et les locataires sont en villégiature, et où il ne reste à la maison que des domestiques, les relations entre congressistes et indigènes ont surtout lieu par des signes des plus primitifs.

On s'est efforcé de résoudre le problème suivant : il y aura à peu près 7.000 Congressistes. Or, la salle du Grand Théâtre ne présente que 2.500 places. De sorte qu'on aura dès le début du Congrès 3.500 membres mécontents ! Pour les fêtes du Congrès, cette incommodité sera peut-être moins sensible. Pour la soirée de la veille de l'ouverture du Congrès, on a préparé l'énorme emplacement du Manège, qui peut contenir à peu près 10.000 personnes. Mais cette salle n'étant pas irréprochable au point de vue acoustique, on ne peut pas l'utiliser pour les réunions générales. La réception du premier jour, réunion fraternelle, a eu lieu dans la galerie gigantesque des *Halles supérieures du Commerce*, galerie qui a plus de 250 mètres de long. Dans cette galerie, il y a trois étages successifs. Les différentes halles sont réunies par des ponts. On a encore en

© BIU Santé

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, GOITRE, FIBROMES, MÉTRORRHAGIES, HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

CAPSULES DE CORPS THYROÏDE VIGIER

A 0 gr. 10 centigr. par capsule. — *Dose ordinaire*: 2 à 6 capsules par jour.

Ces Capsules ne se prennent que sur l'ordonnance du médecin.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER
à 0 gr. 20 de substance ovarienne
Aménorrhée, dysménorrhée, chloro-anémie.
Dose: 2 à 6 capsules par jour.

CAPSULES ORCHITIQUES VIGIER
à 0 gr. 20 de substance testiculaire
Antineurasthénique, reconstituant.
Dose: 2 à 6 capsules par jour.

CAPSULES SURRÉNALES VIGIER
à 0 gr. 05 centigr.
Extrait glycériné de capsules surrénales, anticongestif, en badigeonnages: gorge, yeux, utérus, etc.

PILULES RHÉO-FERRÉS VIGIER

SPÉCIALES CONTRE LA CONSTIPATION

Une pilule au Dîner.

PRIX DU FLACON DE 60 PILULES : **3** FRANCS.

GLYCÉRO-PHOSPHATE IODO-TANNIQUE VIGIER

Lymphatisme, Anémie, Épuisement, Surmenage, Neurasthénie. — Cette préparation **tonique, reconstituante,** n'irrite pas le tube digestif et réunit, grâce à une parfaite association, toutes les propriétés de l'**iode,** du **tannin** et des **glycéro-phosphates.** — Cet **élixir** se prend à la dose : **Enfants,** une cuillerée à café. **Adultes,** une cuillerée à soupe avant chaque repas.

PRIX DU FLACON: **4** FRANCS.

PARIS — Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle — PARIS

LITS, FAUTEUILS, VOITURES ET APPAREILS MÉCANIQUES

pour Malades et Blessés

DUPONT

FABRICANT BREVETÉ (S. G. D. G.)
Fournisseur des Hôpitaux
à PARIS, 10, Rue Hautefeuille
(PRÈS L'ÉCOLE DE MÉDECINE)
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.



FAUTEUIL ROULANT pour Jardins.



PORTOIRS ARTICULÉS de tous Systèmes



Transport du lit au fauteuil.



FAUTEUIL avec grandes roues caoutchoutées mû par 2 manivelles.



VOLTAIRE ARTICULÉ avec tablette-appui pour malade oppressé



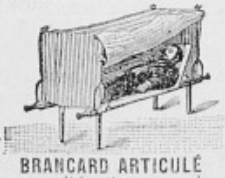
AUTOMOTEUR avec Garde-Robe *Bouchon se retirant sous le siège.*



Cannes et Béquilles avec sabots caoutchoutés.



CHAISE à roues et porte-pieds



BRANCARD ARTICULÉ avec élévation pour la tête et rideaux.



Table à panneau, s'obliquant.



VOITURE DE PROMENADE roues caoutchoutées

Sur demande, envoi franco du Catalogue illustré avec prix, contenant 330 figures. — *TELEPHONE*

VALS

Eaux Min^les Nat^les admises dans les Hôpitaux

Saint-Jean. Maux d'estomac, appétit, digestions.
Précieuse. Foie, calculs, bile, diabète, goutte.
Dominique. Asthme, chlorose, débilités.
Désirée. Calculs, coliques. ***Magdeleine.*** Reins, gravelle
Rigolette. Anémie. ***Impératrice.*** Maux d'estomac.

Très agréables à boire. Une Bouteille par jour.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE des EAUX de VALS (Ardèche).

ALIMENTATION des MALADES

POUDRE DE BIFTECK ADRIAN
POUDRE DE VIANDE ADRIAN
POUDRE DE LENTILLES ADRIAN
ALIMENT COMPLET ADRIAN

Toutes les fois que l'inanition devient menaçante l'emploi des POUDRES de VIANDE ADRIAN *est indiqué.*

© BIU Santé

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du PROGRÈS MÉDICAL.

ABADIE (Ch.). — Nature du glaucome. Explication de l'action curative de l'iridectomie. Brochure in-8 de 11 pages. Prix : 0 fr. 50. Pour nos abonnés. . . . . 0 fr. 35

SANJUAN (M.). — Sur les hallucinations symboliques dans les psychoses et dans les rêves des sourds-muets. Brochure in-8 de 16 pages. Prix : 0 fr. 50. Pour nos abonnés. . . . . 0 fr. 35

VALLON (Ch.) et MARIE (A.). — Des psychoses religieuses à évolution progressive et à systématisation dite primitive. Brochure in-8 de 36 pages. Prix : 1 fr. Pour nos abonnés. . . . . 0 fr. 70

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

FLEURY (M. DE). — Introduction à la Médecine de l'Esprit. — Volume in-8 de X-477 pages. — Prix . . . . . 7 fr. 50

TISSIÉ (Ph.). — La fatigue et l'entraînement physique. — Volume in-12, cartonné, de 343 pages. — Prix . . . . . 4 fr.

LABORDE (J.-V.). — Les tractions rythmées de la langue (Moyen rationnel et le plus puissant de ranimer la fonction respiratoire et la vie). Volume in-12 de VIII-551 pages, avec 4 figures et une planche hors texte. Prix . . . . . 5 fr.

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

COUSTAN (A.). — Aide-mémoire de chirurgie militaire. Volume in-18 cartonné de 300 pages.

MONTEUUIS (A.). — Les déséquilibrés du ventre. — L'entéroptose ou maladie de Glénard. — Seconde édition. — Volume in-18 de XVI-344 pages.

TRAITÉ DE CHIRURGIE CLINIQUE ET OPÉRATOIRE publié sous la direction de MM. LE DENTU et DELBET (P.). — Tome V. *Œil, oreilles, nez, crâne et face, tumeurs congénitales et malformations, mâchoires*, par MM. Terson (A.), Castex (A.), Le Dentu (A.), Nimier (H.). Volume in-8 de 897 p., avec 241 figures. Prix. 12 fr.

Librairie G. CARRÉ et C. NAUD, 3, rue Racine.

LAURENS (G.). — Relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil. Volume in-8 de 176 pages. Prix. . . . . 5 fr.

Librairie A. CHARLES, 8, rue Monsieur-le-Prince.

CABANÈS. — Le cabinet secret de l'histoire (2e série). — Volume in-12 carré de 346 pages, avec 12 gravures. — Prix. 3 fr. 50

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

ROTHSCHILD (H. DE). — Quelques observations sur l'alimentation des nouveau-nés et de l'emploi raisonné du lait stérilisé. Volume in-8 de 153 pages, avec 45 tracés en deux couleurs dans le texte. Prix . . . . . 3 fr.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES, 4, rue Antoine-Dubois.

MONIN (E.). — Apenta, principalement envisagée pour le traitement des affections du tube digestif et de la nutrition. — Brochure in-8 de 32 pages.

Librairie A. MALOINE, 21, place de l'École-de-Médecine.

BARBAUD (Ch.) et LEFÈVRE (Ch.). — La femme aux trois grandes périodes de sa vie : Puberté, union sexuelle, ménopause. La puberté chez la femme. Étude physiologique, clinique et thérapeutique. Volume in-12 de VII-234 pages. Prix. . . . . 4 fr.

BERDAL (H.). — Traité pratique des maladies vénériennes. — Volume in-8° de XIX-679 pages, avec nombreuses figures et 7 planches en couleurs. — Prix. . . . . 9 fr.

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

GAUCHAS. — Deux ans de fonctionnement d'une crèche. (Étude d'hygiène infantile). — Brochure in-8 de 58 pages, avec 8 figures.

LALESQUE (P.). — Cure marine de la phtisie pulmonaire. Volume in-8 de 325 pages, avec planches, dessins, tableaux, graphiques. Prix . . . . . 6 fr.

SAINT-YVES-MINARD. — La déclaration obligatoire des maladies contagieuses et la petite vérole. Brochure in-8 de 11 pages.

Librairie RUEFF et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

FOURNIER (A.). — Les chancres extra-génitaux. Leçons recueillies par Fournier (Ed.). Volume in-8° de 558 pages, avec 12 planches en couleurs. — Prix. . . . . 22 fr.

SCHLEICHER frères, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères.

REGNAULT (F.). — Hypnotisme, religion. Préface de Saint-Saëns (C.), dessins de A. Collombar. — Volume in-18 de 317 pag. — Prix. . . . . 3 fr. 50

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

ANTONELLI (A.). — La dissociation de la vision binoculaire chez quelques strabiques et quelques hystériques, à propos d'un cas d'amaurose monoculaire hystérique. — Brochure in-8 de 15 pages.

ENGELHARDT (G.). — La diphtérie à Marseille. — Brochure in-8 de 56 pages, avec nombreux graphiques.

ABBE (R.). — The appendix in the Interval a New Method of Studying its Pathology. — Brochure in-18 de 12 pages, avec 12 figures. — New-York, 1897. — Printing Company.

ANTONELLI (A.). — Die amblyopie transitoire. Beitrag zum Studium der Schstörungen bei den nervosen Krankheiten. Autorisierte deutsche Ausgabe, verfasst von Dr Otto Nieser. — Volume in-8 de VII-119 pages, avec 4 planches hors texte et 19 figures. — Halle a.-d.-Saale, 1897. — Verlag von C. Marhold.

BECK'S (G.). — Therapeutischer Almanach. Herausgegeben von Oberstabsarzt Dr Schill in Dresden (24e année, 2e semestre). — Volume in-18 de IX-110 pages. — Leipzig, 1897. — Verlag des *Reichs Medicinal Anzeigers*.

BRUNN (Von A.). — Erste Abteilung Haut (Intergumentum commune). — Volume in-8 de 109 pages. — Prix : 6 fr. 25. — Iena, 1897. — Librairie G. Fischer.

BURET (F.). — La médecine chez les Romains avant l'ère chrétienne. — Brochure in-8 de 10 pages. Extrait du *Janus*. Amsterdam, 1897.

CIPOLLONE (L.-T.). — Ricerche sull' anatomia normale e patologica delle terminazioni nervose nei muscoli striati. — Volume in-8 de 282 pages, avec 5 planches hors texte. — Roma, 1897. — Tipografia G. Bertero.

CORNILLON (J.). — Une page de la Révolution Française dans l'Allier : Pierre-Jacques Forestier (2e édition). — Volume in-8 de VI-131 pages, avec 2 planches hors texte. Cusset, 1894. — Imprimerie S. Fumouse.

DECLANO AMES and GUY TOWNSEND. — Spontaneous rupture of the aorta exclusive of rupture aneurismes; with an analysis of fifty cases. — Brochure in-8 de 12 pages. — Maryland, 1897. — Extrait du *Maryland Medical Journal*.

DONATH (J.). — Ein Fall von Bernarth-Roth'scher Parästhesie (Paraesthesia n. cutan. femor. extern.). — Brochure in-8 de 6 pages. — Wien, 1897. — *Wiener Medizinischen Wochenschrift*.

DUCAMP (A.). — L'idée médicale dans le roman naturaliste. — Brochure in-8 de 17 pages. — Montpellier, 1896. — Imprimerie J. Martel.

EGGER (F.). — Casuistische Mitteilungen aus dem Gebiete der Nervenheilkunde. — Brochure in-4 de 16 pages. — Basel, 1897. — Buchdruckerei J. Frehner.

ERISMANN (F.). — Die Entwickelung der landschaftlichen Medecin und Gesundheitspflege in Russland. — Brochure in-8 de 40 pages. — Zurich, chez l'auteur.

FOA (C.). — Elettricita applicata alla medicina. — Brochure in-12 de 10 pages, avec une planche hors texte. — Cuneo, 1897. — Via Liceo, 10.

FREUDENBERG (A.). — Ein modificisler Bottini'scher Incisor. — Brochure in-8 de 5 pages. — Berlin, 1897. — Chez l'auteur.

GALTIER-BOISSIÈRE. — L'enseignement de l'anti-alcoolisme (Ouvrage conforme aux programmes officiels). Hygiène, Législation, extraits littéraires. — Volume in-12 de 168 pages, avec 41 figures. — Prix 1 fr. 50. — Librairie A. Colin et Cie.

GAUFRÉS (P.). — Notice sur le comté Lambrechts et sa fondation. — Brochure in-8 de 15 pages. Paris, 1897. — Imprimerie Lahure.

© BIU Santé

vue de préparer un bal et une représentation au théâtre. La municipalité participera à ces préparatifs. Quelques jours nous séparent seulement du début du Congrès et déjà l'affluence commence à se faire sentir. Nous espérons que le zèle des médecins étrangers, qui ont déjà surmonté bien des difficultés ou qui ont encore à lutter contre toute sorte d'ennuis, ne se ressentira pas de tout cela pendant toute la durée du Congrès. Il pourront du moins se consoler de toutes les incommodités qu'ils éprouveront par le seul mot que les Russes emploient dans ces circonstances, c'est-à-dire « Nitchewo » (cela ne fait rien)! POSNER.

BIBLIOGRAPHIE

De la Ranula; par M. SEGALA ESTALEILLA. — Barcelone, 1894.

Bonne revue générale de la grenouillette avec discussion des classifications anatomiques et cliniques; nouvelles recherches sur les rapports de la tumeur, la nature du liquide, la constitution de la paroi kystique. Le traitement variable selon les cas est longuement examiné; l'auteur, pour la généralité des cas, donne la préférence à l'énucléation de Félizet.

Manuel de technique microscopique; par BOHM et OFFEL. Traduit de l'allemand par E. de ROUVILLE. — Vigot frères, éditeur, Paris, 1897, 2e édition.

Nous avons déjà dit à son apparition tout le bien que nous pensions de ce petit volume, si pratique et si commode. Son succès a été rapide, puisque voici la deuxième édition française, traduite de la troisième édition allemande. C'est véritablement le *vade-mecum* indispensable, sans aucune surcharge, mais suffisamment détaillé. Tout ce qui s'est produit d'important en technique dans l'intervalle de ces trois années se retrouve avec les formules précises dans le nouveau volume précédé d'une fort intéressante préface de M. le Pr Sabatier. A. P.

VARIA

Les Congrès de Septembre et d'Octobre 1897

Voici la liste des principaux Congrès qui auront lieu cette année pendant les mois de septembre et d'octobre.

SEPTEMBRE.

a) *Congrès contre l'abus des boissons alcooliques.* — 30 août-3 septembre, Bruxelles.

b) *Congrès des Orientalistes.* — 5-12 septembre, Paris.

c) *Congrès d'Hygiène des chemins de fer et de la navigation.* — 6-8 septembre, Bruxelles.

d) *Congrès international de Neurologie et d'Électrothérapie.* — 14-19 septembre, Bruxelles.

OCTOBRE.

a) *Congrès français de Chirurgie.* — 18-25 octobre, Paris.

b) *Association française d'Urologie.* — 21-23 octobre, Paris.

c) *Congrès Dentaire national.* — 28-30 octobre, Paris.

L'organisation du Congrès de Moscou.

La *Semaine médicale* se plaint que les dépêches de son correspondant de Moscou ont mis douze à quinze heures à lui arriver. Cela n'a rien d'extraordinaire. Toutes celles que nous avons reçues de Moscou, pendant la période d'organisation et récemment, ont mis à nous parvenir un temps aussi long. Généralement elles nous ont été apportées, après être restées la moitié de la nuit dans les bureaux. — Mais ce qu'il y a de plus fort, c'est qu'une lettre, mise à la poste du Congrès à Moscou, le 19 août, ne nous est parvenue que le 24 août au matin à Paris! — Tout n'est pas rose, pour les journalistes, quand M. le Président de la République va en déplacement dans la Capitale de toutes les Russies. Pas de dépêches, pas de lettres et pas d'organisation préliminaire pour un Congrès de ce genre: on est obligé d'avouer que ce n'est pas beaucoup. M.B.

Les Médecins et la Bicyclette.

Un genre des plus répandus est celui qui consiste à interviewer tour à tour les principaux médecins des cinq parties du monde, pour leur demander de vanter les bienfaits hygiéniques de la bicyclette. La plupart de ceux interrogés se tirent d'affaire par des banalités; mais il y en a, de temps à autre, qui regimbent et font entendre aux cyclistes des avertissements, d'ailleurs les plus vains du monde. Tel un médecin américain, M. le Dr A.-L. Benedict, qui tient le cyclisme pour un exercice assez dangereux et le déconseille expressément aux personnes trop jeunes et aux trop âgées. Suivant lui, une seule catégorie de personnes a tout à gagner à la pratique de la bicyclette; ce sont, dit-il, « les femmes non mariées, qui ont passé le temps fleuri de la jeunesse et n'ont pas encore atteint le calme de la pleine maturité ». Elles traversent « une période de fermentation mentale et d'instabilité physique », dont le cyclisme, mieux que tout autre sport, pourra les faire sortir en « les empêchant de trop songer aux gaietés perdues de jadis, en leur ôtant le loisir de s'affliger de leur isolement ». Pour ces personnes, ajoute le docteur américain, la bicyclette n'est pas seulement un instrument d'exercice et de distraction; c'est un compagnon, un ami aussi précieux qu'un cheval ou un chien, mais en outre plus absorbant et mieux fait pour les aider à atteindre doucement la maturité, avec la sereine résignation qui s'y trouve attachée.

L'expression « Sécrétions internes ».

C. M. Davenport fait remarquer (*Science*, N. S., vol. VI, nº 136, 1897, 215) que l'expression de « sécrétions internes », qu'on a attribuée à Brown-Séquard, appartient à Cl. Bernard qui s'en est servi dans son fameux *Rapport sur les progrès et la marche de la physiologie générale en France*, 1867, p. 73, 123; on la retrouve bien antérieurement dans l'œuvre de Cl. Bernard: *Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses*, 1857, p. 435, et *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme*, t. II, 1859, p. 412. Dans ce dernier ouvrage on trouve notamment: « Les organes qui fournissent les sécrétions exclusivement internes sont la rate, le corps thyroïde, les capsules surrénales, les ganglions lymphatiques, etc. »

NÉCROLOGIE.

M. le Dr LUYS (de Paris).



M. le Dr LUYS (de Paris).

M. le Dr Jules-Bernard LUYS, médecin aliéniste et neuropathologue universellement connu, membre de l'Académie de Médecine (1877), officier de la Légion d'honneur depuis 1895,

© BIU Santé

vient de mourir subitement dans sa 69e année, à Divonne-les-Bains (Ain), où il passait avec sa famille la saison d'été.

M. Luys naquit à Paris le 17 août 1828. Il y fit ses études classiques et médicales. Interne des hôpitaux en 1853, docteur en médecine en 1857, agrégé de la Faculté en 1863 (thèses : *Doit-on admettre une fièvre puerpérale*, 1860; — *Des maladies héréditaires*, 1863), il fut reçu médecin des hôpitaux dès 1862. Il fut d'abord attaché à la Salpêtrière, puis passa à la Charité. Il a été directeur de la maison de santé d'Ivry. Il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur en 1877.

Il a fondé et a dirigé longtemps le journal *l'Encéphale*, spécialement consacré aux maladies nerveuses et mentales. Pendant de longues années, il a fait, dans les hôpitaux où il a passé, un enseignement très suivi des élèves. Il n'a cessé que lorsque l'âge l'a obligé à prendre sa retraite en 1893.

On doit à M. Luys une série de travaux sur les maladies des centres nerveux; plusieurs mémoires qui ont été couronnés par l'Académie des Sciences, notamment son *Traité clinique et pratique des maladies mentales* (prix Lallemand, 1882). On lui doit la découverte de deux régions grises du cerveau non décrites et auxquelles on a donné le nom de *Corpus Luysii*.

Voici la liste de ses principaux travaux :

Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses maladies (1865, in-8°); *Démographie photographique des centres nerveux* (1872, 2 vol., 70 pl.); *Des actions réflexes cérébrales* (1874, in-8°); *Leçons sur les maladies du système nerveux* (1875, in-8°); *Des conditions pathogéniques du développement de la paralysie générale* (1878); *Le cerveau et ses fonctions* (1878); *Traité pratique et clinique des maladies mentales* (1881); *Traitement de la folie*, 1894; etc., etc.

En dernier lieu, Luys s'était plus spécialement adonné à l'étude des phénomènes de l'*hypnotisme*; il a publié, pour la défense de ses idées, deux ouvrages : *Emotions chez les hypnotiques* (1888) et *Leçons cliniques sur les principaux phénomènes de l'hypnotisme* (1889), connus de tous.

Luys a voulu, dans ce domaine, pousser plus loin que Charcot et a entrepris l'étude de ces questions, — trop délicates pour son esprit peu accoutumé aux méthodes rigoureuses de la science pure, — sans se méfier du gouffre où elles allaient le plonger. Séduit par certaines apparences, il s'est laissé entraîner et l'*action des médicaments à distance* lui a enlevé une partie du renom de savant qu'il avait mis quarante ans à conquérir. Un entourage d'amis solides et compétents aurait pu lui éviter cette faute, dans laquelle a sombré également une partie de la valeur de Verneuil. Mais on ne trouve plus aujourd'hui de ces amis sincères. La mort du Dr Luys ne passera pas cependant inaperçue dans le monde médical, car beaucoup de ceux qui l'ont critiqué avaient, à bon droit, le plus profond respect pour son amabilité, sa bonne foi, son ardeur au travail et son amour du progrès.

Son corps a été ramené à Paris, à l'hôtel du défunt, rue de Grenelle, 20, où il est resté jusqu'au jour des obsèques, qui ont été célébrées à l'église Saint-Thomas-d'Aquin, mercredi dernier. M. B.

Assainissement de l'Hérault. — Le Préfet et les représentants du département de l'Hérault ont insisté énergiquement à la dernière réunion du Conseil général auprès des pouvoirs publics pour que les travaux d'assainissement du littoral soient exécutés sans aucun retard.

Sages-Femmes en Vendée. — M. Soulard, au Conseil général de la Vendée, a lu un rapport concluant à l'augmentation du crédit affecté aux élèves sages-femmes de la Vendée, entretenues au compte du département à la Maternité de Nantes. M. le Dr Bourgeois et M. Soulard ont combattu l'augmentation et M. le Préfet a demandé que l'on entame de nouvelles négociations. M. le Dr Bourgeois s'est rangé à cet avis et, finalement, l'affaire a été renvoyée à la Commission.

Pierre le Grand et l'Anatomie. — Au cours d'une séance d'anatomie, en Hollande, un des officiers de Pierre le Grand faisait le dégoûté; le prince le força de *mordre le cadavre sur la table*! Tel était l'homme, bizarre, étrange, mais supérieur, d'un esprit large et compréhensif, ne se fiant qu'à lui, mettant partout la main au plâtre.

FORMULES

XV. — Mélange pour injections antiblennorrhagiques.
(M. Duquaire).

Salicylate de méthyle.	1 gramme.
Sous-nitrate de bismuth.	20 grammes.
Vaseline liquide	100 —

Mêlez. — Usage externe.

Faire avec ce mélange trois injections par jour. Avoir soin d'uriner avant chaque injection et de conserver le plus longtemps possible dans le canal de l'urèthre le liquide injecté. (*Sem. méd.*)

XVI.— Traitement des morsures de serpents par le calomel.

Le *Bulletin de Thérapeutique* cite une lettre de M. le Dr Corislano d'Utra (de Saint-Paul, Brésil) qui déclare avoir traité et sauvé cent personnes sur cent, mordues par des serpents, en leur administrant 2 grammes de calomel dans 30 grammes de jus de citron et répétant la dose toutes les deux heures. A la troisième dose, dit-il, le malade peut retourner à ses occupations.

M. le Dr Corislano d'Utra va plus loin. Il signale un moyen préventif pour éviter les morsures de serpent! Ce moyen consiste à porter sur soi 5, 10 ou 20 grammes de sublimé corrosif dans un petit sachet attaché à un endroit quelconque du corps. « Chose admirable, dit-il, les serpents s'enfuient à l'approche d'une personne munie de cette substance, et s'ils arrivent à mordre, la piqûre est inoffensive. Il n'y a pas longtemps, un chien protégé de la sorte a poursuivi un serpent à sonnettes qu'il a mis en morceaux après avoir été piqué au museau et sur différentes parties du corps; ce chien, toujours alerte, continua la chasse et il vit encore! »

XVII. — Un remède contre le mal de mer.

Le remède contre le mal de mer serait-il découvert? Dans une traversée qu'un de nos confrères a faite d'Ostende à Douvres par un temps épouvantable, il a pu constater la guérison de toutes les personnes traitées, grâce à une liqueur à base de rhum et de plantes exotiques, ne contenant aucun métal toxique ni aucun acide. Ce produit a été l'objet d'un rapport d'un médecin des chemins de fer de l'Etat belge, M. le Dr Van den Bril, au Ministre du Commerce. Ce dernier a lui-même opéré des guérisons, grâce à ce cordial, ce qui donne à son rapport une autorité indéniable. On a cité d'autres exemples, tous des plus concluants. Est-ce bien exact?

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 8 août au samedi 14 août 1897, les naissances ont été au nombre de 1.176, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 423, illégitimes, 182. Total, 605. — *Sexe féminin* : légitimes, 398, illégitimes, 173. Total, 571.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 8 août au samedi 14 août 1897, les décès ont été au nombre de 866, savoir : 454 hommes et 412 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 4. T. 7. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 4, F. 2, T. 6. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1, — Coqueluche : M. 3, F. 0, T. 3. — Diphtérie, Croup : M. 1, F. 0, T. 1. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 95, F. 75, T. 170. — Méningite tuberculeuse : M. 13, F. 7, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 4, T. 14. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 5, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 33, T. 49. — Méningite simple : M. 6, F. 11, T. 17. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 26, F. 17, T. 43. — Paralysie, M. 3, F. 7, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 2, T. 3. — Maladies organiques du cœur : M. 15, F. 22, T. 37. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 7, T. 13. — Bronchite chronique : M. 8, F. 5, T. 13. — Broncho-pneumonie : M. 13, F. 9, T. 22. — Pneumonie : M. 8, F. 8, T. 16. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 12, F. 15, T. 27. — Gastro-entérite, biberon : M. 71, F. 60, T. 131. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 5, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 17, F. 13, T. 30. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 6, F. 3, T. 9. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Débilité congénitale : M. 10, F. 10, T. 20. — Sénilité : M. 11, F. 22, T. 33. — Suicides : M. 16, F. 5, T. 21. — Autres morts violentes : M. 8, F. 3, T. 11. — Autres ses de mort : M. 61, F. 49, T. 110. — Causes restées inco es : M. 6, F. 2, T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 81, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 16. Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 11. Total : 36.

© BIU Santé

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — Un concours s'ouvrira, le 18 février 1898, devant la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Besançon. Un concours s'ouvrira, le 17 février 1898, devant l'Ecole supérieure de Pharmacie de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Besançon. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Au Conseil général de la Loire-Inférieure s'est présentée une demande de M. le directeur de l'Ecole de Médecine, qui réclamait une subvention pour achats d'instruments nécessaires au laboratoire de l'Ecole qui vient d'être créé. Le rapporteur a proposé un crédit provisoire de 6.000 fr. M. Gautté a appuyé la demande. On a créé un laboratoire et développé l'Ecole; il convient de ne pas laisser le laboratoire vide d'instruments. D'après M. Gabory, si on ne peut inscrire la somme complète au budget, on la portera au budget en deux ou trois annuités. La demande a été adoptée. — M. de la Laurencie, au nom de la commission de l'instruction publique, a fait voter le crédit suivant : *Enseignement supérieur*. Art. 3. Subvention à l'Ecole de Médecine de Nantes, 20.000 fr.

LES UNIVERSITÉS DE PROVINCE. — On écrit de Bordeaux qu'il s'est passé dernièrement, à l'Ecole de pharmacie de Bordeaux, un fait qui est de bon augure pour l'avenir de nos jeunes Universités. Un candidat au doctorat de pharmacie avait pris pour sujet de thèse l'histoire de l'ancienne corporation des apothicaires de Bordeaux, depuis le XIVe siècle jusqu'aux lois du Consulat. Le sujet lui avait été suggéré par un professeur de la Faculté de Médecine; c'est un professeur à la Faculté des lettres qui a guidé le candidat à travers les nombreux documents manuscrits se rapportant à sa thèse; des membres des sociétés locales l'ont aidé de leurs conseils et de leurs ressources scientifiques. De tout cela, mais surtout, au reste, de l'effort et du mérite personnels du candidat, est sorti un excellent travail, qui a valu à son auteur, M. Cheylud, la note exceptionnelle de « extrêmement bien » et qui la lui aurait value, même au diplôme supérieur d'études historiques. Cet exemple montre le profit que les étudiants et les maîtres, et la science par-dessus tout, pourront retirer de la solidarité des différentes Facultés, et de l'union, tout aussi désirable, de ces Facultés avec les sociétés locales.

LA SESSION DE 1898 DU CONGRÈS POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Au Conseil général de Nantes, récemment, M. Thibeaud-Nicollière a rapporté sur la demande faite par le bureau du Congrès pour l'avancement des Sciences, qui doit se tenir à Nantes en 1898. Lorsqu'en 1875, le Congrès s'est réuni à Nantes, le Conseil général avait voté 5.000 francs, la moitié de ce que donnait la ville de Nantes. Cette fois la ville donne 12.000 francs et le secrétaire du bureau demande d'élever la subvention à 6.000 fr. Malgré les services que rendra le Congrès, la Commission a regretté de ne pouvoir donner 6.000 francs, mais demande un crédit égal à celui de 1875, c'est-à-dire 5.000 francs, au lieu de 4.000 proposés par M. le préfet. M. le Préfet a constaté que le Congrès rendra beaucoup de services, mais en présence des difficultés budgétaires il demande de ne voter que les 4.000 francs qu'il a proposés. D'après M. de Pontbriand, il est certain que le Congrès rendra des services; mais, comme on ne donne que 1.000 francs au concours pomologique, il n'y a pas besoin de donner davantage. M. Gautté s'est élevé contre l'assimilation qui vient d'être faite. On ne peut comparer le Congrès des Sciences à celui des Pommes. Il maintient la demande de 5.000 francs. Quelques membres demandent de fixer le crédit à 2.000 francs. M. le Président a proposé par amendement de voter 4.000 francs. Cette proposition a été adoptée.

CONGRÈS CONTRE L'INCENDIE. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts vient de mettre à la disposition du Congrès international de Paris contre l'incendie l'Orangerie des Tuileries avec ses bâtiments et terrasses, où se tiendra, à partir du 10 septembre prochain, la grande exposition de toutes les inventions contre les dangers du feu et de l'asphyxie, et à laquelle l'irréparable malheur du Bazar de la Charité donne un cruel regain d'actualité. Les envois seront acceptés jusqu'au 25 septembre. Les opérations du jury commenceront le 1er octobre. La distribution des récompenses aura lieu le 4 octobre Toutes les demandes doivent être adressées au secrétariat : Orangerie des Tuileries, Paris.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les Drs Delmas, médecin principal de deuxième classe, chef de l'hôpital militaire de Rennes; Renard, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 1er corps d'armée; Ricci, à la Terrasse (Isère); Toussaint, à Albert (Somme); Gondoin, à Argentan.

Sont nommés *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Bonnet, médecin-adjoint de l'Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère); Gastou, à Aix-les-Bains (Savoie); Gonthier, à Mouthiers (Savoie); Laffin, à Sallanches (Haute-Savoie); Montoya (de Paris); Romain, médecin de l'Ecole normale d'institutrices de Valence (Drôme); Le Béhot, à Caen.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — M. Clavel, médecin en chef de 2e classe des colonies, a été promu au grade de médecin en chef de 1re classe.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine : au grade de médecin principal les médecins de 1re classe : MM. Grand-Moursel, Jabin-Dudognou, Gazeau. — Au grade de médecin de 1re classe, les médecins de 2e classe : MM. Conan, Moussoir, Masurel, Lefèvre.

L'ASSISTANCE MÉDICALE EN VENDÉE. — Au Conseil général de la Vendée, M. Aulneau a lu un rapport sur l'hospice de Saint-Pierre-du-Chemin. M. Halgan demandant que l'on ajoute 5 ou 6 lits à l'hospice de la Châtaigneraie, M. le préfet a répondu qu'il ne s'y opposait pas, à condition que les moyens de l'hôpital soient suffisants pour supporter cette nouvelle charge. M. le Dr Bourgeois a proposé alors le vote de crédits minimes pour *faire garder dans des fermes des vieillards pauvres*, en attendant une plus complète organisation de l'assistance en Vendée, qui se produira dans trois ans. M. le préfet a répondu qu'il avait déjà pris sur lui de faire hospitaliser à La Roche-sur-Yon les vieillards malheureux, qu'ils ont été et qu'ils seront encore l'objet de la bienveillance et de la pitié de l'Administration, mais ce n'était pas suffisant. Il faudrait augmenter légèrement les crédits d'extrême misère qui seront consacrés aux vieillards. M. Halgan est revenu sur l'hôpital de la Châtaigneraie dont l'excédent de recettes de 3.000 fr. suffirait, d'après lui, à la création de six nouveaux lits.

L'ASSISTANCE DANS LE LOIRET. — D'un discours de M. Cochery, au Conseil général du Loiret, nous extrayons ce qui suit : « Dans les quelques paroles que je vous adressais l'année dernière, au début de la session, j'attestais combien le Conseil général s'attache à développer l'*Assistance*. Les rapports de nos inspecteurs spéciaux annexés au rapport de M. le Préfet présentent le plus grand intérêt et sont de nature à nous donner toute satisfaction. Ils montrent que dans le Loiret la loi sur les enfants moralement abandonnés a reçus sa pleine exécution d'humanité et de préservation sociale. En outre, la mortalité des enfants nouveau-nés a sensiblement diminué et diminuera encore, pourvu qu'on se soumette à nos règlements. Enfin, nous ne laissons pas faiblir l'application de notre assistance médicale gratuite, confiée au dévouement de nos médecins, sur lesquels nous sommes en droit de compter. »

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE EN LOIRE-INFÉRIEURE. — M. de la Morandière, à la dernière séance du Conseil général de la Loire-Inférieure, rapporte sur le service de l'Assistance médicale gratuite et pharmaceutique dans le département. Le rapport de M. le préfet révèle une circonstance fâcheuse. Les mémoires s'élèvent à 47.778 fr., en augmentation de 2.000 fr. et les ressources à 33.760 fr. en diminution sur l'année précédente. C'est un déficit de 14.000 fr. qui peut provenir de mauvaise volonté ou de lassitude qui, si la situation continue, fera regretter l'application de la loi de 1893 que le Conseil général a combattue. La réduction proportionnelle qui était de 6 0/0 en 1893 atteint en 1896 le chiffre de 39 1/2 0/0. La loi de 1893 est mal interprétée. On comprend dans le nombre des assistés des malades provenant des centres ouvriers et malades quelquefois par suite d'accidents. Il espère que dans l'avenir les maires, respectant l'idée de la loi, se conformeront à la nouvelle réglementation et arriveront à une diminution de dépenses. En tous cas, il convient de laisser continuer l'expérience de 1897. D'après M. le préfet, cela est d'autant plus utile que dans la circonstance présente, la diminution proportionnelle de 39 0/0 pourrait être réduite à 27 0/0. En tous cas, il serait utile que les médecins et les maires prennent bonne note du rapport de M. de la Morandière. Les conclusions tendant au vote du crédit ont été adoptées.

HYGIÈNE. — *Établissements insalubres*. — Un décret paru au *Journal officiel* apporte l'addition suivante sur la division en trois classes des établissements dangereux, insalubres ou incommodes, aux nomenclatures annexées aux décrets des 3 mai 1886, 5 mai 1888, 15 mars 1890, 26 janvier 1892, 13 avril 1894, 6 juillet 1896 et 24 juin 1897 : 1re *classe* : dépôt d'acétylène liquide ou comprimé à plus de 1 atmosphère 1/2 et dépôts de pièces d'artifice de 2.000 kilogrammes et au-dessus; 2e *classe* : dépôts de pièces d'artifice de 300 à 2.000 kilogrammes; 3e *classe* : de 100 à 300 kilogrammes, avec la mention dans la colonne des inconvénients : « Danger d'explosion et d'incendie. »

HYGIÈNE EN RUSSIE. — On écrit de Saint-Pétersbourg le 23 août, que, par mesure de précaution contre la peste, un stationnaire russe a été placé à l'entrée du détroit de Kertch-Ienikaleh et chargé de la visite sanitaire des navires venant de la mer Noire.

© BIU Santé

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — *Pyrénées-Orientales.* — M. le Dr Parès, président sortant, radical, a été réélu, à l'unanimité, président du Conseil général. Ont été élus également, à l'unanimité, secrétaires, MM. les Drs Calmon et Marie, républicains.

L'ASILE DES ALIÉNÉS DE NANTES. — Au Conseil général de la Loire-Inférieure, M. de la Ferronnays a rapporté sur l'asile des aliénés. Il n'a rien dit sur les crédits proposés par M. le préfet et a proposé de les voter. Une question plus grave s'est présentée; on a demandé la reconstruction ou l'agrandissement de l'asile, les bâtiments étant devenus insuffisants. On est, en effet, obligé d'envoyer des malades dans les asiles des départements voisins. L'étude d'une pareille question est longue. Aussi a-t-on proposé de charger la commission départementale d'étudier les moyens pour arriver à la solution de la question, c'est-à-dire ou la reconstruction ou l'agrandissement. M. Martin a visité l'asile. Les malades y sont parqués comme des animaux. C'est navrant. Il faudrait construire quatre pavillons nouveaux pour donner satisfaction à tous. D'après M. le préfet, tout le monde reconnaît la nécessité d'agrandir ou de reconstruire l'asile. L'administration va faire préparer des plans pour la session d'avril. D'après M. de la Ferronnays, la commission n'a pas à donner de solution. Le Conseil choisira dans celles qui lui seront présentées, celle qui paraîtra la meilleure. D'après M. Gabory, dans une visite qui a été faite, on a reconnu qu'on pouvait agrandir l'asile sur place. D'après M. le préfet, plusieurs combinaisons sont possibles. Le Conseil a voté les crédits s'élevant à 308.000 fr. et renvoyé à la commission départementale pour l'étude pour l'agrandissement de l'asile.

LAÏCISATION DES HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Le Conseil général des Bouches-du-Rhône a voté un vœu pour la laïcisation des hospices. Cette laïcisation a été acceptée par la commission administrative des hôpitaux, et le Conseil municipal a pris à sa charge les 45.000 fr. qui constituent l'augmentation probable des dépenses par suite de la suppression des religieuses. Le préfet, estimant que ce n'était pas suffisant, n'a pas encore approuvé les projets, et le vœu du Conseil général a pour but de l'y décider. A propos de la discussion qui a eu lieu, M. Charles-Roux a demandé si on s'était préoccupé d'abord d'avoir un personnel d'infirmiers et d'infirmières. Oui, lui a répondu M. Flaissières, nous avons même institué une *école* dans ce but. Ce que M. Flaissières ne disait pas, on n'a pas manqué de lui faire remarquer, c'est qu'il n'y a jamais eu d'élèves dans l'école en question. Du reste, la chose a peu d'importance, paraît-il, de l'avis du maire de Marseille, *qui est docteur en médecine*, les infirmiers n'ayant qu'un travail de propreté à assurer et pouvant se recruter n'importe où. M. Charles-Roux a voté contre le projet, non point parce qu'il doute du dévouement laïque, mais parce qu'il estime que les 45.000 francs ne sont pas suffisants pour assurer le nouveau fonctionnement, et qu'avant de songer à changer de costume, il vaudrait mieux augmenter le nombre des lits, qui font notoirement défaut, à ce point qu'on refuse tous les jours plus de vingt malades à la porte de chaque hôpital de Marseille.

CHOLÉRA. — *Londres.* — Il résulte d'une déclaration officielle du service d'hygiène que le cas de choléra qui se serait récemment produit à Londres ne serait pas un cas de choléra asiatique.

Indes. — Les journaux anglais publient une dépêche de Brindisi disant que le steamer *Britannia*, venant de l'Inde, est arrivé avec deux cas de choléra à bord.

ÉPIDÉMIES ANIMALES. — Au Conseil général du Pas-de-Calais, M. Jonnart a déposé un vœu tendant à interdire l'introduction en France des animaux de l'espèce bovine provenant de la République Argentine, où règne une épizootie.

TYPHUS EN ALLEMAGNE. — A Rogar, près de Zobten, une épidémie de typhus a éclaté par suite des miasmes occasionnés par les dernières inondations. Les fontaines contaminées ont été fermées.

ÉPIDÉMIE DE DYSENTERIE A RENNES. — L'épidémie de dysenterie qu'on avait signalée à Rennes au 10e régiment d'artillerie est terminée. Les hommes qui sont à l'Hôtel-Dieu et à l'infirmerie sont tous à peu près guéris. Il est inexact qu'un médecin-inspecteur spécial ait été envoyé à Rennes.

FÉCONDITÉ. — *Mère à douze ans.* — M. le Dr Findley signale au *Medical News* un cas de fécondité maternelle assez rare. Le 28 janvier 1896, écrit-il, je fus appelé à procéder à l'accouchement d'une jeune mère de 12 ans et 10 mois. Elle n'avait eu ses règles que deux fois avant son mariage. Elle était bien développée pour une enfant de son âge. Malheureusement, l'accouchement se produisit prématurément à la fin du septième mois. Le fœtus était vivant au début du travail, mais il mourut avant la fin de l'expulsion.

UN MÉDECIN SAUVETEUR. — M. le Dr Récamier avait accompagné sa famille au Bazar de la Charité le jour de la catastrophe. Il a vu le vélum s'enflammer et, après avoir fait sortir les siens, il a pu contribuer activement au sauvetage. L'infortunée baronne de Saint-Didier, tout en flammes, était tombée à bout de forces dans le terrain vague qui avoisine le Bazar. M. Récamier a vainement essayé de la relever.

UNE BLESSURE CÉLÈBRE. — On écrit de Rimini que Amilcar Cipriani va être obligé de subir une nouvelle opération à cause de sa dernière blessure. A la suite d'une visite minutieuse de la blessure, les chirurgiens ont constaté la fracture du tibia et la perforation du fémur avec déviation de la rotule du genou. Cipriani se rendra d'abord aux bains de boue d'Acqui, puis il a déclaré qu'il se soumettrait sans être endormi à la douloureuse opération qui doit remettre sa jambe en place et peut-être lui permettre de se passer de béquilles.

JOURNAUX DE MÉDECINE. — On annonce la publication d'une « *Revue Médicale* », journal hebdomadaire, paraissant à Québec, sous la direction de M. le Dr P. Boulanger.

NÉCROLOGIE. — Récemment est décédé à Liège, à l'âge de 58 ans, M. le Dr PIROTTE, président du syndicat médical du quartier de l'Ouest, vice-président de la Société des Sauveteurs de Belgique, décoré de la Croix civique, conseiller communal de la ville pendant 25 ans, etc. Depuis de longues années, cet excellent confrère luttait avec une énergie indomptable contre le mal qui l'a enfin terrassé (*Gaz. méd.*, Liège, 1897, n° 47). — M. le Dr DIDION, chevalier de la Légion d'honneur, médecin honoraire des hospices de Metz, décédé à Nancy, où il s'était fixé depuis la guerre, à l'âge de 70 ans. — M. le Dr BORDES-PAGES (de Sène), ancien sénateur. — M. le Dr Charles BOUYER (de Saintes), décédé dans sa vingt-septième année; nous adressons à son père, M. le Dr Marcel Bouyer, l'expression de notre sympathie. — M. le Dr GUARDIA, ancien bibliothécaire adjoint de l'Académie de Médecine de Paris. — M. le Dr David Hume NELSON, ancien professeur de clinique médicale au Queen's College de Birmingham. — M. le Dr Enrique MORESCO Y LARADO, professeur des maladies des enfants à la Faculté de Médecine de Cadix. — M. le Dr T. BOGOMOLOW, professeur de chimie médicale à la Faculté de Médecine de Kharkov. — M. le Dr William Thomas AIKENS, professeur émérite de chirurgie à la Faculté de Médecine de Toronto.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL NECKER. — Service de M. le Pr Le Dentu. Pendant les vacances, M. MAUCLAIRE, chef de clinique, fera à 9 h. 1/2 à l'amphithéâtre, le mardi, une leçon de pathologie externe; le vendredi, une leçon de diagnostic chirurgical.

Ovules Passemard-Vigier à la glycérine et à tous médicaments. *Crayons intra-utérins*, *Bougies uréthrales*, *Suppositoires*, *Balles rectales*.

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES.

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER. — Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, O. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 36. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 4 SEPTEMBRE 1897

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le Dr J. SIMON.

Un cas de maladie de Friedreich avec autopsie et examen histologique.

Observation recueillie par le Dr Jules SIMON, complétée par les notes de son dernier interne, M. le Dr Paul BONCOUR, et l'examen histologique du Dr PHILIPPE.

Je rapporte ici l'histoire d'un malade qu'il m'a été donné de suivre pendant l'évolution entière de sa lésion.

Malgré un nombre restreint de signes, j'ai dès le début porté le diagnostic de maladie de Friedreich.

A ce moment d'ailleurs, il était permis de discuter sur l'étiquette à mettre à la maladie; la lecture de l'observation va prouver les hésitations qu'elle a fait naître chez certains de mes collègues, qui ont eu à examiner l'enfant.

L'évolution a confirmé le diagnostic porté au début, et à la fin de l'observation où l'on trouve des troubles de motilité, de sensibilité et trophiques du nystagmus, etc... on voit *constitué* un type à peu près complet et en tout cas parfaitement défini.

Il y a dans l'histoire du malade des lacunes ainsi que cela se produit lorsqu'un malade reste longtemps dans un même service. En passant de main en main les notes prises par plusieurs élèves manquent de cohésion. Néanmoins ce qui suit montre nettement la lésion tout à fait à son début puis à son entier développement. Le stade intermédiaire seul fait défaut.

Nous y avons joint un examen histologique détaillé, fait avec la compétence et l'obligeance qui lui sont habituelles, par le Dr Philippe, chef du Laboratoire d'Anatomie pathologique de la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière.

Ce sont les premiers résultats de l'examen de M. Philippe qui n'a pu nous donner que ceux-ci pour l'instant vu le peu de temps écoulé. Il les complètera ultérieurement.

En tout cas les conclusions qu'il établit et qui sont consignées à la suite de sa note, confirment le diagnostic clinique que nous avions porté sept ans avant l'autopsie.

Rouzier (Adrien), âgé de 10 ans, est entré, le 28 décembre 1889, dans la salle Blache, à l'hôpital des Enfants-Malades (service du Dr Jules Simon).

Dans les antécédents héréditaires fournis par le père de l'enfant lors de son entrée dans le service, il n'y a rien à signaler au point de vue neuropathique.

Antécédents personnels.— Fils unique. Elevé à la campagne en dehors de la surveillance des parents, on ne signale aucune maladie générale. Pas de convulsions. Dans la première enfance, le malade avait fréquemment la diarrhée.

A l'âge de 2 ans 1/2, l'enfant eut des douleurs dans les jambes et une affection oculaire que les parents mirent sous l'influence du froid humide. La maison où il se trouvait alors était nouvellement construite et particulièrement humide. L'intelligence de l'enfant était normale et si dans la suite il paraissait ignorant, cela tient (c'est le père qui parle) à ce que la maladie des yeux l'empêcha d'aller régulièrement à l'école. A cinq ans, il fut pris pendant deux mois d'une diarrhée dysentériforme à la suite de laquelle on remarqua que Rouzier marchait mal. A l'époque où il entra à l'hôpital, il ressentait des douleurs dans les jambes depuis deux mois. Ce sont ces douleurs qui déterminèrent son envoi aux Enfants-Malades.

Tous les renseignements qui précèdent ont été recueillis avec beaucoup de peine, car ce n'est qu'en février 1891 que nous avons pu examiner l'enfant dont le diagnostic était incertain.

L'enfant est de taille moyenne. Aspect strumeux. Yeux chassieux dépourvus de cils. Blépharo-conjonctivites chroniques. Traces de kératite. Coryza chronique. Tête asymétrique. La physionomie est peu intelligente, l'enfant sourit toujours béatement. La parole est lente, un peu saccadée, il est impossible de savoir si elle a toujours été ainsi modifiée ou depuis quand on l'a remarqué. Pas de nystagmus. Pas de scoliose. Pas de pied bot. Pas de troubles de sensibilité, ni de troubles sphinctériens. Abolition des réflexes rotuliens. Les mouvements des membres supérieurs sont normaux. La station debout est difficile et l'équilibre ne se maintient que grâce à des mouvement perpétuels d'oscillation de tout le corps. La station debout, les yeux fermés, est encore plus difficile. La démarche est celle d'un homme ivre : le malade décrit des courbes en marchant. Il tombe fréquemment en jouant. Ces signes bien que peu accentués me firent porter le diagnostic de maladie de Friedreich.

En juin 1891, M. Juhel Renoy qui me remplaça dans le service soupçonna la syphilis (kératite, front olympien, quelques cicatrices lombo-sacrées). Il croyait à une tumeur cérébelleuse. Hésitant néanmoins à porter ce diagnostic il l'envoya à la Salpêtrière à M. Joffroy qui l'examina; il fut montré aussi à M. Charcot.

L'enfant fut ramené de la Salpêtrière avec la note suivante :

« Malgré l'absence de certains signes qui pourront du reste se développer plus tard (scoliose, nystagmus, troubles de la parole), j'ai beaucoup de tendance à en faire une maladie de Friedreich me fondant sur les motifs suivants.

« 1° Il ne s'agit pas de lésions cérébrales congénitales ou datant de l'enfance;

« 2° Marche progressive de l'affection, absence de réflexes tendineux, absence de troubles sensitifs, absence de troubles vésicaux, affaiblissement intellectuel de date récente, peut-être quelques modifications de la parole;

« 3° Resterait le diagnostic avec une tumeur cérébelleuse, mais alors comment expliquer la disparition des réflexes? »

L'enfant resta dans mon service et l'observation fut reprise de nouveau suivant mes indications. Malheureusement, ainsi que cela se produit aux changements de service annuels, les élèves emportèrent l'observation, et il existe ainsi un laps de temps durant lequel je ne puis reconstituer l'histoire du malade.

En 1896, mon interne, M. Paul Boncour, examina l'enfant à plusieurs reprises, c'est ce qui me permet de donner l'état du malade peu de temps avant la mort. Voici ce qu'il avait constaté avant le mois d'août 1896.

En faisant rester l'enfant immobile on remarque un léger tremblement dans la tête. La main posée à plat offre des soubresauts et des mouvements fibrillaires, surtout appréciables en saisissant entre les deux mains la main du malade.

La force musculaire des *membres supérieurs* ne semble pas notablement diminuée. La sensibilité est normale dans tous ses modes. Les *membres inférieurs* ne peuvent supporter le corps. Depuis un an environ l'enfant ne peut plus marcher : il se traîne sur les ischions, les genoux rapprochés et les jambes

© BIU Santé

écartées en dehors. Les malléoles internes reposent sur le parquet. Les jambes peuvent accomplir certains mouvements, mais ne peuvent quitter le plan du lit. Les muscles du mollet sont atrophiés et font à peine saillie, on perçoit leur contraction. Le pied est creux : il existe une atrophie presque complète des muscles de la plante du pied. Les mouvements des orteils sont conservés mais leur flexion se fait péniblement. Le pied se fléchit uniquement lorsqu'il repose par son bord interne sur le parquet. Pas de réflexes rotuliens, sensibilité normale. Le malade se plaint fréquemment d'avoir froid aux pieds.

Œil : pupilles normales. Nystagmus transversal, mais il faut, pour le provoquer, faire fixer l'œil préalablement et longtemps sur un point donné. La vue, au dire de l'enfant, a toujours été mauvaise. La bouche est entr'ouverte, les lèvres un peu renversées. L'enfant bave facilement, surtout si on le fait rire; à ce moment, légère déviation de la bouche à droite. L'enfant sifflait autrefois et ne le peut plus actuellement. Pas de scoliose, mais au niveau de la première vertèbre dorsale, il y a une saillie nette, et l'apophyse épineuse n'est pas sur le même plan que les autres. La pression de la colonne dénote de l'hypéresthésie. Pied creux (déjà signalé).

Troubles de sensibilité. — Les douleurs que le malade éprouve de temps en temps, consistent en une chaleur intense et en une sensation de piqûre dans la région lombaire et au niveau des mollets.

État de l'intelligence. — L'intelligence est médiocre, l'enfant dit volontiers des stupidités et fait l'amusement de la salle. Ceux du personnel hospitalier qui l'ont suivi longtemps, racontent qu'il a toujours été méchant et sujet à des colères. Au moment où cette observation est prise, il vit à l'office où on le trouve insupportable. Il parle lentement et bredouille la fin des phrases. D'ailleurs il ne peut répondre à une question sans éclater de rire. L'enfant a souvent des céphalalgies à la suite desquelles il vomit abondamment. Avant ces douleurs qui siègent dans la région occipitale, il est étourdi.

Troubles urinaires. — Il urine souvent au lit.

Il est habituellement constipé.

Le malade était dans un état de santé excellent et rien ne faisait prévoir sa mort. Pendant mes vacances l'enfant a été trouvé mort dans son lit. Il s'était un peu plaint de la tête dans le cours de la journée. L'autopsie faite avec soin, par M. Canuet, ne donna aucun résultat sur la cause de cette mort rapide. Tous les viscères étaient sains. On enleva le cerveau et la moelle qu'on confia à M. le Dr Philippe. Nous publions *in-extenso* les résultats qu'il a bien voulu nous donner.

Examen histologique fait par le Dr Philippe. — *Cerveau.* — A l'œil nu les deux hémisphères cérébraux ne présentaient aucune altération. Développement normal des circonvolutions; pas de lésion en foyer.

Cervelet. Configuration, volume, poids normaux : pas d'asymétrie en aucun point.

Moelle. Au contraire la moelle, dès l'extraction, apparut très grêle, comme affaissée surtout dans sa moitié postérieure et au niveau de la portion la plus reculée des cordons latéraux. Des coupes transversales faites immédiatement montrèrent que la substance blanche dans les régions affaissées était grisâtre, dure à la coupe et tranchait nettement sur la coloration nacrée habituelle des faisceaux voisins restés intacts. L'examen histologique à cause des résultats déjà visibles à l'œil nu, s'est bornée à la moelle. Après durcissement pendant 3 mois dans le liquide de Müller, fréquemment renouvelé, plusieurs segments ont été choisis (régions sacrées, lombaire, dorsale supérieure, cervicale moyenne, bulbe inférieur), les segments inclus d'après la méthode de M. Duval ont été débités en coupes transversales et successivement colorées par le procédé de Weigert-Pal par le picro-carmin et l'hématoxiline. Dans notre examen histologique nous nous proposons : 1° d'établir la topographie des lésions au niveau des segments médullaires examinés; 2° de chercher la nature du processus histologique.

1° *Pour le premier problème* nous nous servirons des coupes colorées à l'hématoxyline de Weigert-Pal. L'on sait que ce procédé colore les gaines myéliniques en noir et seulement les gaines myéliniques ; il ne prend pas sur les faisceaux des tubes nerveux qui ont perdu leur myéline : il permet donc de topographier aisément les taches de démyélinisation que que l'on rencontre dans toute sclérose un peu ancienne de la moelle ou du cerveau. Nous étudierons de bas en haut les cordons postérieurs et leurs différents faisceaux, les cordons latéraux, enfin la substance grise.

Cordons postérieurs. Dans toute la hauteur de la moelle jusqu'au bulbe les cordons postérieurs sont démyélinisés et cette démyélinisation varie suivant le segment médullaire examiné.

Région sacrée. Au niveau de la région sacrée moyenne (émergence de la 3e racine sacrée) la démyélinisation (ou décoloration après le procédé de Weigert) est prédominante dans les zones dites radiculaires, sans affecter aucune systématisation bien nette ; ainsi la zone de Lissaner est prise comme la zone cornu-radiculaire ou la zone des bandelettes externes de Pierret; d'ailleurs il s'agit d'un démyélinisation incomplète car l'on rencontre en assez grand nombre dans tous les points décolorés des tubes noirs plus ou moins tassés, mais à gaine myélinique ordinairement rétrécie, parfois très mince. Le réticulum myélinique des cornes postérieures adjacentes est également très pauvre : notons surtout la disparition des fibres sensitivo-réflexes de Kölliker et la diminution du réseau dit plexiforme qui s'enfonce dans la concavité de la substance gélatineuse de Rolando. Si nous examinons les autres portions du cordon postérieur et en particulier les fibres placées tout contre le septum médian, nous notons leur conservation relative. Elles présentent seulement un très léger degré de décoloration. De même les fibres cornu-commissurales, placées dans la portion antérieure ou ventrale du cordon, sont tassées et forment une zone noire située dans l'angle de la corne. Nous pouvons conclure de cet examen topographique des cordons postérieurs au niveau de la région sacrée que les zones dites radiculaires ou exogènes, sont bien plus atteintes que les zones des fibres endogènes ou commissurales courtes.

Région lombaire. — La démyélinisation du cordon postérieur existe au niveau du renflement lombaire : elle présente dans toute l'étendue des zones radiculaires, la même intensité et la même diffusion signalées pour la région sacrée. Il est également impossible de dire si une zone est vraiment plus atteinte, mais les fibres médianes qui constituent à ce niveau le centre ovale de Flechsig sont très décolorées; on peut même affirmer que leur démyélinisation égale celle des zones radiculaires. Par contre, la zone cornu-commissurale est à peu près intacte. Le réticulum myélinique de la substance grise de la corne postérieure est appauvrie comme pour la région sacrée.

Région dorsale. — Plus haut (moelle dorsale supérieure) la décoloration des cordons postérieurs est au maximum. Ainsi, toute la région constituée par les fibres longues lombo-sacrées et située contre le septum médian, est à peu près vide de gaines noires. En dehors d'elle, au niveau des zones radiculaires dorsales proprement dites, on rencontre sans doute un nombre plus considérable de fibres conservées, mais la démyélinisation n'en reste pas moins très marquée et supérieure à celle constatée plus bas (régions lombaire et sacrée). Le reticulum myélinique des colonnes de Clarke à ce niveau est peu abondant, sans avoir complètement disparu. Enfin, notons que la virgule de Schultze (faisceau des fibres endogènes descendantes de la moelle dorsale) n'existe pas à l'état de faisceau compact, de même les fibres cornu-commissurales paraissent plus prises qu'au niveau de la moelle lombaire.

Région cervicale. — Au renflement cervical (sixième racine) le faisceau de Goll est à peu près totalement décoloré. La partie plus externe du cordon postérieur (ancien cordon de Burdach) est aussi bien démyélinisée, mais elle l'est moins que pour la moelle dorsale.

Région bulbaire. — Au bulbe, les faisceaux de tubes nerveux qui entourent le noyau grêle et le noyau cunéiforme, sont fortement décolorés, au prorata de la décoloration des régions médullaires où ces fibres ont pris naissance. Ainsi, les faisceaux du noyau grêle sont plus décolorés que ceux du noyau cunéiforme. Or nous avons vu que justement le cordon de Goll

© BIU Santé

dans lequel ces faisceaux sont situés, quand on les examine au-dessous du bulbe, était pris au maximum.

Il nous reste, pour achever la topographie des lésions des cordons postérieurs aux principaux étages de la moelle, à parler *de l'état des racines postérieures*. Dans notre cas ces racines postérieures sont démyélinisées partout, régions lombaire, sacrée, dorsale ou cervicale. Leur démyélinisation est proportionnelle à celle des cordons postérieurs adjacents. Ainsi elle est maxima à la région lombaire ou dorsale pour décroître à la région cervicale. Or nous avons vu que la démyélinisation des cordons postérieurs suivait la même ordonnance.

Cordons latéraux. — Ils sont également pris dans toute la hauteur de la moelle mais nous pouvons dire dès maintenant que leur démyélinisation est moins accusée que celle des cordons postérieurs ; de plus elle se limite au faisceau pyramidal et au faisceau cérébelleux direct au moins pour les segments médullaires examinés.

Dès la région sacrée le faisceau pyramidal croisé est pris. A ce niveau on constate très aisément une zone de décoloration de forme triangulaire située à la partie la plus reculée du cordon latéral ; la base du triangle atteint la périphérie même de la moelle, le sommet s'arrête à une petite distance de la corne postérieure. Le bord postérieur n'atteint pas non plus la corne et le bord antérieur se perd dans le restant du cordon latéral La démyélinisation est loin d'être totale.

Plus haut (région lombaire, dorsale supérieure et cervicale) le faisceau pyramidal croisé présente la même décoloration diffuse.

Notons enfin que dès la région dorsale supérieure le faisceau pyramidal direct est décoloré comme le faisceau pyramidal croisé, cette prise du faisceau direct existe également au niveau du renflement cervical. Le fait nous paraît intéressant à souligner parce qu'il démontre que les fibres pyramidales vraies sont bien prises dans notre cas et qu'il ne s'agit pas de simples fibres de cordon qui emprunteraient la voie du faisceau pyramidal.

Le faisceau cérébelleux direct est atteint dès la région lombaire supérieure, on trouve à ce niveau une bande de décoloration qui borde la périphérie de la moelle, depuis le bord externe de la corne, jusques à un plan passant un peu en avant du faisceau pyramidal.

Cette bande décolorée se retrouve plus haut (région dorsale supérieure et cervicale), elle nous a toujours paru occuper exactement le siège du faisceau cérébelleux direct, tel qu'il a été topographié par Flechsig en 1876. Au bulbe le faisceau cérébelleux direct est encore pris, en avant de la corne postérieure et de la racine descendante du trijumeau, sur les parties latérales du bulbe inférieur. Nous ne l'avons pas suivi plus haut.

2° *L'étude du processus histologique* a été faite sur des coupes colorées par le picro-carmin et l'hématoxyline. Au niveau des faisceaux blancs les tubes nerveux disparus sont remplacés par un tissu de sclérose conjonctivo-nevroglique assez dense ; par endroits, le tissu se dispose sous formes de tourbillons péri-vasculaires, qui existent surtout à la région dorsale, dans le faisceau pyramidal comme dans les cordons postérieurs. Les vaisseaux sont peu altérés; à peine, présentent-ils un léger degré de péri-artérite avec rétrécissement concentrique de leur calibre. L'hématoxyline ne nous a révélé nulle part, aucune prolifération nucléaire interstitielle vraiment importante à noter. Notons aussi que les méninges molles postérieures sont le siège dans toute la hauteur de la moelle, surtout dorsale, d'un épaississement conjonctif assez dense. L'étude de la substance grise des cornes postérieures et de la base des cornes antérieures nous a montré une diminution considérable en nombre et en volume des cellules nerveuses normalement existantes dans ces régions; les colonnes de Clarke qui ont été examinées seulement à la région lombaire et dorsale supérieure présentent la même lésion. Par contre, les cellules motrices des cornes antérieures étaient bien développées, nombreuses, et contrastaient singulièrement par leur volume et la richesse de leurs prolongements avec les cellules petites, ratatinées de la corne postérieure et de la base adjacente de la corne antérieure. A ce dernier niveau, on remarquait un tissu conjonctivo-névroglique lacunaire assez spécial.

CONCLUSIONS.

On peut en tout cas conclure de ce premier examen :

1° La moelle est le siège d'une sclérose combinée (cordons postérieurs, faisceau pyramidal, faisceau cérébelleux direct) qui rappelle assez exactement celle signalée dans les autopsies précédemment publiées de maladie de Friedreich.

2° Il faut ajouter à cette sclérose combinée des faisceaux blancs, la lésion des cellules de la substance grise sur laquelle nous reviendrons dans un prochain travail.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Congrès internationaux de Médecine.

Die internationalen Congresse sind berufen die Macht der Presse zu ergänzen !

Les Congrès internationaux sont appelés à étendre les limites de la puissance de la Presse !

ROKITANSKY.

Les difficultés, qui se sont produites à Moscou, lors de l'organisation du dernier Congrès, et qui ont empêché les Comités nationaux, allemand et français, de donner une impulsion aussi vive qu'ils l'auraient désiré à cette échappée des médecins vers la Russie centrale, montrent une fois de plus que, si l'on veut persister dans la voie, très utile d'ailleurs, où l'on s'est engagé, de ces grandes réunions internationales, il est indispensable : 1° de créer un *grand organisme*, sorte de *Comité central*, composé d'hommes particulièrement compétents, chargés de mener à bien l'entreprise, grâce à un personnel spécialement entraîné et à des relations internationales considérables; 2° de maintenir les *Comités nationaux*, idée excellente, due à MM. les Prs Bacelli et Maragliano, et de leur donner des pouvoirs aussi étendus que possible : ce qui n'a pas été fait cette année pour Moscou.

Mais cette organisation ne serait pas encore suffisante pour assurer le succès de ces Congrès. Cela est bien de faire quelque chose d'utile ; mais il faut en outre faire connaître, aux médecins des diverses parties du monde, ce qui a été dit et discuté dans ces importantes assemblées. C'est là qu'entre en jeu le rôle de la *Presse scientifique* ; c'est là où il faut une main de fer et un coup d'œil d'aigle, pour répartir entre tous une égale et honnête publicité. Telle communication qui, en effet, ne semble avoir aujourd'hui aucune portée, aura tout à coup, dans cinq ans peut-être, dans dix ans parfois, un intérêt considérable ! Tout doit donc être noté, enregistré, si l'on ne veut pas être injuste et si l'on désire tenir compte de toutes les conditions grâce auxquelles se développe le progrès humain. Là, comme en Bibliographie, rien ne doit être traité de déchet. Et si, avec les moyens actuellement en usage, nous n'arrivons pas à ce résultat, eh bien ! c'est que nos procédés de journalisme sont mauvais ou incomplets, et qu'il faut soit les changer, soit les perfectionner.

Comme nous l'avons signalé, en 1894, dès notre retour de Rome, et comme l'a montré le projet de *Comité international de la Presse médicale* que nous avons présenté jadis aux bureaux des *Associations de la Presse médicale allemande, française et américaine*,

© BIU Santé

il est possible d'obtenir, à ce point de vue, par une entente internationale, des résultats très remarquables. Mais le malheur veut que ce soit précisément cette entente qui soit difficile à obtenir, grâce à la *jalousie* des uns et à l'*inertie* des autres. Puisqu'on ne peut l'obtenir de l'initiative privée, ce serait au grand *Comité international des Congrès*, dont nous parlions plus haut, qu'il faudrait s'adresser; et ce serait à lui, s'il existait, à assurer, de façon convenable, le service de la Presse lors de ces grandes assises de la Science médicale. Nous ne pouvons ici, on le conçoit, développer tous ces points; mais il demeure avéré, pour tous ceux qui sont au courant de ces questions, que la chose est parfaitement réalisable. On peut calculer à l'avance tous les frais et ne pas s'embarquer à l'aveuglette dans des dépenses énormes. La Publicité a ses lois, et elles ne sont pas plus délicates à déchiffrer que celles de la Nature. Le tout est de vouloir les connaître et, au lieu de feindre de les ignorer, d'écouter ceux qui vivent chaque jour avec elles et par elles même. Soyons francs, sincères, honnêtes avant tout! D'ailleurs, cette année, une expérience a été faite en petit (1). Elle a réussi; mais nous reviendrons plus tard sur ce point très intéressant de technique journalistique.

La *Semaine Médicale* affirmait récemment « qu'il ne fallait plus croire à l'utilité et à l'intérêt de ces Congrès internationaux, tels qu'ils sont organisés, et que l'expérience avait prouvé qu'ils ne servaient à rien ». Cela n'est pas tout à fait exact. L'expérience a seulement prouvé qu'ils étaient mal organisés; mais c'est tout. Elle n'a nullement démontré qu'ils étaient vains et dépourvus d'intérêt. C'est même le contraire qui est la vérité. Toute question d'organisation intérieure mise à part, tous ceux qui sont allés à Rome sont revenus satisfaits; tous ceux qui auront été à Moscou en reviendront contents, et, sinon enthousiasmés de l'esprit organisateur des Russes, du moins fiers du cordial accueil qu'on leur aura fait et heureux d'avoir appris dans ce voyage une foule de choses qu'ils ignoraient. On aura beau dire : les voyages forment les hommes mûrs, aussi bien que la jeunesse!

A notre avis, l'adoption de trois langues officielles n'est pas un obstacle. Tout médecin Congressiste, digne de ce nom, doit savoir assez d'allemand et d'anglais pour suivre une *discussion*, sinon philosophique, du moins *technique* sur un sujet qu'il connaît à fond, pour l'avoir spécialement étudié. Si cela n'est pas en son pouvoir, qu'il reste chez lui ou voyage en touriste et ne se mêle pas aux véritables savants internationaux! L'Agriculture offre un vaste champ à son activité, et il peut, en s'y cantonnant, faire d'admirables découvertes utiles à son propre pays!

Mais je trouve surtout *magnifique* l'argument ci-dessous de la *Semaine médicale!* « Si les Congrès sont faits plus pour rapprocher les hommes que pour contribuer aux progrès de la science, il est évident que la foule que l'on y trouve va à l'encontre du but que l'on se propose ». A ce compte-là, il faudrait dire que la meilleure manière, mathématiquement parlant, de se rapprocher de quelqu'un est de le réduire à zéro! Le comble des Congrès internationaux, d'après notre confrère, consisterait donc à ne pas avoir de Congressistes, en dehors du secrétaire général! J'avoue que plus d'un échotier du Boulevard aurait voulu trouver celle-là!

Qu'on fasse tous les trois ans des Congrès internationaux, ce qui est la coutume actuellement, cela ne nous incommode nullement; et nous ne voyons pas pourquoi des médecins ne se réuniraient pas dans ces conditions, si cela leur est agréable et utile! Je sais bien que cela trouble un peu les tranquilles habitudes des pseudo-journalistes médicaux, qui aiment assez ratiociner, assis dans un excellent fauteuil, au lieu d'abattre de la copie sur le coin d'une table de café ou au bureau de télégraphe, comme leurs collègues de la Grande Presse. Mais évidemment, ce n'est pas là une raison suffisante pour demander la suppression, — sous forme d'ajournement, comme le fait la *Semaine médicale* —, de ces grandes et belles assises professionnelles et savantes. Que les gênés s'en aillent les premiers et qu'on nous laisse en paix travailler à notre guise! Si l'on ne peut nous suivre au train dont nous allons, qu'on laisse à l'écurie sa monture! Pour nous, nous voulons marcher en avant du Progrès; et, au lieu de le suivre clopin clopant, nous voulons encore, si c'est possible, accélérer sa marche. Ainsi nous aurons fait œuvre bonne.

Si les journalistes se mettent maintenant à geindre quand on leur donne pour quelques jours de l'ouvrage, s'il deviennent retardataires et réactionnaires, bons Dieux! qu'allons-nous devenir?

Sous prétexte que la Médecine périclite, est-ce à nous, lutteurs de profession, lutteurs de chaque jour, de chaque heure, de chaque minute, de fuir le combat? Si nos outils sont usés, changeons-les! La difficulté est facile à vaincre; mais voulons d'abord! En tous cas, notre arme est encore bonne et celle-là n'est pas encore près de devenir fossile. Le Dr Renaudot, créateur du *Journalisme*, est vivant, bien vivant! Ce n'est pas une raison parce que nous l'avons ces temps-ci coulé dans du bronze à Loudun pour qu'on le prenne pour une vieille baderne. Il a laissé des fils, qui sauront défendre son œuvre de Paris et son véritable amour pour le Progrès sans bornes! Marcel Baudouin.

(1) Elle a porté sur 4 sections : *Médecine*; *Chirurgie*; *Gynécologie*; *Pédiatrie*.

Congrès international de Médecine de Moscou.

Les Assemblées Générales : La seconde Assemblée.

M. le Pr Lannelongue a été proclamé Président d'honneur à la seconde Assemblée Générale. — M. le Pr Sklifossowsky a annoncé que Paris *était choisi comme siège du XIIIe Congrès international de Médecine* et que M. le Pr Lannelongue en était élu président et M. le Dr Chauffart, secrétaire.

Les communications suivantes ont été faites devant cette assemblée d'élite. — M. le Pr Krafft-Ebing (de Vienne): *Ætiologie der progressiven Paralysie.*

Voici le résumé de cette communication :

La concurrence qui s'est tellement développée dans cette fin de siècle est la cause que les individus sont obligés de travailler plus que l'hygiène ne le permet. La recherche de sensations plus exquises produit l'abus du café, du thé, du tabac, de l'alcool, etc. Le célibat, si commun à présent, pousse à la

© BIU Santé

GLYCÉROPHOSPHATES EFFERVESCENTS
LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATES *de CHAUX* de Soude ou de Fer effervescents.

Régénérateurs et stimulants du système nerveux, dont ils constituent l'élément vital. — L'action bienfaisante de la chaux et du fer sur la substance osseuse et le sang complète la médication par les glycérophosphates.

BIOSINE LE PERDRIEL *GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE* de Chaux et de Fer effervescent.

La Biosine représente le plus complet des reconstituants et des toniques de l'organisme. Son action puissante s'opère à la fois sur les systèmes nerveux, osseux et sanguin, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.

Se recommandent par leur emploi et leur goût agréables. N'étant pas à base de sucre, ils conviennent à tous les tempéraments, n'amènent pas la constipation et peuvent être mis en usage par les diabétiques.

Pris aux repas, ils activent la digestion par l'acide carbonique qu'ils dégagent et qui facilite leur assimilation.

LE PERDRIEL & Cie, PARIS

MAISON DE SANTÉ DE NAVARRE
Près Évreux. — 2 heures de Paris

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES & MENTALES

Pour tous renseignements s'adresser au Directeur

VIN DE BUGEAUD
TONI-NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

Produit nouveau granulé au Glycérophosphate et à la Kola

NEURO-KOLA
CHAPOTOT
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX

Neurasthénie — Atonie musculaire — Anémies — Convalescence des maladies infectieuses — Influenza
Rougeole — Fièvre typhoïde — Diphtérie — Rhumatisme

DOSE POUR ADULTES : 3 à 4 cuillerées à café de granulés avant les repas.

Pharmacie CHAPOTOT, 56, boulev. Ornano, PARIS

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

BILLETS D'ALLER ET RETOUR A PRIX RÉDUITS

La Compagnie des Chemins de fer de l'Ouest délivre, toute l'année, de Paris à toutes les gares de son réseau (grandes lignes) et *vice versa*, des billets d'aller et retour comportant une réduction de 25 0/0 en 1re classe et de 20 0/0 en 2e et 3e classe, sur les prix doublés des billets simples à place entière.

La durée de validité de ces billets est fixée ainsi qu'il suit :

De 1 à 30 kilom., 1 jour; de 31 à 125, 2 jours; de 126 à 250, 3 jours; de 251 à 400, 4 jours; de 401 à 500, 5 jours; de 501 à 600, 6 jours; au-dessus de 600, 7 jours.

Les délais indiqués ci-dessus ne comprennent pas les Dimanches et jours de fête. — La durée des billets est augmentée en conséquence.

AFFECTIONS CARDIAQUES
CONVALLARIA MAIALIS
LANGLEBERT

SIROP : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
PILULES : 6 par jour.
GRANULES de CONVALLAMARINE : 4 par jour.

NEURASTHÉNIE
GLYCÉROPHOSPHATES de BRUEL

ÉLIXIR : 2 à 4 cuillerées à soupe pour les adultes, 2 à 4 cuillerées à café pour les enfants.
SIROP : Mêmes doses que l'Elixir.
GRANULÉ : 1 à 4 cuillerées à café pour les adultes, 1/2 à 2 — — enfants.
SOLUTION INJECTABLE (de Glycérophosphate de Soude) : 1 à 2 seringues par jour pour les adultes, une demi-seringue pour les enfants.

ANTIPYRINE
du Dr KNORR, fabriquée à CREIL (Oise).
Spécifique certain des MIGRAINES et NÉVRALGIES

Pour garantie, exiger dans toutes les pharmacies, les **Véritables Cachets d'Antipyrine** du Dr Knorr, préparés par LECERF, pharmacien.
Vente gros : GARNIER Fils et LECERF, 56, R. des Francs-Bourgeois, Paris.
Cachets de 1 gramme, 0f30c; 0gr.50, 0f20c.
Exiger sur chaque Cachet la Marque et la Signature ci-contre : Lecherf

ROYAT
St-MART. — Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR. Anémie, Chlorose, Voies respiratoires. (FERRO-ARSENICALE)
CESAR. — Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

CHATEL-GUYON
SOURCE GUBLER
CONSTIPATION, DYSPEPSIE, OBESITE, ENGORGEMENTS du FOIE, AFFECTIONS des REINS et de la VESSIE, GASTRO-ENTERITE, FIÈVRES et ANEMIES des Pays chauds.



PHOTOGRAPHIE
à travers les corps.
RONTGEN

La Mon RADIGUET, 15, Bd Filles-du-Calvaire (*Cirque d'Hiver*), PARIS, *Pas de Succursale*,
exécute les radiographies nécessaires à la conduite et à la vérification des opérations chirurgicales.
Matériel spécial pour MM. les Docteurs.

© BIU Santé

Extrait de 3 Rapports JUDICIAIRES par 3 de nos plus éminents chimistes-experts, professeurs des Écoles de Médecine et de Pharmacie de Paris :

« *Au point de vue thérapeutique, l'efficacité de l'Extrait de Malt Français Déjardin nous paraît incontestable et confirmée par de très nombreux cas dans lesquels cette préparation a été ordonnée avec le plus grand succès. Il est de notoriété publique qu'il est prescrit journellement par les Médecins.* »

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

Bière de Santé Diastasée Phosphatée

Glycérophosphates organisés à l'état naissant.

L'énergie des Ferments, la puissante action de la QUASSINE et autres toniques qu'il contient, en font le plus remarquable AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE qui existe.

Spécifique indiqué à tous les âges de la vie, de l'ANÉMIE, des TROUBLES DIGESTIFS et des AFFECTIONS de l'ESTOMAC.

SEUL ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS.

E. DÉJARDIN, Phien-Chimiste de 1re cl. Ex-Int. des Hôpitaux, 109, Boulevard Haussmann, PARIS.

NUTRITINE DE JARDIN

FARINE DE SANTÉ DIASTASÉE

DIRECTEMENT ASSIMILABLE

aux Malts d'Orge, d'Avoine et de Froment

Elle constitue le complément indiqué du Traitement par l'*Extrait de Malt Français* dans les Affections si multiples des *Organes* de la *Digestion*.

E. DÉJARDIN, 109, Boulevard Haussmann, Paris.

PILULES DE SURINAM

(Quassine, Maltine et Lupuline pure)

DIGESTIVES, TONIQUES, NÉVROSTHÉNIQUES ET LAXATIVES

Spécifique des DYSPEPSIES et de la CONSTIPATION (même la plus opiniâtre).

E. DÉJARDIN, Phien-Chimiste, 109, Boulevard Haussmann, Paris.

LITS, FAUTEUILS, VOITURES ET APPAREILS MÉCANIQUES

pour Malades et Blessés

DUPONT

FABRICANT BREVETÉ (S.G.D.G.)

Fournisseur des Hôpitaux

à PARIS, 10, Rue Hautefeuille

(PRÈS L'ÉCOLE DE MÉDECINE)

Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.



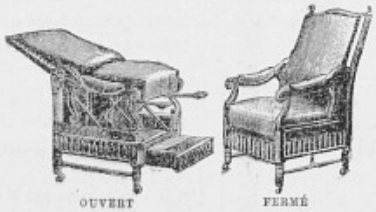
Table à spéculum et à opérations, à transformations diverses, système du professeur Bouilly, de Paris.



Table Aseptique. Plan incliné facultatif, système du Dr H. Delagenière, de Mans.



Table métallique, Patins à coulisses, Coussins mobiles, hauteur réglable.



OUVERT FERMÉ

FAUTEUIL à SPECULUM



TABLE à SPECULUM et opérations. Système du Prof. Pozzi. Cuvette émaillée pour lavages.

CANAPÉ à SPÉCULUM et à OPÉRATIONS



Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.



Fermé et dissimulé. Ouvert pr ausculter. Développé pr spéculum.

Sur demande, envoi franco du Grand Catalogue Illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TÉLÉPHONE

ASTHME et CATARRHE

Guéris par les CIGARETTES ou la POUDRE ESPIC

Oppressions, Toux, Rhumes, Névralgies. Tres Phien, 2 fr. Bie. Règle gral : 20, r. St-Lazare, Paris.

Exiger la Signature ci-contre sur chaque Cigarette.

VALS

Eaux Min^les Nat^les admises dans les Hôpitaux

Saint-Jean. Maux d'estomac, appetit, digestions.

Précieuse. Foie, calculs, bile, diabète, goutte.

Dominique. Asthme, chlorose, débilités.

Désirée. Calculs, coliques. *Magdeleine.* Reins, gravelle

Rigolette. Anémie. *Impératrice.* Maux d'estomac.

Très agréables à boire. Une bouteille par jour.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE des EAUX-VALS (Ardèche).

BAIN DE PENNES

Hygiénique, Reconstituant, Stimulant

Remplace *Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux*, surtout les *Bains de mer*.

Exiger Timbre de l'État. — PHARMACIES, BAINS

OBÉSITÉ-GOITRE MASQUE DE FABRIQUE MYXŒDEME

THYROÏDINE FLOURENS

PASTILLES | Adultes, 2 à 5 pr jour, suivant tolérance. Enfants, 1 à 2 pr jour, suivant tolérance.

PILULES | Adultes, 8 à 20 pr jour, suivant tolérance. Enfants, 1 à 8 pr jour, suivant tolérance.

Expérimentées dans les hopitaux, ces préparations rigoureusement dosées ont donné les résultats les plus satisfaisants. Chaque pastille contient exactement 20 centigrammes de corps thyroïde frais et sain provenant du mouton et les pilules 5 centigrammes.

Leur mode d'administration est facile, leurs effets sont très rapides et l'amélioration qu'elles déterminent est de longue durée.

PHARMACIE FLOURENS, à BORDEAUX ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

PARIS, Société Française de Produits Pharmaceutiques, *9 et 11, Rue de la Perle.*

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUVARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1877.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharm. GERBAY, à Roanne (Loire).

© BIU Santé

prostitution. Les femmes et les jeunes filles sont obligées de subvenir à leurs besoins à des périodes où elles sont presque incapables de le faire. La vie politique et sociale détermine également la production d'une grande quantité de toxines dans le cerveau. La cause principale de cette maladie est sans conteste la syphilis. En somme, l'étiologie de la paralysie progressive repose sur la civilisation et la syphilisation. [A. P. S.].

M. le Pr Senn (de Chicago) : *The classification and surgical treatment of acute Peritonitis.*

M. le Pr Metchnikow (de Paris) : *Sur la peste.* — L'orateur a obtenu un grand succès personnel.

M. le Pr Robert (de Barcelonne). — *Caractéristique de la pathologie humaine dans ses rapports avec la thérapeutique.*

On trouvera plus loin le *Compte Rendu* exact, avec l'énumération des *Discussions* qui ont eu lieu, pour la *Section de Médecine*. Cette analyse a été rédigée par l'*Agence de la Presse scientifique internationale*, surtout avec le concours de l'*Association de la Presse médicale allemande*, qui, au dire de certains, n'existe pas ! M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(*Moscou*, 19-26 *Août* 1897).

I. — Section de Médecine (1).

I. — *Séance du 20 août 1897 (suite)* (2).

Présidents d'honneur :

MM. Senator, Gerhardt, Leyden (de Berlin) ; Brault, Legendre (de Paris) ; Crocq (de Bruxelles) ; Ebstein (de Goettingue) ; Laache (de Christiania).

Classifications cliniques des néphrites.

1. — M. le Dr S. Brault. (Voir le Numéro précédent) (2).

Des néphrites chroniques parenchymateuses et interstitielles.

2. — M. le Dr Crocq (de Bruxelles). — L'auteur voit dans la desquamation des éléments épithéliaux du rein, des glomérules, aussi bien que des canalicules urinaires, la cause indispensable de l'albuminurie. C'est pourquoi il ne peut y avoir d'albuminurie physiologique ; mais la cause de l'albuminurie peut être transitoire. Il peut y avoir par exemple simplement une congestion active ou passive (ainsi la congestion rénale due aux lésions valvulaires du cœur). Cependant, la plupart du temps, c'est l'inflammation parenchymateuse qui détermine l'albuminurie. La néphrite interstitielle en est absolument distincte ; celle-ci est due à l'inflammation du tissu conjonctif du rein dans lequel sont inclus les éléments parenchymateux. Si l'épithélium, malgré cela, reste intact, il n'y aura pas d'albuminurie ; mais, si l'inflammation s'étend jusqu'aux éléments épithéliaux, l'albuminurie apparaît. Il y a donc, au point de vue clinique, deux espèces de néphrites chroniques : la première avec et la deuxième sans albuminurie. Ces deux espèces s'accordent avec les deux formes anatomiques de néphrite parenchymateuse et de néphrite interstitielle. Les différentes causes qui déterminent les néphrites peuvent amener l'une ou l'autre de ces espèces ; par exemple la cantharidine donne une inflammation parenchymateuse ; la bière peut avoir une influence semblable ; les boissons distillées, le plomb, les acides de l'urine au contraire déterminent une inflammation interstitielle.

La pathogénie de la néphrite chronique.

3. — M. le Dr Senator (de Berlin). — On désigne, quoique à tort, sous le nom de néphrite chronique, une inflammation des deux reins, inflammation qui est le résultat des altérations du sang et qui a pour conséquence la diminution du parenchyme rénal et l'atrophie du rein. Un grand nombre de néphrites chroniques a pour origine l'artério-sclérose. Les causes principales de cette dernière affection qui détruit le parenchyme du rein sont : la goutte, le saturnisme, l'abus d'alcool, la syphilis, le diabète sucré, le tabac et enfin l'hérédité. Il faut mentionner la néphrite chronique des vieillards, qui a pour cause l'irrigation insuffisante des reins, et celle des anémiques.

Discussion. — M. le Dr Jawein (de Saint-Pétersbourg). — On pourrait peut-être expliquer de la manière suivante le développement continu de la néphrite après la cessation de la cause. La partie restée saine du parenchyme des reins ne suffit pas pour désintoxiquer le sang, de sorte que les produits de désassimilation non remplacés exercent une action continue sur les reins.

M. le Dr Gerhardt (de Berlin). — La clinique ne s'intéresse plus autant à l'anatomie pathologique de la néphrite qu'à son étiologie. Elle paraît plus fréquente et souvent on la néglige ; des mois entiers passent parfois sans écoulement d'albumine. L'artério-sclérose occasionne déjà des maladies des reins dans le jeune âge. Le rétrécissement primaire des reins agit comme poison (alcool, acide urique, etc.). La fièvre scarlatine et la grossesse y conduisent seulement quand d'autres circonstances se présentent. De son côté, elle agit comme poison (urémie). Il faut écarter soigneusement toutes les autres formes de la néphrite. M. Gerhardt a fait une fois sans succès la ponction lombaire ; ce qui prouve que la pression sanguine n'est pas en cause.

M. Ewald (de Berlin) cite l'apparition cyclique de l'albumine dans l'urine d'enfants qui, jouissant d'une bonne santé apparente, ne souffrent que de dyspepsie. L'albuminurie ne dure guère plus d'un jour. Ewald n'a pas encore eu l'occasion de voir si ce fait est une cause de néphrite.

M. Crocq (de Bruxelles), M. Geisler (de Saint-Pétersbourg), et M. Senator (de Berlin) prennent part à la discussion qui suit.

Sur l'emploi de la saignée dans le traitement de l'urémie.

4. — M. le Dr Laache (de Christiana). — L'auteur rapporte trois cas de traitement de l'urémie par la saignée avec résultats très favorables. Les malades urinaient presque aussitôt après l'opération. L'auteur emploie la saignée simple, c'est-à-dire sans injection consécutive d'une solution physiologique de chlorure de sodium quelconque dans le sang. Il faut également, suivant l'auteur, que la saignée soit assez abondante pour influer sur la circulation totale. Néanmoins, il faut considérer l'état général du malade. La ponction d'un gros exsudat a la même influence sur la secrétion urinaire ; l'analogie est très nette.

Discussion. — M. le Dr Friedel Pick (de Prag) a traité quatre cas d'urémie au moyen de saignées, concurremment avec du bromure de sodium injecté par la voie rectale. Il en a traité quatre autres uniquement par cette dernière méthode. Les résultats ont été les mêmes dans les deux cas. Dans le cas de pneumonie et d'hémorrhagie encéphalique, il a obtenu de bons résultats par les saignées peu abondantes.

M. le Dr Pisek (de Lemberg). — La saignée n'est qu'un moyen symptomatique. Si on ne veut pas la discréditer de nouveau comme moyen de guérison, on ne doit pas perdre de vue que cette médication ne doit s'employer que dans quelques cas particuliers.

M. le Dr Crocq (de Bruxelles) prend part à la discussion.

II. — *Séance du 20 Août (soir).*

Sur le diagnostic des maladies internes à l'aide des rayons Rœntgen.

1. — M. le Dr Grumnach (de Berlin). — L'auteur fait d'abord quelques remarques techniques pour permettre d'obtenir des photographies aussi illustratives que possible, et montre ensuite une série assez nombreuse d'épreuves radiographiques sur lesquelles on peut passer en revue les processus pathologiques les plus divers, qui avaient échappé en partie aux recherches par les moyens physiques employés jusqu'ici : anévrisme de

(1) Compte-rendu complet, dans lequel l'ordre des communications a été *exactement* observé, et avec le résumé des *discussions*.

(2) Voir le *Progrès médical* du 28 août 1897.

© BIU Santé

l'aorte, indurations pulmonaires dans la tuberculose et cavernes, foyers tuberculeux au centre du poumon, foyers syphilitiques des os, de l'humérus par exemple, ayant déterminé des fractures spontanées, inversion des viscères, hydronéphrose intermittente, calculs rénaux, dépôts goutteux dans les membres, etc.

Discussion. — M. le Dr Benedict junior (de Vienne) a diagnostiqué une spondylite à l'aide des rayons Rœntgen, affection qu'on avait traitée longtemps comme un rhumatisme musculaire.

M. le Dr Buxbaum a reconnu trois fois, à Carlsbad, des calculs biliaires.

Sur l'urémie fébrile.

2. — M. le Dr Ughetti (G.-B.) (de Catane). — Les observations cliniques prouvent que, dans l'immense majorité des cas d'urémie, il y a un abaissement de la température, et que, dans le cas où la température s'élève, il y a toujours coexistence de phénomènes d'inflammation ou de convulsions. Les expériences de l'auteur démontrent que la ligature des uretères, la néphrectomie, ainsi que la ligature des vaisseaux rénaux, sont toujours suivies de l'hypothermie. Quand, dans l'urémie, on note une élévation de température, on ne peut pas rapporter ces phénomènes à l'action des substances contenues dans l'urine, puisqu'on ne connaît ni dans l'urine, ni en dehors d'elle, aucune substance chimique qui produit une élévation de la température, sans produire de l'hémoptysie ou des convulsions. L'urémie fébrile est due à l'action d'une cause énergique et concomitante d'hyperthermie, telle que des convulsions ou une inflammation très aiguë.

Discussion. — M. le Dr Charrin (de Paris). — Je ferai observer qu'il y a à notre connaissance plusieurs poisons microbiens, pour ne parler que de ceux-là, qui sont capables d'élever la température, la tuberculine par exemple. Je ne puis donc me rallier en principe à la théorie de M. Ughetti.

M. Ughetti. — Les poisons microbiens, dont parle M. Charrin, n'agissent pas directement par eux-mêmes sur les centres; c'est par l'intermédiaire d'une modification du sang. Ainsi l'antipyrine injectée dans le sang élève la température, parce qu'elle influence d'une façon particulière ce milieu, tandis qu'elle produit l'effet inverse après l'injection dans le tissu cellulaire.

M. Charrin. — Le problème est déplacé; il ne faut pas confondre action physiologique et mécanisme. Je dis qu'il y a des poisons microbiens qui élèvent la température; peu importe pour l'instant le mécanisme et le mode d'action encore bien peu connus de ces poisons.

M. le Dr Crocq (de Bruxelles) prend part à la discussion.

Sur l'étiologie de la néphrite chronique.

3. — M. le Dr Pavlinov (de Moscou). — Sur la foi de trois observations, que l'auteur communique en détail, il se met en opposition avec Eichhorst au sujet de l'apparition d'une néphrite scarlatineuse chronique. Elle se déclara chez ces individus vers l'âge de 21-24 ans. Il faut donc toujours penser à l'éclosion d'une néphrite scarlatineuse à cet âge. D'ailleurs cette forme ne doit pas être très rare, puisque l'auteur a pu constater ces trois cas dans l'espace de six mois. Si on admet la scarlatine comme cause de la néphrite chronique, le nombre des cas observés au point de vue étiologique diminue. La néphrite chronique peut durer beaucoup plus longtemps qu'on ne l'admet généralement: la forme parenchymateuse jusqu'à cinq ans, la forme interstitielle de douze à dix-sept ans.

Discussion. — M. Brault (de Paris).

4. — M. le Dr Charrin. — *Toxines* (voir le Numéro précédent).

5. — M. le Dr Legendre. — *Pathogénie de l'obésité* (voir le Numéro précédent).

Discussion. — M. le Dr Charrin dit qu'il considère que l'état de vaccination obtenue expérimentalement chez les animaux par l'injection de toxines peut être la cause d'une adipose progressive souvent considérable, en dehors de tout autre facteur. En pathologie humaine on observe le même fait; il n'est pas rare de voir des individus devenir obèses à la suite d'une maladie infectieuse (fièvre typhoïde).

III. — *Séance du 21 Août* (matin).

Traitement de la tuberculose par le climat.

1. — M. le Dr Ziemssen (de Munich). — L'auteur distingue deux formes de traitement de la tuberculose : le traitement spécifique et l'aérothérapie. Pour ce qui concerne le premier, l'auteur a employé la tuberculine de Koch sans résultat. Pour la seconde, il distingue le séjour sur les hauteurs et le séjour dans la plaine. Les deux présentent, comme avantages particuliers, l'absence de germes et de poussières, une proportion plus grande d'ozone, une pression atmosphérique moindre, moins de mouvements atmosphériques, et, par suite, moins de vent et de courants d'air, et une action plus énergique des rayons du soleil. Cependant les fiévreux supportent mal ce climat; le voyage fatigant et l'isolement sont également difficiles à supporter. Et d'ailleurs la plupart des avantages que présente le séjour sur les hauteurs se rencontrerait également dans la plaine, dans les bois, si on établissait des sanatoria suivant les conseils de Brehmer, et en nombre considérable.

Discussion. — M. le Dr V. Leyden n'a pas encore obtenu de meilleurs résultats avec la nouvelle tuberculine qu'avec les autres méthodes. Néanmoins il ne voudrait pas émettre une opinion définitive sur la valeur du nouveau remède. Cependant il ne faut pas espérer beaucoup de succès dans la thérapeutique de la phtisie. Nous ne pouvons donc rejeter à l'arrière-plan le traitement de la phtisie par le climat, et il est fort possible que dans quelque temps d'ici on trouve un spécifique de la tuberculose. Les résultats du traitement par le climat sont acquis. Le mouvement vers les sanatoria ne doit donc pas subir d'arrêt par suite de l'examen par la tuberculine. On ne doit pas attribuer un effet spécifique à toute espèce de climat. Le climat de la montagne doit toujours être préféré, parce qu'il est le plus rigoureux et fortifie mieux le corps. Enfin on doit insister surtout sur ce fait qu'il faut guérir le malade dans le climat même qu'il doit habiter ultérieurement.

Climatothérapie de la tuberculose.

2. — M. le Dr Senator (de Berlin). — L'auteur a employé la tuberculine dans une douzaine de cas et il a observé dans quelques cas une aggravation des symptômes, dans d'autres l'apparition de la fièvre. On ne peut donc rien espérer de ce procédé de traitement; d'ailleurs, le traitement par le climat est excellent dans certaines circonstances. A ce point de vue, le séjour sur les hauteurs présente quelques avantages sur celui de la plaine; mais il convient plutôt à ceux qui sont soupçonnés de tuberculose, ou à ceux qui en sont au premier degré. L'hémoptysie n'empêche pas ce séjour, quand elle n'est pas considérable. L'auteur considère également le climat du bord de la mer, qui se distingue par une faible pression atmosphérique et par l'humidité, et qui convient à certaines formes de phtisie. Quant aux sanatoria, il faut en construire de petits, mais en grand nombre. Enfin l'auteur a mis en question l'installation de sanatoria flottants sur l'eau.

Tuberculose et Tuberculine.

Discussion. — M. Kernig (de Saint-Pétersbourg) rend compte du traitement de neuf malades par la tuberculine. L'état de cinq d'entre eux s'est notablement aggravé à la suite de ce traitement. Son opinion est qu'il faut rejeter entièrement l'usage de la nouvelle préparation.

M. le Dr Dehio (de Dorpat) cite les sanatoria pour tuberculose dans le Nord de la Russie, où de bons résultats ont été obtenus. Il recommande d'en augmenter le nombre.

M. Jawein (de Saint-Pétersbourg) a vu des affections purement locales se transformer en tuberculose miliaire par suite de l'injection de la nouvelle tuberculine, tuberculose qui a rapidement amené la mort. Il est complétement revenu de l'emploi du remède.

M. le Dr Gerhardt (de Berlin). — Les observations faites avec la nouvelle tuberculine ne sont pas encore assez concluantes pour pouvoir en fixer définitivement la valeur. Il ne faut donc employer ce moyen que sur la demande formelle du malade, et après que celui-ci a été mis au courant des dangers que présente son application. Les observations faites par Gerhardt ont été souvent négatives et quelques-unes ont

© BIU Santé

eu des suites funestes. Tous les médicaments employés dans la phtisie ont complètement échoué. Ce n'est que l'air pur qui agit dans le traitement par le climat, et non par la hauteur ou la mer. Le résultat obtenu dans le sanatorium érigé auprès du lac de Grabow, près de Berlin, par la Société de la Croix-Rouge, fut que 20 0/0 des phtisiques soumis au traitement eurent une amélioration telle que, s'ils ne furent pas guéris radicalement, ils purent au moins reprendre leurs occupations.

M. le Dr MICHAELIS (de Berlin) rend compte des recherches faites à la clinique de M. Leyden au sujet de la présence des bactéries dans le sang des phtisiques et des résultats de ces expériences par rapport à la diazoréaction. Dans huit cas graves sur dix, l'examen du sang permit de reconnaître des staphylocoques.

MM. VIVANT (de Monte-Carlo) et DOMINICIS (de Naples) ont pris part à la discussion ultérieure et la conclusion de cette discussion a été formulée par M. ZIEMSSEN (de Munich).

IV. — *Séance du 21 Août* (soir).

Étiologie de la tuberculose. Hérédité et contagion.

1. — M. le Dr CROCQ (de Bruxelles). — L'hérédité et la contagion sont les deux causes les plus importantes de la tuberculose. Les anciens accordaient un rôle prépondérant à l'hérédité, tandis que les modernes l'accordent à la contagion. Celle-ci repose surtout sur l'inoculation ; la syphilis en effet se propage surtout par inoculation et non par l'air. Crocq n'a jamais constaté de contagion d'individu à individu, mais plutôt la transmission héréditaire. Rissel en Allemagne, Leudet en France ont fait des observations analogues. Il en résulte que l'on ne doit pas considérer la tuberculose comme une maladie contagieuse, mais surtout comme une déchéance constitutionnelle et héréditaire de l'organisme.

De l'action curative du nitrate d'argent et de l'ergotine dans la tuberculose pulmonaire.

2.— M. le Dr CROCQ (de Bruxelles).— La tuberculose se termine plutôt par la guérison que par la mort. Si celle-ci survient, c'est en raison d'une inflammation qui détermine la propagation des tubercules. Si on pouvait éviter cette inflammation ou la guérir, il y aurait plus de cas de guérison. Nous n'avons aucun moyen d'action contre le bacille ; la créosote n'arrive pas à le tuer et elle présente au contraire quelquefois certains inconvénients, notamment pour l'estomac qu'il faut avant tout ménager. L'auteur a employé, avec beaucoup de succès, même dans les cas de tuberculose grave ou compliquée de diabète, l'ergotine et le nitrate d'argent, Ce dernier a une action également très avantageuse sur l'estomac.

Efficacité de la révulsion dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

3.— M. le Dr CROCQ (de Bruxelles).— La révulsion a été souvent pratiquée dans la tuberculose pulmonaire. Cette méthode s'applique aux cas où la tuberculose est restée stationnaire sous l'influence de lésions périphériques, par exemple, de fistules rectales, d'affections articulaires chroniques. La révulsion sur l'intestin par les purgatifs peut avoir un effet favorable sur la tuberculose pulmonaire ; mais, si elle est trop longtemps employée, elle détermine des affections intestinales chroniques et devient par cela même nuisible. Mais, sur la peau, on peut faire une révulsion énergique (vésicatoires, huile de croton, cautérisations de toutes sortes), particulièrement par le nitrate d'argent que l'auteur a employé avec succès.

Bases d'une thérapeutique rationnelle de la phtisie.

4.—M. le Dr DRODZDA (de Vienne).— Une thérapeutique rationnelle de la tuberculose pulmonaire et de la phtisie consécutive a naturellement plusieurs problèmes à résoudre : il faut détruire les toxines accumulées dans l'organisme par suite de l'invasion des bacilles de la tuberculose, des streptocoques, des staphylocoques, etc., toxines dont l'influence sur les divers organes doit être prise en considération au point de vue séméiologique, et mettre énergiquement obstacle à la production simultanée des pyrotoxines. Ces dernières se reproduisant tant qu'il existe dans le corps humain des microorganismes virulents, il est clair que ce but ne peut être atteint que par des mesures énergiques, dirigées dans cette direction. C'est par une étude consciencieuse, basée sur l'expérience de longues années, que seront indiqués les remèdes et les voies propres à atteindre ce but et sera éclairci le mode de leur ingérence. Comme dans une invasion plus considérable, il ne peut être question d'une excrétion immédiate, rapide des microorganismes, il faut chercher à diminuer, autant que possible, la virulence des bactéries qui ont déjà envahi l'organisme, afin de mettre obstacle à leur multiplication ultérieure et à la formation consécutive des toxines ; il faut chercher à fortifier progressivement l'énergie vitale des organes affectés, à provoquer le ramollissement lent, puis la solution des adhérences pleurétiques existantes et enfin la dilatation libre des diverses parties des poumons ; parallèlement avec ces modifications a lieu progressivement le ramollissement des infiltrations tuberculeuses compactes qui jusque-là formaient une barrière solide autour des diverses sections du poumon, y mettaient obstacle à l'échange respiratoire des gaz et les préparaient à une invasion consécutive des microorganismes ; il faudra préciser exactement les remèdes et les voies par lesquels ce but pourra être atteint ; enfin, il faut encore rendre non nocifs les microorganismes qui, par résorption, ont passé dans le système lymphatique, et chercher à prévenir le danger d'une infection consécutive. L'auteur, se basant sur une étude consciencieuse de longues années, est ainsi arrivé à la conclusion que les infiltrations tuberculeuses et les processus phtisiques, si l'on intervient à temps et d'une manière appropriée, dans le sens indiqué ci-dessus, sont susceptibles d'une guérison complète, lente, mais certaine. Même à un degré avancé de phtisie pulmonaire, sans espoir de guérison, il y a lieu, par le régime indiqué, d'attendre une amélioration sensible de l'état du malade et une prolongation de la vie.

Sur l'accroissement des cellules éosinophiles dans la trichinose.

5.— M. le Dr THAYEN (de Baltimore).— Il s'agit de deux cas de trichinose observés en 1897 à l'hôpital de John Hopkins. — Le premier présentait tous les symptômes cliniques du mal ; on trouva la trichine dans le biceps. L'examen du sang donna les résultats suivants : globules rouges, 4.232.000 ; globules blancs, 16.500 ; parmi ces derniers 5 0/0 de mononucléés petits et 7 0/0 de gros mononucléés ; 50 0/0 de neutrophiles et 38 0/0 d'éosinophiles. Le nombre des leucocytes oscillait entre 13.000 et 3.500 pendant la maladie, celui des globules éosinophiles entre 38 0/0 et 68 0/0 (un mois après le début de la maladie). — Dans le second cas, on ne soupçonna la trichinose que par l'accroissement des leucocytes éosinophiles. Il y eut 5.000.000 de globules rouges ; 13.000 globules blancs, 11 0/0 de petits globules mononucléés, 5 0/0 de gros mononucléés, 37 0/0 de polynucléés neutrophiles et 47 0/0 d'éosinophiles. L'examen du muscle, fait ensuite, permit de trouver la trichine.

Sur certains détails de la structure intime des hématozoaires de Laveran durant leur évolution.

6. — M. le Dr E. GAUTIER (de Moscou). — Au cours des fièvres intermittentes du Caucase, on peut observer dans le sang des malades trois variétés d'hématozoaires. Chacune possède un cycle d'évolution caractéristique, qui permet de la distinguer des 2 autres. L'un de ces hématozoaires correspond au parasite de la fièvre tierce, l'autre à celui de la fièvre quarte, tels que les a décrits Golgi. Le troisième est probablement identique à celui que Mardiajava et Bignaceri ont observé en Italie, dans des cas de fièvres estivo-automnales. Mes observations tendent à prouver que ce dernier parasite évolue en l'espace de deux jours. Il se rencontre au Caucase dans des cas qui, au point de vue clinique, peuvent être rangés parmi les fièvres irrégulières quotidiennes et tierces. Ces trois espèces d'hématozoaires, tout en différant les unes des autres sous beaucoup de rapports, subissent dans leur évolution des modifications qui leur sont communes. La communication illustrée par des planches, contient la description détaillée des différents modes d'évolution de ces trois espèces.

Discussion. — M. le Dr THAYEN (de Baltimore). — Dans 1.613 cas de malaria qui ont été observés à l'hôpital de John Hopkins, on a trouvé 3 formes différentes de parasites, celles de

© BIU Santé

la troisième période de l'année, de la quatrième et de la période estivo-automnale. Le développement d'un plasmode dure environ 48 heures, souvent moins. La malaria ne comprend pas seulement un parasite à formes différentes, mais 3 parasites.

Excrétion urinaire après les accès palustres. Recherches cliniques et expérimentales.

7. — M. le Dr A. Mossé (de Toulouse). — Voici les résultats auquel l'auteur est arrivé d'après ses recherches sur la polyurie insipide, aiguë, consécutive aux accès intermittents. La polyurie aiguë ne s'accompagne pas toujours d'une azoturie proportionnelle; mais il existe un certain parallélisme entre les courbes de l'excrétion urinaire et uréique; il peut se produire quelquefois, cependant, une véritable débâcle d'urée. L'excrétion d'acide urique est proportionnellement bien plus accentuée que celle d'urée, l'élimination de l'acide phosphorique total diminue au moment de l'accès; les chlorures sont l'élément dont l'excrétion subit habituellement la plus grande augmentation au moment de la polyurie; quant à la toxicité urinaire, les recherches de M. Mossé sur ce point ne lui ont pas donné de résultats absolument concordants.

(*A suivre.*) [A. P. S.].

II. — Section de Neurologie.

Communications sur le Tabes.

M. le Pr Grasset. — *Traitement du Tabes* (voir le Numéro précédent).

La pathogénie du tabes dorsalis.

M. H. Oberstimer (de Vienne). — Pour rechercher la pathogénie du tabes dorsalis, il faut se baser d'un côté sur l'étiologie, et, de l'autre côté, sur l'anatomie pathologique; il faut tâcher de mettre d'accord les résultats trouvés des deux côtés.

Quant à l'étiologie, la plupart des auteurs sont d'accord de reconnaître que la plupart des tabétiques ont été antérieurement syphilitiques, malgré les divergences concernant le pourcentage. Le désaccord est plus grand quand il s'agit d'interpréter la façon d'agir de la syphilis. Il faut en conclure que d'autres causes (froid, traumatisme, toxines, etc.), peuvent provoquer le tabes. Au point de vue anatomique, on trouve dans le tabes des modifications très étendues de tout le système nerveux; il y a certaines régions qui ne sont presque jamais atteintes, tandis qu'il y en a d'autres qui le sont toujours. Il y a différentes lésions qui sont pour ainsi dire constantes dans le tabes. On trouve toujours une dégénérescence dans le domaine des cordons postérieurs et plus spécialement des parties qui sont la continuation intra-médullaire des cordons postérieurs.

Comme néanmoins les racines postérieures ne sont pas toujours attaquées, ni en même temps, ni de la même façon, on ne peut pas dire, au sens strict du terme, que le tabes est une affection systématique. Mais quel est le point de départ de cette dégénérescence ascendante des racines intramédullaires? Quatre localisations ont été tour à tour incriminées :

1° Les nerfs périphériques avec les terminaisons périphériques (Leyden, etc.);

2° Les cellules des ganglions spinaux (Stroebe, Oppenheim, Marie, Babès);

3° Les racines postérieures elles-mêmes :

a) A l'endroit où elles traversent la dure-mère et l'arachnoïde (Nageotte); *b*) Au point où elles passent à travers la pie-mère et la couche périphérique (Lange).

4° La partie intramédullaire des racines postérieures seule ou avec la partie extramédullaire. Si aucune des théories énumérées ne peut, à elle seule, expliquer l'affection tabétique des racines postérieures, leur ensemble sera peut-être à même de donner une explication suffisante.

Sur la nature des modifications de la moelle épinière dans le tabes.

M. L. Darkschewitsch (de Kasan). — La modification des cordons postérieurs de la moelle dans le tabes dorsalis n'est pas une affection primaire, mais un phénomène secondaire. Deux processus morbides surtout paraissent être la cause de cette modification secondaire :

a) Des modifications inflammatoires du système nerveux périphérique; *b*) Une inflammation chronique et progressive des enveloppes molles de la moelle.

Ces deux causes initiales peuvent être combinées avec prépondérance de l'une ou de l'autre. L'inflammation du système nerveux périphérique peut provoquer une dégénérescence rétrograde, qui s'étend aux faisceaux des racines postérieures. Dans la moelle, ces modifications se localisent dans la zone d'expansion des faisceaux des racines postérieures. Les modifications des cellules des ganglions inter-vertébraux, dans cette dégénérescence ascendante des faisceaux sensitifs, paraissent être de l'atrophie simple et correspondent aux modifications des cellules des cornes antérieures, qu'on rencontre dans la dégénérescence rétrograde des faisceaux moteurs. L'atrophie des cellules des cornes antérieures résulte de la morbidité des faisceaux moteurs périphériques. La leptoméningite, qui provoque des modifications tabétiques dans la moelle, se localise presque exclusivement dans la zone d'expansion de l'art. spinalis postérieur. Ces modifications ne se rencontrent que suivant l'étendue du processus morbide dans les racines postérieures.

Traitement mécanique du tabes.

M. le Dr Jacob (de Berlin). — Il a été impossible jusqu'à présent d'obtenir une guérison ou même une amélioration notable dans le tabes dorsal au moyen du traitement spécifique. Le traitement mécanique (compensatoire) nous permet d'obtenir, au contraire, des résultats qu'aucun autre système de traitement n'a encore donnés. Cette méthode n'a pas la prétention de guérir la maladie elle-même; mais elle soulage le malade et fait cesser les troubles de coordination au moyen d'exercices méthodiques. Ils consistent à apprendre au malade à se rendre maître de ses mouvements, malgré l'affaiblissement de la sensibilité (sens musculaire). Ces exercices ne peuvent pas avoir d'heureux résultats si on se borne à de simples indications; des appareils organisés spécialement dans ce but sont nécessaires, et une direction méthodique de plusieurs semaines au moins est indispensable.

Pathologie et anatomie pathologique du tabes dorsalis.

M. le Dr R. Colella (de Messine). — Ses recherches lui permettent de proposer les conclusions suivantes : 1° Dans le tabes dorsalis, on peut observer des paralysies amyotrophiques très graves et répandues, même lorsque la substance grise antérieure de la moelle épinière présente seulement des modifications histologiques à peine appréciables et très circonscrites. 2° Ces paralysies amyotrophiques sont, la plupart, sous la dépendance d'une altération primitive, généralisée et profonde des racines antérieures de la moelle épinière. 3° Ces altérations sont constituées par des névrites radiculaires parenchymateuses, et par des foyers nécrotiques répandus dans les racines médullaires.

L'organothérapie dans le traitement du tabes, des paralysies alcooliques, de l'épilepsie jachsonnienne.

M. le Dr Victoroff (de Moscou). — En partant du point de vue biochimique, la pathogénie des maladies nerveuses fonctionnelles et de certains troubles nerveux à substratum anatomique peut se réduire à une modification pathologique dans la nutrition moléculaire, tant générale que spéciale du système nerveux. En principe, l'organothérapie doit s'appliquer au traitement des maladies nerveuses, puisqu'il s'agit d'introduire dans l'organisme des substances physiologiques ayant d'indubitables rapports avec la nutrition moléculaire. Cette thèse est surtout juste quand il s'agit des affections du système nerveux évoluant sur un terrain syphilitique, podagrique, diabétique, alcoolique, etc., dans lesquelles une modification pathologique de la nutrition est évidente. Les injections sous-cutanées de l'extrait testiculaire (injections de Brown-Séquard) sont d'une utilité indiscutable dans le traitement du tabes, des paralysies alcooliques et de *certains cas* de l'épilepsie jacksonienne. Ces mêmes injections rendent de grands services surtout dans les cas de tabes où, en raison d'antécédents syphilitiques, un traitement spécifique mercuriel a été suivi d'un abaissement de la nutrition générale du malade. M. Victoroff conclut en disant que Brown-Séquard n'est pas seulement un

© BIU Santé

des maîtres de la physiologie du système nerveux et un des fondateurs de la pathologie expérimentale du système nerveux, mais c'est à lui encore qu'appartient en toute justice le titre de fondateur de l'organothérapie qui est en train de conquérir ses droits de cité dans le traitement des maladies nerveuses.

Séméiologie des obsessions et idées fixes.

M. le Dr Pitres et Régis (de Bordeaux). — L'obsession est un état morbide foncièrement émotif. Dans le premier degré, tout se réduit aux phénomènes de l'émotivité pathologique, de l'angoisse ; c'est la panophobie. Les phobies systématisées ou monophobies se présentent sous la forme de répulsions ou de peurs anxieuses ; c'est dans cette catégorie que rentrent les phobies à deux.

Outre ces monophobies il en est d'accidentelles; il est aussi des états obsédants dits monoïdéiques. L'hérédité est la grande cause prédisposante; la marche des obsessions est aiguë ou chronique; la terminaison est variable : elle dépend à la fois du terrain et des caractères de l'obsession ; le pronostic est plus ou moins grave selon les formes ; le diagnostic est parfois fort embarrassant. Quant au traitement, la psychothérapie en est la base même; il faut y ajouter les calmants, les distractions, les exercices corporels, les bains, et s'il s'agit d'une femme touchant à la ménopause, l'opothérapie ovarienne pourra donner de bons résultats.

Discussion. — M. Al. Atanasiu (de Marcutza). — Les obsessions mentales méritent d'attirer l'attention du médecin aliéniste ; elles constituent un phénomène curieux et intéressant dans la symptomatologie des affections mentales, surtout celles de nature dégénérative; leur importance est grande en médecine légale.

Diagnostic différentiel entre les obsessions et les idées fixes.

M. le Dr Marti y Julia (de Barcelone). — L'obsession, occasionnée par l'émotivité morbide, diffère de l'idée fixe due à une impulsion physiologique d'un cerveau déséquilibré au point de vue fonctionnel. La première dépend de l'état psycho-moral de la personnalité, la seconde, non. La première exagère l'état émotif jusqu'à l'angoisse, l'autre ne produit que de l'ennui, de la fatigue et une très légère émotivité. L'obsession est persistante à intensité variable, l'idée fixe n'est en action que pendant les états aprosexiques ; la première a tendance à subsister, l'autre va à l'épuisement ; celle-là produit du délire, celle-ci non ; elle n'est qu'une persistante perception mnémonique. L'obsession altère la personnalité, l'idée fixe n'a pas d'action sur la personnalité. La première est un trouble pathologique, la seconde est un trouble fonctionnel observable à l'état physiologique aussi bien qu'à l'état pathologique.

Au premier Congrès français annuel de médecine mentale tenu à Rouen en 1890, M. Boucher (de Rouen) avait signalé un cas singulier d'obsession caractérisé par une crainte excessive de rougir, déterminant des troubles dans l'état général et des idées de suicide. En 1896 M. Boucher eut l'occasion de revoir un cas analogue. Il s'agissait d'une malade héréditaire névropathique de par la lignée maternelle avec une sœur atteinte de claustrophobie, un frère mal équilibré ; cette malade présente une forme spéciale d'obsession qui se caractérise de plus en plus à chaque grossesse. Cette obsession consiste en une rougeur subite, suivie de transpirations et d'angoisse, survenant à la suite des rencontres les plus banales. L'érythrophobie, chez cette malade, devint telle qu'il lui devint difficile de paraître en société ; son état général s'en ressentit aussi vivement. Rapprochant ces deux faits, M. Boucher croit qu'il s'agit là d'un état mental particulier dont la place se trouve nettement indiquée à côté des troubles mentaux tels que la claustrophobie, l'agoraphobie, etc., constatés chez des héréditaires et paraissant du même ordre.

MM. Vallon et Marie. — D'une façon générale les obsessions peuvent être considérées comme des excitations non diffusées à l'ensemble des centres nerveux mais irradiées partiellement en un sens particulier. Les phénomènes secondaires ainsi éveillés sont d'autant plus intenses que l'irradiation est plus limitée à telle sphère déterminée ; l'intensité et la limitation du phénomène réalisent un traumatisme plus ou moins impérieux en même temps que plus ou moins conscient. Il est d'autant moins conscient qu'il est plus impérieux à son summum. C'est alors comme une personnalité nouvelle qui prend naissance au sein de l'ancienne qui assiste impuissante à sa genèse. On peut, à côté, distinguer ces irradiations de l'érethisme obsessionnel, quel qu'il soit : à la sphère cénesthétique, obsessions émotionnelles ; à la sphère sensitivo-sensorielle, obsessions hallucinatoires ; à la sphère motrice, obsessions impulsives ; à la sphère psychique, obsessions intellectuelles, et les combinaisons possibles de ces variétés entre elles. La combinaison la plus constante et dont on a voulu faire la règle est celle qui comprend un certain degré de participation de la zône antérieure psychique, sous forme de phénomène de conscience plus ou moins complet avec intervention plus ou moins effective des centres phrénateurs qui en dépendent (lutte). Ces centres peuvent être secondairement obnubilés ou en partie absents primitivement ou du moins incomplètement développés (débiles). Ils peuvent enfin être perturbés et participer à l'érethisme morbide sous forme de conception délirante associée, où l'adhésion volontaire à l'impulsion maladive. L'absence congénitale ou l'abolition acquise des fonctions modératrices des centres conscients n'empêche pas l'obsession d'exister avec ses attributs essentiels. Elle peut s'installer définitivement et d'une façon permanente constituant une sorte de psychose partielle chronique avec démence par extinction des fonctions supérieures rectificatives.

M. le Dr Arie de Jong (de La Haye). — Les obsessions étant généralement des stigmates psychiques de dégénérescence sont observées quelquefois chez des personnes non dégénérées. Il n'est pas vraisemblable que les causes des obsessions soient des changements anatomiques pathologiques du cerveau, mais il est plus probable qu'elles sont d'une nature suggestive; que les obsessions sont des auto-suggestions. Il va sans dire qu'il faut toujours une cause de nature somatique par laquelle l'auto-suggestion est provoquée. Il importe de tâcher de découvrir ces causes, surtout pour le traitement.

Etude clinique et anatomo-pathologique d'un cas d'hématomyélie centrale.

MM. Pitres et Sabrazès (de Bordeaux). — Il s'agit d'un cas d'hématomyélie centrale de la partie effilée du renflement lombaire, consécutif à un traumatisme de la colonne vertébrale remontant à plus de deux ans. Le foyer de sang épanché en pleine substance grise, dans la moitié droite de la moelle qui n'était point rompue, en dehors du canal épendymaire, a été le point de départ d'une cavité volumineuse sur les parois de laquelle se sont déposés des amas d'hématoïdine amorphe et cristallisée. La névroglie ambiante a progressivement formé une capsule qui, de proche en proche, a successivement empiété sur la substance grise et sur les divers cordons. Autour de ce kyste d'origine hématique, il est remarquable de voir l'extension prise par des phénomènes de gliose, l'hématomyélie tubaire ayant joué, pendant plus de deux ans, le rôle d'épine irritative vis-à-vis de la névroglie.

Cliniquement, les symptômes observés jusqu'à la mort appartenaient à la série syringomyélique ; l'atrophie musculaire extrêmement marquée, marchait sensiblement de pair et respectivement sur chaque membre inférieur avec la dissociation sensitive.

Anatomiquement, grâce à la survie du malade pendant plus de deux ans, a été réalisée une lésion médullaire rappelant macroscopiquement la syringomyélie, mais s'en différenciant histologiquement par la localisation de l'annexe de gliose à un court segment de moelle.

En somme, il découle de ce cas que l'hématomyélie centrale peut simuler, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, certaines formes de syringomyélie à évolution lente ou à symptômes stationnaires.

Pathologie de la cellule nerveuse.

M. le Dr Marinesco (G.) (de Bucharest), rapporteur. — Ce qu'il y a d'important à considérer dans la cellule nerveuse, au point de vue de sa pathologie, c'est l'élément chromatophile, ainsi nommé parce qu'il se colore fortement par les couleurs d'aniline. Ainsi la section d'un nerf moteur ou sensitif amène une désintégration de ces éléments, processus que l'auteur a

© BIU Santé

désigné sous le nom de chromatolyse. Il y a une première phase, de réaction, puis la phase de réparation, et, quand celle-ci fait défaut, la phase de dégénérescence et d'atrophie. L'auteur n'a pu constater qu'expérimentalement la phase de réparation, caractérisée par une hypertrophie progressive de la cellule nerveuse. Dans l'action directe des poisons, dans l'anémie expérimentale, par exemple réalisée par la ligature de l'aorte, on constate dans certaines cellules de la corne antérieure, soit une chromatolyse périphérique, soit un réseau brillant très coloré par le bleu de méthylène. Dans la rage, chromatolyse périphérique quelquefois très avancée, à peu près de même dans les lésions produites par le bacillus botulinus. Dans les injections à doses répétées d'alcool, désintégration et atrophie des éléments chromatophiles périphériques. Le tétanos, le bacille de la peste, les grandes infections produisent également sur la cellule nerveuse des lésions caractéristiques.

Discussion sur les altérations des cellules nerveuses.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — Il semble que l'étude du protoplasma des cellules nerveuses ait absorbé toute l'attention des observateurs qui ont pris part à cette discussion. Cela tient vraisemblablement à ce que le noyau de ces éléments est considéré comme n'ayant plus les qualités d'un organe reproducteur et préside simplement à la nutrition de la cellule. Mais à chaque altération protoplasmique correspond néanmoins une modification du noyau qu'il importe d'étudier; or, cette étude du noyau des cellules nerveuses à l'état normal comme à l'état pathologique est généralement, sinon négligée, du moins laissée au second plan. Nous avons, dans un travail publié avec M. Cabannes dans la nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (1897), étudié l'état des cellules nerveuses médullaires dans la rage humaine. A côté des lésions de chromatolyse du protoplasma que nous avons figurées, existent des modifications intéressantes du noyau ; il est souvent projeté à la périphérie, turgescent ; le nucléole est fragmenté, la membrane nucléaire et le réseau de linine s'effacent; il n'est pas rare de voir des bâtonnets de chromatine et même un véritable peloton chromatique dans le corps nucléaire. Il y a là, dans les éléments nerveux, des cornes antérieures et postérieures dont la confusion n'est pas possible avec des cellules endothéliales, des leucocytes, des cellules névrogliques, une ébauche de karyokinèse qui avorte. La cellule nerveuse réagit vis-à-vis de l'irritant pathologique (virus rabique) en consommant d'abord les matériaux chromatiques accumulés dans les mailles du spongio-plasma : ce stade correspond à la période des spasmes rabiques. Mais la cellule ne peut suffire à réparer ses pertes et à résister au virus : alors survient le stade paralytique de la rage et cela bien que la cellule, devenue globuleuse ait fait préalablement effort (par l'intermédiaire du noyau qui tend sans y aboutir à la karyokinèse) pour persister et pour se reproduire. Il n'est donc pas indifférent d'étudier le noyau cellulaire qui commande la nutrition normale et pathologique du protoplasma. Les travaux de M. Balbiani et de ses élèves sur la mérotomie des êtres unicellulaires ont suffisamment bien établi le rôle du noyau pour qu'il soit presque banal d'affirmer que son intégrité est la condition *sine quâ non* de la vitalité normale des cellules. On nous a dit que le protoplasma de la cellule nerveuse, après avoir subi la chromatolyse, pouvait redevenir tout à fait normal et cela dans un délai relativement court; je n'y contredis point. Par contre, on a affirmé que les lésions de la substance achromatique ou spongioplasma étaient irréparables ; ce dernier fait ne me paraît pas échapper à toute contestation. Du reste si on s'en rapporte aux enseignements de la biologie générale, c'est dans l'examen du noyau qu'il faut chercher les raisons en vertu desquelles une altération de la cellule nerveuse est ou non indélébile. Quant à la technique de la méthode de Nissl, elle varie avec les observateurs. J'estime que la thionine à saturation dans l'eau est le réactif de choix des granulations chromophiles; l'association de l'alcool picriqué met en évidence le spongioplasma.

Pathogénie et anatomie pathologique de la syringomyélie.

M. H. Schlesinger (de Vienne). — Il n'est pas prouvé, par l'anatomie, que la lèpre joue un rôle dans l'étiologie de la syringomyélie. La grande ressemblance du tableau clinique des deux affections n'autorise nullement l'admission du même processus anatomique; encore n'est-il pas probale que la lèpre puisse produire des excavations dans la moelle. Le terme de « maladie de Morvan » est à remplacer par celui de « complexe symptomatique de Morvan », qu'on peut rencontrer dans des affections centrales (syringomélie) et dans des affections du système nerveux périphérique (de nature lépreuse). La vie dans des contrées exemptes de lèpre et le défaut du bacille spécifique ne sont pas une raison suffisante pour exclure la maladie. Les symptômes qu'on ne rencontre que dans chaque maladie à l'exclusion des autres, ont une importance clinique très grande. La syringomyélie paraît admissible quand on se trouve en face de phénomènes bulbaires unilatéraux, de parésie spasmodique des extrémités inférieures, de rigidités et de crampes de ces extrémités, d'augmentation du réflexe patellaire, de nystagmus, de vertiges violents, de troubles sensitifs et moteurs disposés en segments; on doit admettre par contre une affection lépreuse en face d'une paralysie faciale périphérique de nerfs sensibles à la pression, de troubles oculaires et laryngés typiques, d'éruptions pigmentaires et bulleuses réparties sur tout le corps. La lésion anatomique bulbaire de la syringomyélie ne se rencontre, même sur des coupes transversales typiques, que jusqu'à l'extrémité de la protubérance. L'étiologie de la syringomyélie bulbaire n'est pas unique. Des modifications vasculaires, qui se développent quelquefois dans la première jeunesse, semblent jouer un rôle important. On doit considérer comme moteurs étiologiques très importants, l'ischémie progressive produite par des lésions artérielles, ainsi que la distraction du tissu par des hémorragies. Les cavités situées latéralement, au contraire des cavités médianes de la moelle, manquent toujours d'un revêtement épendymaire, qu'on rencontre toujours, du moins sur un certain parcours, dans les cavités médianes. La formation cavitaire ne s'étend pas sur les noyaux, ni sur les tractus intrabulbaires des quatre premières paires nerveuses cérébrales et de la petite portion du trijumeau. Dans la pachyméningite de la moelle, on rencontre une formation cavitaire, qui, selon toute apparence, tire son origine d'une modification vasculaire.

M. Sabrazès. — A propos de la communication de M. Schlesinger sur la syringomyélie et la lèpre, je ferai remarquer que M. le Pr Pitres et moi avons, dès 1892, montré les difficultés que soulève le diagnostic clinique dans certains cas. Lorsque le problème paraît insoluble, on peut le résoudre en pratiquant, sur une zone analgésique, une résection d'un filet nerveux cutané superficiel : la recherche des bacilles est toujours positive s'il s'agit de lèpre. L'évolution de la maladie vient du reste ultérieurement lever toutes les incertitudes ; c'est ainsi que, dans un cas de lèpre nerveuse pure où le bacille fut décelé dans un filet nerveux, nous avons vu, M. Pitres et moi, se développer tardivement une paralysie faciale double, symétrique, intéressant les deux orbiculaires des paupières, symptôme tout à fait caractéristique de la lèpre. Les déformations des doigts lépreux *radiographiées* sont pathognomoniques. Nous avons, avec notre maître M. Pitres, usé de cette méthode d'investigation. Dans la lèpre, le squelette des deux dernières phalanges subit le phénomène si curieux de la résorption spontanée progressive, ainsi que le démontrent les épreuves que je vous présente; dans la syringoméylie vous pouvez voir, au contraire (sauf les cas où il y a des mutilations grossières dues à des panaris multiples), qu'il y a plutôt une légère tendance à l'acromégalie.

Atrophies musculaires.

M. Friedel Pick (de Prague). — Dans différents cas il est impossible d'établir, suivant le tableau clinique de l'atrophie, une séparation nette entre les formes spinales et myopathiques des atrophies musculaires. A une période plus avancée d'atrophie myopathique primaire, on rencontre des dégénérescences des nerfs périphériques, qu'on doit regarder et considérer comme étant secondaires.

De la paralysie progressive chez les femmes.

M. B. Greidenberg (de Simphéropol). — Les cas de paralysie générale chez les femmes sont devenus ces derniers temps beaucoup plus nombreux, et leur nombre progresse relativement

© BIU Santé

plus vite que chez les hommes. Dans le gouvernement de la Tauride, le rapport est de 2 à 1. Les causes de la paralysie progressive sont les mêmes pour les deux sexes, mais leurs combinaisons diffèrent. Le tableau clinique de la paralysie progressive chez les femmes offre certaines singularités qui lui donnent un cachet particulier. Le cours de la maladie est plus lent; par conséquent, la durée de la maladie est, en moyenne, un peu plus longue chez les hommes.

Nouvelles contributions sur une singulière maladie de famille sous forme de démence progressive.

M. E.-A. Homen. — L'auteur rend brièvement compte d'une maladie singulière, affectant deux frères et une sœur à l'âge de 20, 12 et 20 ans, présentant essentiellement la forme de démence progressive, et déjà décrite par lui en 1892 dans les *Archiv für Psychiatrie*. La durée de la maladie était dans les trois cas de 3 1/2, 7 et 6 ans. L'auteur avait déjà alors émis l'hypothèse qu'il s'agissait de syphilis héréditaire comme cause prédisposante lointaine; il y avait en effet : polymortalité infantile, infantilisme, épaississement du crâne et des méninges, adhérences entre la pie-mère et la substance corticale sous-jacente, endartérite précoce, hépatite interstitielle diffuse, etc. Plus tard, l'auteur a eu dans son service une sœur et un frère cadets, les seuls survivants de la famille, chez lesquels, à l'âge de 16 et 17 ans, la même maladie avait commencé exactement de la même manière : vertiges, lourdeur et maux de tête, fatigue générale, diminution de l'appétit, affaiblissement de l'intelligence, douleurs vagues, surtout des jambes, démarche chancelante, etc. La tuberculose emporta la fille deux ans et demi après le début de la maladie, et l'autopsie ainsi que l'examen microscopique révélaient, outre les signes de tuberculose, tout à fait les mêmes altérations que dans les cas précédents, mais beaucoup moins prononcées. Chez le garçon, entré au service de l'auteur, environ un an après le commencement de la maladie, on a immédiatement appliqué un traitement antisyphilitique très énergique, qui a duré, avec des intervalles, environ trois ans, avec ce résultat qu'il ne reste plus des anciens symptômes qu'une certaine tendance à rougir et en général un peu d'impressionnabilité. Le malade vient de reprendre l'exploitation de sa ferme. Dans le succès du traitement antisyphilitique dans ce dernier cas, l'auteur trouve une nouvelle preuve qu'il s'agit dans tous les cas d'une syphilis héréditaire comme base, bien qu'il manque de renseignements sûrs sur la syphilis des parents; l'auteur veut aussi distinguer l'affection en question de la paralysie progressive proprement dite; il admet une connexité plus grande entre cette maladie et la syphilis qu'entre celle-ci et la paralysie progressive.

Du traitement d'états d'angoisse et de contrainte.

M. Otto Dornblüth. — Le traitement systématique par l'opium et la codéine donne les meilleurs résultats quand on a affaire à des états graves et invétérés d'angoisse et de contrainte; le repos au lit, l'hydrothérapie, la diète et le traitement psychique doivent aider les médicaments et corroborer les résultats obtenus par eux. Même sur des cas de moindre gravité, on doit avoir recours aux médicaments sus-nommés.

Le délire mélancolique.

MM. Vallon et Marie se sont particulièrement attachés dans cette étude aux formes typiques de la mélancolie, aux cas pouvant aboutir à une évolution en quelque sorte progressive, au délire mélancolique chronique systématisé. En le faisant, ils ont cherché à isoler dans le syndrome clinique de la mélancolie ce qui lui appartient en propre de ce qui peut n'être que symptôme accessoire et variable. Dans le groupe des mélancolies, on peut, comme Lasègue l'a fait pour les persécutés, distinguer des cas offrant avec ces derniers d'ailleurs certaines analogies, mais pouvant leur être opposés comme types de mélancolie vraie, essentielle, avec des caractères fondamentaux dont les formes chroniques systématisées ne sont que l'accentuation progressive, la cristallisation si l'on peut dire ainsi dire, la forme stéréotypée en un mot (Délire chronique des négations de Cotard). Cette étude a pour but de dégager d'abord du complexus symptomatique ce qui est délire mélancolique vrai, de ce qui n'est qu'idées mélancoliques. Les auteurs attribuent à ces deux mots (*délire* par opposition à *idées* simples) le même sens qu'on attribue aux mêmes expressions en ce qui concerne les persécutés. De même qu'il y a des malades quelconques à idées de persécution symptomatique, et des malades à délire de persécution idiopathique, de même il y aurait des malades à idées mélancoliques et d'autres à délire mélancolique. C'est ce dernier que cette étude a pour but d'isoler en une entité clinique comparable à la maladie de Lasègue.

L'impulsivité morbide.

M. Marti y Julia (de Barcelone). — L'impulsivité vraie est celle qu'on appelle impulsivité morbide; l'impulsivité physiologique n'existe pas. Ce qu'on appelle impulsivité physiologique n'est que l'évolution complète des arcs fonctionnels psycho-moteurs réflexes, arrêtés dans leur route physiologique chez l'individu même ou dans ses ancêtres. Par impulsions morbides on qualifie à tort des phénomènes très différents tels que la réflectivité psychique, la réflectivité psycho-motrice, et les impulsions morbides. L'impulsion morbide est un trouble pathologique des dégénérés, non pas un stigmate. Les caractères de l'impulsivité morbide sont : *a*) Apparition d'emblée. *b*) Défaut d'étiologie psychologique. *c*) Absence de rapport avec la personnalité. *d*) Résistance de l'individu à réaliser l'impulsion. *e*) Quand l'impulsion ne se réalise pas, il y a de l'angoisse progressive. *f*) Après la réalisation de l'impulsion, il y a un sentiment de bien-être physique et de regret pour les résultats de l'impulsion. *g*) L'impulsivité morbide est paroxystique.

L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale et les maladies mentales.

M. le Pr Bernheim (de Nancy). — La suggestibilité est une propriété physiologique du cerveau humain; c'est la tendance du cerveau à réaliser toute idée acceptée par lui. Toute idée acceptée est une suggestion. L'hypnotisme n'est pas un état particulier, c'est la mise en activité de la suggestibilité, avec ou sans sommeil. La suggestion peut faire réaliser à quelques personnes des actes criminels, soit par impulsion instinctive, soit par hallucination, soit par perversion du sens moral. La suggestion ne peut détruire un sens moral robuste, ni le créer quand il est absent; elle peut développer les germes bons ou mauvais existants. Un viol peut être commis par suggestion sur une femme, soit dans le sommeil hystérique consécutif aux manœuvres hypnotiques, soit par perversion instinctive et excitation sensible en condition seconde, soit par insensibilité psychique suggérée au sujet. La suggestion, c'est-à-dire l'idée, d'où qu'elle vienne, s'imposant au cerveau, joue un rôle dans presque tous les crimes. La faiblesse congénitale du sens moral et une grande suggestibilité facilitent les suggestions criminelles. Un acte délictueux ou criminel peut être commis dans un état de condition seconde ou vie somnambulique, d'origine hétéro ou auto-suggestion. De même un faux témoignage peut être fait de bonne foi par auto-suggestion donnant lieu à des souvenirs fictifs. Le libre arbitre absolu n'existe pas. La responsabilité morale est le plus souvent impossible à apprécier. La société n'a qu'un droit de défense et de prophylaxie sociales. L'éducation doit intervenir pour neutraliser les germes vicieux et opposer aux impulsions natives un contrepoids de suggestions coercitives.

Phénomènes psychiques avec un caractère d'irrésistibilité.

D'après M. J. Konstantinowsky (de Moscou) on peut admettre les obsessions dans le sens de Westphal. Tous les actes psychiques peuvent revêtir le caractère de l'irrésistibilité. Cependant un seul caractère d'irrésistibilité ne donne pas le droit d'englober tous ces phénomènes dans le vaste cadre des obsessions. Plusieurs symptômes ayant un caractère d'irrésistibilité doivent être rangés, après leur étude clinique, dans les divers cadres des troubles intellectuels. La présence d'hallucinations tant communes que verbales et motrices ne constitue pas un fait caractéristique pour les obsessions avec conscience, car elle se rencontre dans la démence déjà avancée. Pour la classification des phénomènes psychiques d'un carac-

© BIU Santé

tère irrésistible (obsédant) il est nécessaire de les apprécier à un point de vue clinique.

Physiologie pathologique du myxœdème.

M. le Dr Ewald (de Berlin). — D'après l'auteur, la lésion anatomique principale du myxœdème consiste en une dégénérescence du corps thyroïde, dégénérescence qui le plus souvent revêt la forme de l'atrophie : quant à l'altération du système nerveux, elle doit être considérée comme secondaire. Les succès de l'opération thyroïdienne sont un argument contre la prétendue fonction du corps thyroïde, fonction destructive des toxines provenant de la désintégration des tissus. Les affections du corps thyroïde ayant pour effet de supprimer la fonction de cet organe, amènent des troubles nutritifs graves qui, à leur tour, engendrent une série de phénomènes morbides, notamment d'ordre nerveux : ainsi s'expliquent les symptômes du myxœdème et de la cachexie strumiprive : ainsi s'explique également le myxœdème post-opératoire qui dépend de l'extirpation totale du corps thyroïde et de ses glandules externes.

Physiologie pathologique du myxœdème.

M. le Dr Gley (de Paris). — D'après l'auteur, les symptômes du myxœdème ne relèvent pas tous d'un affaiblissement du chimisme intracellulaire; mais ils sont en partie d'origine toxique; malheureusement la substance toxique supposée reste toujours inconnue; cependant il ne serait pas invraisemblable que l'iodothyrine, tout en exerçant sur les échanges une action spécifique, jouât le rôle d'un antidote, à l'égard de la toxine hypothétique du myxœdème. M. Gley admet deux parties dans l'appareil thyroïdien : la glande et les glandules. Or, si l'on veut faire le traitement chirurgical du myxœdème, il importe que l'opérateur connaisse bien le siège exact de ces glandules pour les laisser en place, afin qu'il n'y ait plus d'accident post-opératoire (ces glandules étant la partie essentielle de l'appareil thyroïdien).

Aliénation mentale momentanée dans l'intoxication alcoolique. Attitude illogique de la loi civile (incapacité) et criminelle (responsabilité).

M. le Dr J.-F. Sutherland expose au Congrès une question qui a une importance psychologique, médico-légale, sociale et morale très grande ; elle tend à affirmer l'irresponsabilité légale des alcooliques. La plupart des Etats essaient de lutter par tous les moyens possibles contre l'alcoolisme ; ils créent des lois pour protéger les biens des alcooliques, restreignent la vente des boissons enivrantes, contrôlent la pureté de la fabrication, créent des établissements pour les alcooliques. Cependant, dans la plupart des pays, l'alcoolique reste responsable devant la loi de ses actes criminels, même produits à l'état d'ivresse. M. Sutherland voudrait qu'on admît non seulement que l'ivresse est une folie momentanée ; mais que l'aliénation mentale est manifeste pendant toute sa durée. Elle présente, du reste, tous les caractères d'un accès de folie vraie (exaltation, idéation rapide, idéation automatique, ou quasi-automatique quand commence l'inhibition, coordination motrice défectueuse, perception et pouvoir de raisonnement amoindris — trouble complet des sens spéciaux —, abolition du sens musculaire à un degré si prononcé qu'une idée juste de la force employée est impossible); c'est un état aussi morbide que le choléra et la dysenterie. Dans cet état, l'idée d'une punition, d'une responsabilité possibles est totalement absente; d'où il découle que la condamnation d'un individu pour un acte accompli pendant l'ivresse est, au XIXe siècle, une monstruosité et peut être mise en parallèle avec les châtiments qui, autrefois, frappaient les fous. Du reste, il y a une incompétence évidente, notamment dans la loi anglaise, qui annule les actes civils commis à l'état d'ivresse, et punit sévèrement les actes criminels consommés dans le même état. Comme conclusions : l'ivresse, de même que la folie, doit entraîner l'acquittement ou modifier la pénalité; il y a un abîme entre le crime accompli volontairement et celui effectué à l'état d'ébriété. Il faudrait que la loi frappât non pas le crime, résultat de l'ivresse, mais l'ivresse elle-même, qui devrait être considérée comme un délit. L'alcoolique doit être considéré légalement comme un aliéné, privé de ses droits civils et enfermé jusqu'à sa guérison dans une maison de santé particulière.

Sur les affections parasyphilitiques

M. le Pr Vizioli (Naples) rapporte le cas de quatre enfants, une fille et trois garçons, nés d'un père syphilitique, venus à terme et bien portants jusqu'à l'âge de deux ans, qui voient apparaître vers cette époque des contractures des membres inférieurs, ensuite des membres supérieurs à un degré différent ; chez le premier enfant, âgé de neuf ans, la contracture a envahi tout le corps, même les muscles de la face et de la déglutition. Aucun des enfants n'a jamais pu marcher à cause de la rigidité extrême des membres inférieurs. Cette forme de diplégie familiale est progressive ; il faut la comprendre parmi les affections organiques héréditaires avec la paralysie spinale spastique, avec les différentes formes d'amyotropie familiale, avec l'ataxie héréditaire de Friedreich, etc. Il semble que la maladie soit l'expression d'une faiblesse de certains systèmes des centres nerveux ; il est possible qu'elle ait une relation avec la plus ou moins grande virulence des diverses substances toxiques qui circulent dans le sang ; on peut expliquer par là la raison qui fait que l'affection commence à des âges différents, surtout dans le bas âge. Il semble qu'à une certaine époque de la vie, la disparition d'une fonction ou d'un système organique est fatale pour les malheureux qui y sont prédestinés. On peut rapprocher ce fait d'une loi biologique qui règle le développement de certains animaux, perdant à une époque déterminée des organes et des fonctions importantes (métamorphose régressive des naturalistes). La syphilis paternelle joue un rôle analogue, ces toxines agissent comme de lents poisons qui, à une certaine époque, atteignent un système important de l'organisme tel que les fibres pyramidales et déterminent la maladie.

Quelques méthodes de traitement des maladies du système nerveux central.

M. le Dr Robertson (A.) (de Glasgow). — L'auteur préconise l'application alternative du chaud et du froid à la tête ou à la colonne vertébrale à température déterminée et pendant un temps considérable (une ou deux heures par jour). Cette application stimule le cerveau et la moelle ; elle a donné de bons résultats dans l'aliénation mentale et la catalepsie accompagnées de stupeur. L'auteur pense, en outre, que la percussion pourrait être un remède efficace dans certaines formes d'aliénation mentale où les symptômes indiquent l'utilité d'une stimulation de la surface corticale du cerveau. Il conseille aussi le traitement par suggestion méthodique systématiquement appliquée aux maladies du système nerveux. Cette méthode n'est réellement utile que dans les cas peu graves de troubles fonctionnels du cerveau et de la moelle épinière. L'auteur recommande les douches froides et prolongées appliquées à la tête comme un agent très efficace pour calmer les convulsions produites par l'alcool. Enfin dans certaines altérations caractérisées par des lésions bulbaires, telles que le diabète sucré et insipide, paralysies bulbaires, il préconise l'électrisation du bulbe rachidien qui lui a fourni de bons résultats.

Dégénérescences propagées. Altération des cordons postérieurs secondaire à une lésion cérébrale en foyer.

M. G. Durante (de Paris). — La dégénérescence *rétrograde* qui, à la suite de l'interruption d'un tronc nerveux, remonte dans le bout central vers le centre trophique, mise en lumière par V. Gudden, est très connue aujourd'hui et a été retrouvée aussi bien dans les centres que dans les nerfs périphériques. Ce que l'on admet moins généralement c'est que, de la même façon que la dégénérescence wallérienne, cette dégénérescence rétrograde puisse se propager d'un neurone au neurone suivant. Aussi nous apportons un nouveau fait d'altération des cordons postérieurs secondaire à une lésion cérébrale, par dégénérescence rétrograde propagée à travers les relais bulbaires. Histologiquement il s'agit d'une atrophie, d'une altération chimique de la myéline avec conservation du plus grand nombre des cylindres-axes plutôt que d'une véritable sclérose avec disparition totale des éléments. Cette propagation possible

© BIU Santé

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER

HYGIÉNIQUES & MÉDICAMENTEUX

Savon doux ou pur, **S.** hygiénique, **S.** surgras au Beurre de Cacao, **S.** à la glycérine (*pour le visage, la poitrine, le cou*, etc). — **Savon** Panamé, **S** Panama et goudron. **S.** Naphtol, **S.** Naphtol soufre, **S.** Goudron et Naphtol (*pour les soins de la chevelure, de la barbe, pellicules, séborrhée alopécie, maladies cutanées*). — **Savon** Sublimé, **S.** Phéniqué, **S.** Borique, **S.** Créoline, **S.** Eucalyptus, **S.** Eucalyptol, **S.** Resorcine, **S.** Salicylé, **S.** Salol, **S.** au Solvéol, **S.** Sulfate de cuivre, **S.** Thymol (*accouchements, anthrax, rougeole, scarlatine, variole*, etc.). — **Savon** à l'Ichthyol, **S.** Panama et Ichthyol, **S.** Sulfureux, **S.** à l'huile de Cade, **S.** Goudron, **S.** Boraté, **S.** Petrole, **S.** Goudron boriqué. — **Savon** iodé à 5 0/0 d'iode. — **Savon** mercuriel à 33 0/0 de mercure.

SAVON DENTIFRICE VIGIER

Le Meilleur Antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives, des muqueuses et pour éviter les accidents buccaux chez les syphilitiques.

Prix de la Boîte porcelaine 3 francs.

PARIS — Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle — PARIS

KÉPHIR SALMON

LAIT DIASTASÉ

Acide lactique, Acide carbonique, Diastase et Peptones

ALIMENTATION DES DYSPEPTIQUES ET DES TUBERCULEUX

KÉPHIR N° I. Laxatif. — N° II. Alimentaire. — N° III. Constipant

PULVO-KÉPHIR

Pour préparer soi-même le Képhir lait diastasé

Le *PULVO-KÉPHIR* a été fait pour permettre aux personnes éloignées de Paris de préparer elles-mêmes le Képhir.

PRIX DE LA BOITE DE 10 DOSES 3 FRANCS

Société d'alimentation lactée, 28, rue de Trévise. — Fournisseur des Hôpitaux.

VICHY

SOURCES DE L'ETAT

CÉLESTINS, GRANDE-GRILLE, HOPITAL

PASTILLES VICHY-ETAT

SELS VICHY-ETAT

COMPRIMÉS DE VICHY

PARIS, 24, BOULEVARD DES CAPUCINES, PARIS

LAURENOL

ANTISEPTIQUE

Désinfectant — Inodore

SANS MERCURE

Échantillon et notice franco sur demande

Écrire : LAURENOL, 8, rue Hérold, PARIS

LAURENOL

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

POUR LE TRAITEMENT ET L'ÉDUCATION

DES ENFANTS NERVEUX ET ARRIÉRÉS

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BOURNEVILLE

Médecin de la section des enfants arriérés et nerveux de Bicêtre

à Vitry, près Paris, 22, rue Saint-Aubin

L'Institut médico-pédagogique est destiné

1° Aux enfants présentant de l'*instabilité mentale* et sujets à des *impulsions maladives* qui les empêchent, quoique possédant un certain développement de l'intelligence, de se soumettre à la règle des lycées ou des pensionnats, et qui ont par conséquent besoin à la fois d'une *méthode d'éducation spéciale*, et d'une *discipline particulière*;

2° Aux *enfants arriérés, faibles d'esprit* à tous les degrés;

3° Enfin aux *enfants atteints d'affections nerveuses* compliquées ou non d'accidents convulsifs.

Les enfants de ces diverses catégories forment des groupes tout à fait distincts.

L'établissement, où se trouvent réunis tous les moyens d'instruction et d'éducation employés dans le service de Bicêtre, est placé au milieu d'un parc superbe, sur le versant d'une colline, et dans les meilleures conditions d'hygiène. Les enfants y sont l'objet de soins spéciaux appropriés à leur situation intellectuelle et physique.

Moyens de communication : Tramways du Châtelet à Vitry et à Choisy-le-Roi. — Voitures de place

S'adresser pour renseignements à M. le Dr BOURNEVILLE, 14, *rue des Carmes, à Paris, le mercredi et le vendredi, de 1 heure à 2 heures, ou par lettre*

Dans les CONGESTIONS *et les Troubles fonctionnels du* FOIE, *la* DYSPEPSIE ATONIQUE, *les* FIÈVRES INTERMITTENTES, *les Cachexies d'origine paludéenne* et consécutives au long séjour dans les pays chauds

On prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ELIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : VERNE, Professeur à l'Ecole de Médecine GRENOBLE (France)

Et dans les principales Pharmacies de France & de l'Étranger

Pour les annonces, s'adresser à M. H. DURAND, 14, rue des Carmes.

© BIU Santé

QUESTIONS DU JOUR

Le traitement médico-pédagogique de l'idiotie (1)

M. Bourneville publie, de temps en temps, une note sur cette question que, par son énergie et ses beaux travaux, il a faite sienne. De ces notes, la plus récente mérite surtout l'attention des praticiens. On en peut lire le texte dans la revue spéciale qu'un confrère des plus estimés, M. le Dr Comby, consacre depuis un mois à la médecine infantile (2).

En fait, M. Bourneville y donne un aperçu des procédés en usage à l'hôpital de Bicêtre pour l'éducation physique et intellectuelle de la section des enfants arriérés. Avec une discrétion qui s'explique, mais qu'on ne doit pas imiter, notre honorable confrère et ami y consacre seulement quelques lignes aux méthodes, semblables d'ailleurs, qui sont employées dans un autre établissement : l'*Institut médico-pédagogique de Vitry*, dont il est aussi le fondateur et le directeur expérimenté.

Cet Institut, consacré au traitement des enfants idiots, arriérés ou nerveux, appartenant aux classes aisées, est une œuvre scientifique et humanitaire comme toutes celles auxquelles notre sympathique confrère aime à attacher son nom. De plus, c'est une œuvre originale, je tiens à le faire remarquer. On la doit à l'initiative privée d'un groupe de nombreux médecins parisiens, tous également dévoués aux mêmes idées humanitaires. Cette circonstance n'est point, on l'avouera, ordinaire dans un temps et un pays où, même en pratique médicale, on attend presque tout de la providence officielle.

Enfin, circonstance à retenir, cet Institut a été créé dans des conditions exceptionnelles d'installation, de confort et de salubrité. Dans un site séduisant, il reproduit l'hospitalisation de Bicêtre en la perfectionnant, et surtout en évitant de copier, inutile de le dire, ses tristesses et ses inconvénients. C'est donc un établissement de thérapeutique médicale, unique encore en France. Les praticiens avides de s'instruire le visiteront, je n'en doute point, avec tout l'intérêt que j'ai mis à le parcourir. C'est une exploration instructive qui permet de se rendre un compte exact des procédés, des succès et de l'avenir pratique du traitement médico-pédagogique rationnellement et scientifiquement appliqué.

Les procédés ont été empruntés partout et à tous, aux méthodes scolaires les plus classiques et aux écoles spéciales, à Ed. Séguin et à d'autres, Itard, Belhomme (1824), Ferrus, Ferret (1831), Félix Voisin, etc., etc. Selon une remarque exacte et sincère, ils sont légitimés par cette définition très clinique que l'idiotie « consiste dans un arrêt de développement congénital ou acquis des facultés intellectuelles, morales et « affectives, accompagné ou non de troubles moteurs et de « perversion des instincts. » (Bourneville.)

Psychologue, physiologiste et clinicien tout à la fois, le thérapeutiste avisé devra rechercher « ce qui est, ce qui subsiste chez ces enfants ». Il utilisera ces ressources même minimes pour le développement de ce qui est à l'état latent « afin de gagner le plus possible ». Voilà, pour ainsi parler, l'économie du traitement médico-pédagogique et la raison de son principe fondamental qui est d'occuper le malade à tous les instants, depuis le lever jusqu'au coucher, et de varier les exercices physiques, hygiéniques, intellectuels, en prévenant l'oisiveté mais en évitant la fatigue. Questions de tact, de discernement, de bon sens clinique ! C'est vrai : voilà des mérites qui ne sont pas ordinaires et que l'on est en droit de réclamer d'un thérapeute dévoué à la cure de cette affection.

A quel âge commence le traitement ? *Précocement, dès l'apparition des premiers signes de l'idiotie.* Cela va de soi. Itard et Voisin l'avaient bien compris, celui-ci surtout, quand en 1834 il institua, fondation éphémère d'ailleurs, son établissement orthophrénique.

Un jeune enfant idiot, — on dit arriéré dans la clientèle par un euphémisme destiné à ménager la susceptibilité des familles, — ignore plus ou moins la marche, l'usage de ses mains et des organes des sens. Il parle mal ou ne parle point; il ne sait point manger; il est gâteux... D'où l'indication initiale et formelle de débuter par l'éducation des sens. Voilà pour ainsi dire la *partie médicale* du traitement. Puis, ou simultanément, ou plus tard, il faut intervenir pour l'éducation de l'intelligence. C'est la *partie pédagogique* du traitement, d'où la dénomination justifiée *médico-pédagogique*, il y aurait naïveté à insister sur ce point, que l'on a donnée à cette médication.

Les procédés dont on dispose sont maintenant variés. On commence à éprouver de l'embarras dans leur choix. Beaucoup échappent à la description et la place ferait défaut pour les énumérer tous ici.

Débute-t-on par l'*éducation de la vue et de l'odorat ?* Cette tâche est relativement plus aisée quand on dispose de vastes jardins, peuplés de fleurs vivement colorées et diversement odorantes, comme à l'hospice de Bicêtre et surtout à l'Institut médical de Vitry, où l'idiot apprend à voir, sentir, toucher et même dénommer les végétaux dans des promenades répétées, sous la conduite d'un infirmier ou d'un maître.

Même progression, cela s'entend, dans les procédés d'*éducation de la marche* et du *sens musculaire* (mouvements méthodiques de flexion et d'extension : massage, balançoire-tremplin en usage à l'hospice de Bicêtre, exercices de station debout au commandement, exercice de l'escalier; pour les impotents : progression, avec l'aide d'une infirmière, du chariot, des barres parallèles). Pour l'*éducation de la main* et de l'*opposition du pouce* : les échelles de Pichery, les ressorts, les bâtonnets, les boules, les planchettes, etc., etc., destinés à augmenter le sens et la puissance musculaire en précision. Pour l'*éducation du toucher* : épreuves thermiques, des étoffes, des surfaces raboteuses; puis enseignement de mouvements usuels : boutonner, lacer, nouer, exercices de l'alène, de l'aiguille, etc., etc.

De plus, objectif plus général, on réussit ainsi à *éveiller l'attention*, à développer l'*instinct de la conservation* : deux facultés dont l'absence constitue un caractère clinique de l'idiotie (Sollier). Par ces tentatives persévérantes, on arrive ainsi — *de minimis curat medicus* — à enseigner l'usage du couteau, de la fourchette, de la cuillère et les notions de la propreté.

J'abrège encore plus la partie pédagogique du traitement. Les procédés s'inspirent de ceux de l'enseignement mutuel et collectif. On fait encore appel à l'attention individuelle; on s'adresse aussi à l'imitation. Cet enseignement ne saurait, pour ce motif, donner dans la famille un profit équivalent à celui qu'il procure dans les Ecoles de Bicêtre et, mieux encore, dans les classes d'un Institut, sous l'œil du médecin et la direction de maîtres expérimentés.

A Vitry, comme à Bicêtre, on commence par donner la *notion des lettres* (lecture collective ou individuelle sur des syllabaires en relief, colorés et variés). On prodigue surtout des *leçons de choses* (reconnaissances d'étoffes, des surfaces géométriques, des corps solides, des couleurs). On fait acquérir la *notion du poids*; celles de l'*espace* (plans géographiques en relief), du *temps* (chronologie). On fixe l'attention par la présentation de végétaux et d'animaux variés, par des visites dans les étables, les écuries, à des volières, par des promenades quotidiennes dans le potager, le fleuriste, le fruitier, le parc, les jardins botaniques, etc., etc. L'enfant arriéré voit et touche ; il assiste à des opérations agricoles et horticoles; ces multiples exercices sont gradués en durée et en nombre avec le degré d'attention et d'application au travail dont chaque enfant est capable.

Cet *entraînement intellectuel* se combine, bien entendu, avec l'*entraînement physique* (gymnastique, escrime, danse, exercices militaires), et, inutile de l'ajouter, avec l'emploi de *médications physiologiques* en rapport avec la forme de l'idiotie, l'état général, la prédominance de certaines manifestations (balnéation, hydrothérapie générale ou locale, toniques, séjour au grand air, etc., etc.). Ces médications sont classiques.

Pour être complet, je devrais encore signaler l'*enseignement professionnel* des enfants idiots. A quoi bon ! Il a fait assez ses preuves dans les ateliers de Bicêtre.

A ce point de vue, comme aux autres, la cause du traitement médico-pédagogique est bien gagnée. Aussi, après avoir visité les installations de l'Institut médico-pédagogique de Vitry, et constaté à Bicêtre les bénéfices d'une expérience de treize années, on est en droit, sans faire profession d'un imprudent engouement, d'affirmer, avec M. Bourneville et ses élèves, « la possibilité d'améliorer d'une façon évidente la plus grande « proportion des enfants idiots et d'en relever l'état intellectuel à un degré suffisant pour les rendre aptes à vivre en « société, à la condition, toutefois, de les traiter de bonne « heure ». Voilà, certes, motif d'encouragement et de satisfaction pour le praticien qui voudra réfléchir à ces résultats aujourd'hui réalisés et qui naguère passaient pour inespérés.

Ch. ELOY.

(1) Extrait du *Journal des Praticiens* du 14 février.
(2) *Médecine infantile*, janvier 1894, p. 18.

© BIU Santé

de la dégénérescence rétrograde, qui entre certainement en cause dans les lésions médullaires observées chez les amputés, dont relèvent au moins un grand nombre de scléroses latérales amyotrophiques et peut-être de tabes spasmodiques, est importante à connaître dans les cordons postérieurs. Si, en effet, le plus grand nombre des tabes vrais sont d'origine radiculaire, ganglionnaire ou périphérique, il est vraisemblable que certaines affections tabétiques ou du moins tabétiformes, que certaines scléroses systématisées des cordons antérieurs sont la conséquence directe de lésions diffuses ou en foyer de l'encéphale.

De la pathogénie de l'apparition des foyers dans la paralysie générale des aliénés.

M. le Dr Muratow (W. A.) (de Moscou). — L'auteur a pratiqué l'autopsie dans 123 cas de paralysie progressive à l'Asile d'aliénés Preobrajensky de Moscou. Il est arrivé aux conclusions suivantes : 1° Les infections en foyer à forme hémorragique ou de ramollissement sont excessivement rares dans la paralysie progressive (5 cas seulement). 2° Les symptômes locaux dans la paralysie progressive qui apparaissent sous forme d'ictus épileptiforme et apoplectiforme, ne dépendent pas d'une nouvelle complication mais de l'envahissement de l'inflammation aux circonvolutions centrales. 3° Les convulsions cloniques doivent être considérées comme des mouvements forcés d'origine corticale ordinaire. 4° La même origine doit être attribuée aux troubles du sens musculaire et de l'hémianesthésie. 5° La pathogénie de l'apparition des foyers dans la paralysie progressive présente une certaine analogie avec les infections en foyer de l'encéphale. Dans les deux cas on a affaire à l'action directe ou indirecte du foyer (Excitation. Dégénération).

Sur un syndrome observé au cours d'affections cérébrales et caractérisé par l'arrêt de la respiration plusieurs heures avant celui du cœur.

M. le Dr Duckhworth (Dyce) (de Londres). — Citation de plusieurs cas de traumatismes du système nerveux central dans lesquels l'auteur démontre que l'arrêt de la respiration se fait très longtemps avant celui du cœur. A la suite de la fonction respiratoire, la température n'est pas abaissée. Bien que le centre respiratoire soit très rapproché du centre cardiaque, lorsque ces deux centres se trouvent intéressés par une même lésion, celle-ci agit plus vite avec plus de force sur le premier, celui-ci étant beaucoup plus sensible. Il faut donc s'efforcer de réduire immédiatement toute pression intra-cranienne au moyen de la trépanation et en utilisant la sonde. Il importe de continuer la respiration artificielle aussi longtemps qu'elle est indiquée; enfin, il ne faut pas non plus considérer une basse température comme preuve de l'absence d'un foyer purulent ou hémorragie dans le cerveau.

(*A suivre*). [A. P. S.].

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE L'ALCOOLISME

Bruxelles (30 *août*-3 *septembre* 1897).

Le VIe Congrès international contre l'alcoolisme, placé sous le haut protectorat de S. M. Léopold II, a été ouvert le lundi 30 août, au grand Palais des Académies, au milieu d'une affluence considérable de médecins, de pédagogues et de jurisconsultes du monde entier, sous la présidence de M. le Ministre de l'Agriculture. La France est représentée par plusieurs médecins, parmi lesquels on remarque MM. Motet, membre de l'Académie de Médecine, Legrain et Roubinovitch, les conférenciers contre l'alcoolisme, Carra, etc..

Les travaux du Congrès n'ont commencé que le 31 août, à 9 heures du matin. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 août 1897. — Présidence de M. Caventou.

M. Cadet de Gassicourt donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Luys. Il annonce également la mort de M. Surmay, membre correspondant national, chirurgien de l'hôpital du Havre. La séance est levée en signe de deuil. A.-F. Plicque.

VARIA

A la mémoire de Th. Roussel.

Labor improbus omnia vincit.

M. le Dr F. Ledé, secrétaire général du Comité d'initiative et d'organisation du Jubilé Roussel, nous prie d'annoncer que le compte rendu de cette belle fête vient de paraître. Il est orné de vingt-deux photogravures, dont nous pouvons ici reproduire à la fois l'une des plus artistiques et des plus significatives.



Fig. 13. — Plaquette, œuvre de M. Denys Puech, offerte par l'Association Lozérienne de Paris à M. Roussel, son président.

On trouvera, dans cette belle publication, adressée à tous les souscripteurs du Jubilé, à tous les amis et collègues de Roussel en bienfaisance et en dévouement à la chose publique, le texte des discours prononcés en cette mémorable cérémonie et surtout les adresses si émues votées par les Conseils muni-

© BIU Santé

cipaux des communes que Roussel représenta avec tant de dignité et de science à la Chambre et au Sénat! Puisse ce nouveau monument commémoratif, qui vient s'ajouter aux médailles frappées à cette occasion, rappeler à nos jeunes confrères que tout est possible à une santé de fer, à une volonté féroce, à un travail acharné! L'important dans la vie n'est pas de concourir et dépenser son temps à discourir sur ce que d'autres ont fait. C'est d'avoir à soi, bien à soi, une Idée et une bonne. (Il est encombrant et dangereux d'en avoir trop; mais on ne se refait pas!) C'est de la prendre à pleines mains, et, malgré la foule hurlante, d'arriver à la placer bien en vue, au-dessus des têtes jalouses, et à la fixer sur un piédestal si solide que les révolutions ultérieures ne puissent la jeter à terre! Alors on consent à se souvenir de vous et de vos efforts. Cela vaut mieux que les galons éphémères des Administrations civiles, voire même qu'une notice nécrologique, émue et amie, écrite par un bibliographe de profession, à l'œil d'aigle et à la plume aiguisée! M. B.

L'organisation du Congrès de Moscou.

Le correspondant de la *Clinique* (de Bruxelles) raconte le fait suivant, à propos de son voyage à Moscou : « A Varsovie, se place un incident qui nous fit perdre vingt-quatre heures en Pologne. Le Congrès de Moscou, malgré sa formidable organisation, n'avait pu suffire à toutes les demandes d'inscriptions; aussi 20 0/0 *des congressistes s'étaient mis en route, sans être munis de la carte officielle et du laisser-passer sur les railways russes*. Nous étions malheureusement de ce nombre; et, sans l'amabilité de M. Jérentieff, sous-chef du mouvement du chemin de fer de Varsovie-Terespal, nous attendrions encore nos papiers... »

Le Congrès de Moscou.

Le correspondant de Moscou de la *Revue médicale* écrit ce qui suit :

Je viens d'assister à une scène bien attristante! Le Comité national français — j'entends celui qui a été constitué ici, en l'absence de celui de Paris — avait décidé d'envoyer une délégation à Saint-Pétersbourg pour y saluer le Président de la République. C'était parfait et tout le monde s'est trouvé d'accord pour applaudir à cette pensée; mais on a bien changé de thèse quand il a fallu désigner les délégués. On s'en est enfin rapporté au sort, non sans de vives protestations de la part de certains, et au grand scandale de tous les membres présents, on a entendu notre confrère C..., chef de laboratoire d'un hôpital de Paris, s'écrier : « Mais votre nom peut sortir à côté de celui de quelqu'un à qui vous ne serreriez pas la main; car, parmi les médecins français, il y en a au moins un quart qui sont des crapules! » Un médecin de Lyon et un autre de Bordeaux, ont tenu publiquement des propos injurieux contre le Dr M... Celui-ci leur envoie des témoins! Et pendant ce temps les médecins des autres pays nous donnent le spectacle de la plus parfaite union. Quels souvenirs nous allons laisser ici! (*Revue médicale*, Paris, 1897, n° 165).

Le nouvel Hôpital français de Saint Pétersbourg.

Le Président de la République et son cortège ont assisté à Saint-Pétersbourg à la cérémonie de la pose de la première pierre du nouvel hôpital français. Cet hôpital-refuge est fondé depuis 1839. C'est à l'aide du don généreux de Mme de Barante que cet établissement a été ouvert. Après des débuts assez modestes et grâce à l'initiative de tous les ambassadeurs qui se sont succédé à Saint-Pétersbourg, c'est un des établissements charitables les plus prospères fondés par des Français à l'étranger. Il compte aujourd'hui 50 lits, qui sont tous occupés et dont les titulaires étaient rangés dans la cour d'honneur, pour recevoir M. Félix Faure. Avec eux, dans le grand vestibule qui sépare les deux pavillons des hommes et des femmes, se tenaient les membres du conseil d'administration de l'hôpital, ayant à leur tête M. Castillon, doyen de la colonie française. Après les présentations d'usage par le consul de France, M. Félix Faure s'est rendu par la salle à manger et par un chemin de planches tracé dans le jardin, à la tribune qui est élevée tout au fond, en face de la première pierre du nouvel hôpital. Depuis trois semaines, quatre-vingts ouvriers maçons russes travaillaient aux fondations de l'immeuble, qui sont sortis aujourd'hui de terre.

A l'occasion de cette cérémonie, on a remis à M. Félix Faure une truelle et un marteau en argent à manches d'ivoire, émaillés style byzantin avec, d'un côté, les armes de Saint-Pétersbourg composées de deux ancres entrelacées, de l'autre les deux initiales F. F., de M. Félix Faure. Sur la truelle, cette inscription en lettres françaises :

Le XII/XXIV août 1897, sous le règne de S. M. l'Empereur Nicolas II et de S. M. l'Impératrice Alexandra Feodorovna, Félix Faure, Président de la République française, a posé, à Saint-Pétersbourg, la première pierre de l'hôpital français Sainte-Magdeleine, le comte de Montebello étant ambassadeur de la République française.

On a remis en outre à M. Félix Faure une plume en or, qui lui a servi à signer le procès-verbal et qui porte les mots « la colonie française de Saint-Pétersbourg ». Enfin, on lui a offert une aquarelle, représentant deux enfants français et russe, avec une adresse signée par les pensionnaires et les enfants de la maison d'asile de l'association française. Le Président s'est retiré au milieu des acclamations, après avoir conféré la Croix de la Légion d'honneur à M. James de Sponville.

FORMULES

XVIII. — Traitement des engelures.

1° Si les engelures ne sont pas ulcérées, les frotter tout simplement avec de l'*alcool camphré*; 2° si elles sont ulcérées, les lotionner avec un mélange de 2 parties d'eau de laitue, 1 partie d'eau de laurier-cerise, avec un peu de borax.

Au début, une petite application de teinture d'iode donne, en général, de très bons résultats.

XIX. — Potion expectorante et calmante. — (M. A. Espagne).

Sirop d'ipéca.	8 à 10	grammes.
Sirop de tolu	20	—
Bromure de potassium	1	—
Eau-de-vie ou rhum	20	—
Hydrolat de tilleul	75	—

F. S. A. — A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures. (*Sem. méd.*).

XX. — Mélange pour le traitement local de la laryngite tuberculeuse. — (M. R. Botay).

Acide phénique	1 à 5	grammes.
Acide lactique	2 à 15	—
Glycérine neutre.	20	—

Mêlez. — Usage externe.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 15 août au samedi 21 août 1897, les naissances ont été au nombre de 1,101, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 417, illégitimes, 148 Total, 565. — *Sexe féminin* : légitimes, 384, illégitimes, 152. Total, 536.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 août au samedi 21 août 1897, les décès ont été au nombre de 836, savoir : 481 hommes et 355 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 2 T. 8 — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 5, F. 1, T. 6. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0, — Coqueluche : M. 2, F. 3, T. 5. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 0, T. 2 — Grippe : M. 1, F. 0, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 95, F. 50, T. 145. — Méningite tuberculeuse : M. 12, F. 5, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 8, T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 1, T. 1. — Tumeurs malignes : M. 33, F. 27, T. 60 — Méningite simple : M. 12, F. 9, T. 21. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 16, F. 13, T. 29. — Paralysie, M. 1, F 4, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 27, T. 50. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 0, T. 3. — Bronchite chronique : M. 9, F. 10, T. 19. — Broncho-pneumonie : M. 3, F. 12, T. 15. — Pneumonie : M. 17, F. 6, T. 23. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 12, F. 8, T. 20. — Gastro-entérite, biberon : M. 65, F. 45, T. 110 — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 2, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 11, F. 11, T. 22. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 6, F. 7, T. 13 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 11, F. 14, T. 25 — Sénilité : M. 8, F. 23, T. 31. — Suicides : M. 13, F. 3, T. 16. — Autres morts violentes : M. 9, F 3, T. 12. — Autres causes de mort : M. 73, F. 52, T. 125. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 2, T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 40, illégitimes, 19. Total : 59. — *Sexe féminin* : légitimes, 18, illégitimes, 10. Total : 28.

© BIU Santé

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BOUCHARD, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de Médecine, est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1897-1898.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après : MM. les médecins-majors de première classe Baudoin, désigné comme médecin-chef de l'hospice mixte de Castres. Gély-Guinard, pour le 163e d'infanterie. Blanchetière, pour l'hôpital militaire de Bastia. Hermantier, pour le 36e d'artillerie. Courtot, pour le 3e d'infanterie. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Petit, pour le 81e d'infanterie. Mandoul, pour le 40e d'infanterie. Chandèze, pour le 163e d'infanterie. Berthier, pour le 110e d'infanterie. Prieur, pour le 82e d'infanterie. Lairac, pour le 16e bataillon de chasseurs à pied Barudel, pour le 22e d'infanterie. Janot, pour le 13e escadron du train des équipages. Herr, pour le 45e d'infanterie. Rossignol, pour le 89e d'infanterie. Terrail, pour l'hôpital militaire de Marseille. Julia, pour le 126e d'infanterie. — MM. les médecins aides-majors de première classe Barré, pour le 73e d'infanterie. Duron, pour le 27e bataillon de chasseurs à pied. Althoffer, pour le 4e d'artillerie. Cultin, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. Moinet, pour le 5e cuirassiers. Marotte, pour être employé comme surveillant à l'Ecole du service de santé militaire à Lyon. Job, pour l'Ecole militaire d'infanterie de Saint-Maixent. Marie, pour le 3e chasseurs d'Afrique. Eybert, pour le 52e d'infanterie. Vernet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. Mariau, pour le 16e bataillon de chaseurs à pied. Biraud, pour le 20e d'artillerie. Labaste, pour le 34e d'infanterie. Du Roselle, pour le 13e cuirassiers. Roux, pour le 4e bataiion d'infanterie légère d'Afrique. Lesnes, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. Guichemerre, pour le 36e d'artillerie. Huber, pour le 26e d'infanterie. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Schneider, pour l'hôpital militaire d'Oran. L'Homme, pour le 18e d'infanterie. Guichard, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. Ligouzat, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. Denis, pour le 6e cuirassiers. Stéfani, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique. Bar, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. Bouquet de Jolinière, pour le 66e d'infanterie. Petges, pour le 7e bataillon de chasseurs à pied. Romary, pour le 3e d'infanterie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les Drs Bilhaut, à Paris. Bontemps à Saumur (Maine-et-Loire). Emond, à Paris. Iszenard, à Saint-Denis. Pottier, à Paris. Selle, à Paris. Vast, à Vitry-le-François (Marne). Vergeade, à Paris Waill à Beuzeval (Calvados).

Ont été nommés *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Arnaud, à Paris. Audiguier, à Toulouse. Boutin, à Paris. MM. Escande, pharmacien à Paris. Fauconneau, pharmacien à Bourges. — MM. les Drs Floersheim, à Paris. Frey, à Paris. Gondoin, à Argentan. Goudounèche, à Ussel (Corrèze). M. Guérin, pharmacien à Toulon (Var). — MM. les Drs Hommey père, à Séez (Orne). Isidor, à Paris. Journet, à Laure (Aude). Le Béhot, à Caen. Legrand, à Paris. Leriche, à Paris. Massine, à Thuir (Pyrénées-Orientales). M. Mercier, pharmacien-chimiste à Paris. — MM les Drs Milet, à Noyon (Oise). Michelot, à Langres (Haute-Marne) Morisson, à Vincennes. M. Mougin, à Vitry-le-François. M. Mullois, pharmacien à Caen. — MM. les Drs Peignou, à Paris. Talazac, à Isle-en-Dodon (Haute-Garonne). Toussaint, à Albert (Somme). Treille, à Lavaveix-les-Mines (Creuse). Veil, à Paris.

LA MÉDECINE ET L'ALLIANCE FRANCO-RUSSE. — M. le Dr Raymond, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Paris, a reçu du Pr Bechteref, de l'Académie militaire de Médecine de Saint-Pétersbourg, la dépêche suivante : « Saint-Pétersbourg. A l'occasion de joyeuse rencontre du Président de la République française, permettez-moi d'exprimer à vous-même et à tous neurologues français les sentiments d'amitié fraternelle, dévouement cordial et considération profonde. BECHTEREF. » — M. Raymond a répondu par le télégramme suivant : « En ces jours mémorables où les cœurs français et russes battent à l'unisson, je vous exprime, à vous personnellement, à tous les neurologues russes, au noms des neurologues français et au mien propre, la joie que me cause votre dépêche ; et je tiens à vous dire en quelle haute estime nous tenons la science neuropathologique russe personnifiée en vous, son digne représentant. Hommage profondément cordial, amical et fraternel. RAYMOND. » — Les dépêches suivantes viennent d'être échangées entre les internes en médecine de l'hôpital Saint-Louis et les médecins assistants-internes de l'hôpital d'Oboukov à Saint-Pétersbourg : « Médecins assistants-internes, hôpital Oboukov, Saint-Pétersbourg. Au moment où notre vénéré Président quitte la terre amie, nous tenons à vous assurer de nos sentiments de cordiale confraternité et de bien vive sympathie. *Internes hôpital Saint-Louis, Paris.* » — Réponse : « Internes hôpital Saint-Louis, Paris. Animés par les plus ardents sentiments de confraternité nous exprimons, en ce moment solennel et historique, à nos collègues français l'assurance de notre profonde amitié. *Médecins assistants-internes, hôpital Obouhov, Pétersbourg.* »

MONUMENT LARREY. — Il y a beau temps, nous l'avons dit, que la statue en bronze du baron Hippolyte Larrey par Falguière est fondue et attend son socle. Or aucun pavé n'a encore été enlevé dans la cour d'honneur du Val-de-Grâce, à la place que doit occuper le Monument. C'est, paraît-il, que l'Etat atermoie. Le Comité du monument, que président MM. Léon Colin, médecin inspecteur général de l'armée, et le Dr Guyon, ayant demandé à l'Etat s'il voulait participer aux frais de l'érection de la statue de Larrey, on s'engagea pour un vingtième de la dépense totale. La largesse n'était pas royale ; mais enfin c'était une largesse. Seulement, quand tout fut prêt et qu'on songea à passer à la caisse de l'Etat celui-ci pria de ne présenter qu'en 1898 la facture acquittée. Et voilà pourquoi la statue du baron Larrey, fondue depuis plusieurs mois, ne sera inaugurée que l'année prochaine.

PRIX DU CONGRÈS DE MOSCOU. — Dans la séance de clôture du Congrès de Moscou, M. le Secrétaire général a donné lecture du rapport de la commission, aux termes duquel le prix de 5.000 francs fondé par la ville de Moscou est décerné, pour 1897, à M. DUNANT, *fondateur de la Croix-Rouge.*

ŒUVRES D'ASSISTANCE A ROUBAIX. — Mme Boucicaut a fondé à Roubaix une *maternité* qui est aujourd'hui achevée et qui reçoit les filles-mères à leur première faute ; les services qu'elle rendra seront des plus appréciables. A côté de la maternité, il y a deux *crèches*, l'une que le conseil ouvrier a reconstruite récemment suivant les prescriptions des médecins et des hygiénistes. Elle peut recevoir 50 enfants. Il n'y en a qu'une vingtaine, parce que la population ne semble pas très désireuse de confier ses petits enfants aux crèches. Cette défaveur n'atteint pas seulement les crèches municipales depuis qu'elles sont sous l'administration de la ville ; elle existait déjà auparavant Ce n'est pas tant seulement à cause des 10 centimes de rémunération exigés chaque jour qu'en raison des déplacements occasionnés aux mères de famille par l'allaitement et le transport du poupon. Les crèches ne sont pas gratuites. — La municipalité socialiste a réalisé, en matière d'assistance, l'extension, jugée depuis longtemps indispensable, des *services hospitaliers* : elle a augmenté de 52.000 fr., soit de 25 0/0, la subvention du bureau de bienfaisance ; et, en majorant de 200.000 fr. le budget des hôpitaux et hospices, elle a pu abaisser 70 à 65 ans l'âge d'admission des vieillards dans les hospices. En même temps, elle a porté de 50 à 100 le nombre des lits affectés aux incurables. Tout cela est parfait.

ŒUVRES FRANÇAISES D'ASSISTANCE EN RUSSIE. — M. Félix Faure, à son départ, a laissé 5 000 roubles pour le nouvel hôpital français de Saint-Pétersbourg et 6.000 roubles pour différentes œuvres de bienfaisance française en Russie.

EMPOISONNEMENT PAR DES GAZ DE MINES A PHOSPHATES. — De nombreux puits à phosphates existent dans la forêt de Fiennes, entre Calais et Boulogne. Depuis quelque temps, on avait remarqué dans l'un d'eux des émanations délétères, et des ouvriers employés à cette fosse avaient cessé le travail. Las d'attendre, les ouvriers Guibon et Costeux décidèrent de redescendre. Costeux pénétra le premier. Aussitôt au fond, il poussa un grand cri et appela au secours. Guibon, à son appel, descendit. A peine arrivé à quelques mètres du fond, les gaz qui s'échappaient lui firent tourner la tête. Il tomba de l'échelle et vint s'abattre sur son compagnon. A son tour il poussa des appels désespérés. Des ouvriers accoururent. Plusieurs essayèrent avec des cordes de sauver les malheureux ; mais, à mi-chemin, ils s'évanouissaient et on était obligé de les remonter. Actuellement, malgré des efforts inouïs, on n'a pu encore arriver jusqu'aux malheureux phosphatiers.

EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS. — Les époux P...., empoisonnés à Saint-Dié, le 23 août, par des champignons, ont succombé après de terribles souffrances. On espère sauver les trois enfants.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A REIMS. — Une dizaine de militaires appartenant au 14e dragons sont actuellement en traitement à l'hôpital de Reims. Leur maladie semble présenter tous les symptômes de la fièvre typhoïde. Presque tout le régiment est d'ailleurs parti pour les grandes manœuvres, et il ne reste dans la caserne du 14e dragons qu'une minorité d'indisponibles.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE EN TUNISIE. — La fièvre typhoïde ravage en ce moment le 4e régiment de chasseurs d'Afrique cantonné dans la banlieue de Tunis. Les hôpitaux militaires sont bondés. On enregistre plusieurs morts chaque jour. Les troupes ont été disséminées dans des campements plus éloignés pour évacuer les cantonnements ordinaires.

© BIU Santé

MALADIES CONTAGIEUSES DES ANIMAUX. — Le Conseil général de la Gironde a adopté un vœu demandant : Qu'une loi désigne les maladies contagieuses ou non qui rendent les viandes impropres à l'alimentation ; que cette loi indique les pénalités à appliquer à ceux qui prépareraient lesdites viandes en vue de l'alimentation ; qu'elle mette toutes les communes en demeure d'organiser dans leurs abattoirs publics, tueries particulières ou clos d'équarrissage un service complet de surveillance chargé de saisir et de dénaturer toutes les viandes immangeables ; que, dans le projet de loi sur les abattoirs actuellement soumis aux Parlement, l'inspection vétérinaire des abattoirs, tueries, etc., soit reconnue comme une obligation sanitaire indispensable ; que cette inspection soit effectuée aux frais des communes avec faculté de percevoir une taxe de visite ; enfin que l'État exerce effectivement sur les services locaux d'inspection un contrôle administratif et technique au moyen d'agents sanitaires spéciaux.

ÉPIDÉMIES ANIMALES. — *Amérique du Sud.* — La légation de la République Argentine communique la note suivante : Le Conseil général du Pas-de-Calais, dans sa séance du 20, a adopté le vœu de M. Jonnart tendant à interdire l'entrée en France du bétail argentin à cause d'épidémies régnantes dans la République. La légation argentine s'empresse de faire savoir qu'aucune peste n'existe dans le bétail argentin et que les renseignements qui ont servi de base à M. Jonnart son dénués de tout fondement.

En Afrique. — D'après les nouvelles reçues de Lourenço-Marquès, la peste bovine aurait été introduite par malveillance dans la province de Moçambique par des indigènes de la Rhodesia.

LA MALADIE DU SULTAN. — *Echo du Congrès de Moscou.* — L'ambassade impériale ottomane communique la note suivante : Un journal du soir publie le récit d'un de ses correspondants relatant l'entretien qu'un docteur allemand, se rendant au Congrès médical de Moscou, aurait eu avec le Dr Djémil-pacha, médecin de Sa Majesté Impériale. Le Sultan n'est et n'a jamais été atteint d'une maladie organique quelconque, qui pût donner motif aux révélations que le journal parisien croit devoir livrer à la publicité, et il y oppose par conséquent le démenti le plus formel.

VACANCES MÉDICALES. — Nous trouvons dans *Soulac-Océan* le compte rendu d'une séance du Conseil municipal de Soulac, où il est question d'une demande de médecins pour cette localité. Voici le passage : « M. Blanc, conseiller municipal, dépose une liste de souscriptions pour l'installation d'un médecin résidant à Soulac ; il demande que le Conseil municipal accorde également une subvention. Après délibération, le Conseil se montre favorable à l'installation d'un médecin ; il décide à l'unanimité qu'une subvention, dont le chiffre sera fixé par la commission des finances, lui sera accordée, mais pour une année seulement. » — Les intentions sont bonnes, assurément ; mais il paraît difficile qu'un médecin laborieux s'engage sur le vote d'une subvention limitée à *une année*. La garantie nous paraît médiocre. Ce n'est pas le moyen non plus de fixer le médecin désiré.

LA DOULEUR CHEZ LES TOUAREGS. — On a signalé, il y a quelque temps, l'endurance curieuse des nègres à la douleur des plus terribles blessures. Il paraît que les Touaregs jouissent d'une insensibilité et d'une quasi-immunité analogues, et qu'ils tiendraient cette qualité des Berbères, auxquels ils doivent leur origine et desquels leur type se rapproche énormément. On trouve, dans une étude des Drs Malbot et Verneau, des renseignements caractéristiques à ce sujet. Ces deux médecins signalent notamment la résistance remarquable des Berbères aux blessures les plus graves, de telle sorte que des opérations du trépan, par exemple, sont couramment pratiquées par les médecins indigènes avec le plus grand succès.

BOISSONS HYGIÉNIQUES. — Le Conseil général des Bouches-du-Rhône a émis le vœu suivant : Que les droits d'octroi et de circulation sur les boissons hygiéniques soient supprimés dès le 1er janvier.

UNE CENTENAIRE. — Mme veuve Plancher-Ricottier, âgée de 104 ans, vient de s'éteindre doucement chez un de ses petits-enfants, à l'Isle-Bouchard, près de Tours. Cette centenaire était née sous la Terreur, le 11 juin 1793, à Crouzailles (Indre-et-Loire), et, détail à noter, elle avait été baptisée dans une cave. Jusqu'au dernier moment elle a gardé la plénitude de ses facultés, et ces jours derniers elle chantait encore des refrains datant du premier Empire. (*Petit Parisien.*)

LA MORT DU Dr THOLOZAN. — On a dit que le Dr Tholozan, médecin du schah de Perse, mort le 30 juillet dernier, avait été empoisonné. C'est une erreur qu'a rectifiée M. Pesce, ingénieur, gendre du Dr Tholozan, dans la lettre suivante, adressée à *l'Eclair* : « A propos de la mort récente de mon beau-père, le Dr Tholozan, vous donnez une version que je demande la permission de rectifier. Mon beau-père est mort des suites d'une maladie de vessie, dont il souffrait depuis de longues années et pour laquelle il a subi une opération lors d'un de ses derniers voyages à Paris. C'est le Dr Guyon qui l'a opéré. Les trente-neuf années que le Dr Tholozan a passées en Perse comme médecin en chef de S. M. Nasser-Eddin-Schah d'abord et de S. M. Mozaffer-Eddin-Schah ensuite, démentent formellement l'hypothèse de mort violente qui en a été donnée par votre estimable journal. Quant au décès de son prédécesseur, le Dr Cloquet, il est un fait avéré que son empoisonnement a été dû à une circonstance fortuite, à une simple négligence de sa part. »

NÉCROLOGIE. — La semaine dernière est décédé, aux Sables, un des plus ardents défenseurs de la démocratie, M. Félix-Antoine ISNARD, docteur en Médecine, chevalier de la Légion d'honneur. Les obsèques civiles de ce vaillant républicain ont eu lieu avec de magnifiques couronnes en fleurs naturelles parmi lesquelles on remarquait celle offerte par le cercle du *Progrès*. Le détachement de troupes en garnison aux Sables a rendu les honneurs militaires à cet honnête homme, dont la vie tout entière a été consacrée au travail et au bien. Félix-Antoine Isnard, docteur en Médecine, ancien chirurgien de la marine, chevalier de la Légion d'honneur, meurt à 69 ans. Né à Grasse, le 26 janvier 1829, fils d'un chirurgien-major en retraite, M. Isnard commença ses études médicales à Toulon où il sut se concilier la précieuse amitié de son maître, le chirurgien Jules Roux. Le 12 juin 1856, M. Isnard recevait la croix de la Légion d'honneur avec la mention : « Isnard, Félix, chirurgien de 2e classe de la marine, combat du 17 octobre, détaché aux ambulances de l'armée, opérateur distingué. » Il avait 26 ans. A Saint-Amand où il se fixa, après avoir démissionné, une clientèle nombreuse lui arriva dès les premiers temps de son séjour. Les loisirs que lui laissaient rarement ses malades, il les employa à écrire divers mémoires de médecine et de chirurgie. Les études sociologiques l'intéressèrent et imprimèrent à son esprit et à ses convictions cette direction vers les doctrines républicaines radicales qu'il soutint et qu'il défendit pendant toute sa vie. En philosophie, notre ami M. Isnard fut libre-penseur, et jamais, à aucune minute de son existence, il ne dévia de la ligne droite qu'il s'était tracée. (M. B.). — M. le Dr Louis BERTHELOT, médecin du Ministère des Postes et Télégraphes, décédé à l'âge de 65 ans. — M. le Dr PERÈS (de Monguilhem). — M. le Dr SURMAY, membre correspondant national, chirurgien de l'hôpital du Havre.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL NECKER. — Service de M. le Pr Le Dentu. Pendant les vacances, M. MAUCLAIRE, chef de clinique, fera à 9 h. 1/2 à l'amphithéâtre, le mardi, une leçon de pathologie externe ; le vendredi, une leçon de diagnostic chirurgical.

MATERNITÉ DE BEAUJON, 51, rue de Courcelles (service du Dr Ribemont-Dessaignes). — M. le Dr G. LEPAGE a commencé, le vendredi 3 septembre, à 4 heures du soir, des conférences de *Clinique obstétricale* et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Anémie, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale : *Biosine Le Perdriel.*

Savon dentifrice Vigier, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES.

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER. — Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 37. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 11 SEPTEMBRE 1897.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les opérations nouvelles et rares sur les voies biliaires (1).

Massage du Cystique. Lithectomie cystique. Cysticectomie.

par Marcel BAUDOUIN,
Préparateur du Cours d'Opérations à la Faculté de Médecine de Paris,
Rédacteur en chef des *Archives provinciales de Chirurgie.*

Nous avons déjà étudié les principales opérations qui se pratiquent sur le canal cystique : telles la *Cysticotomie*; la *Cysticolithotripsie*; la *Cystico-entérostomie*.

Nous voudrions dans ce chapitre esquisser à grands traits l'histoire des quelques autres interventions exécutées sur cet organe. Ce sont trois autres opérations, encore plus exceptionnelles, dont les véritables dénominations restent peut-être encore à trouver.

Pour l'instant, nous les désignons sous les noms suivants :

1° Le *Massage du Cystique*. — 2° La *Lithectomie Cystique*. — 3° La *Cysticectomie*.

I. — Massage du Cystique.

Le Refoulement simple des calculs du cystique ou *Massage du Cystique* a été proposé. On peut, en effet, essayer de refouler les calculs enclavés dans le canal cystique, — soit dans la vésicule biliaire, pour les en extraire ensuite par la cholécystotomie, soit dans l'intestin par les voies biliaires principales, — sans s'être livré à un broiement préalable de ces calculs.

Cette opération a été recommandée dès 1885 par Maunoury (de Chartres) pour le cystique (et même le cholédoque) sous le nom de *Massage des voies biliaires*.

Mais, jusqu'à présent, ces vues théoriques n'ont eu aucune confirmation clinique, et M. Robson, pour chasser les calculs biliaires jusque dans le tube digestif, dit fort nettement qu'il a été toujours obligé d'abord de les *écraser*, soit avec les doigts, soit avec une pince. Ce n'est que dans ces conditions que, quelques jours après l'opération, on retrouve d'ordinaire dans les selles des fragments de calculs. Mais, alors, il y a *Cystico-lithotripsie* et non simple *Refoulement* ou *Massage* seul.

Cette opération, certainement possible dans des circonstances exceptionnelles, est donc des plus aléatoires. En tous cas, on peut s'y attarder quelques minutes, la laparotomie exécutée; mais, à la moindre difficulté, il vaut mieux recourir d'emblée à un procédé plus sûr.

II. — Lithectomie Cystique.

Définition. — L'extraction des calculs contenus dans le canal cystique par la *voie cholécystique*, c'est-à-dire par une incision pratiquée sur la vésicule biliaire, n'a pas jusqu'ici été considérée par tous comme une opération spéciale. Certains n'ont voulu longtemps y voir qu'une manœuvre complémentaire de la cholécystotomie vulgaire, et nous avons défendu cette idée nous-même, il y a peu de temps encore (1).

Historique. — Pourtant nous sommes convaincu aujourd'hui qu'une cholécystotomie simple et qu'une cholécystotomie, à laquelle on a ajouté cette lithectomie cystique, ne constituent pas des opérations similaires, au point de vue opératoire et surtout au point de vue pathologique. Courvoisier (2) a donc eu raison de décrire à part cette intervention; et nous suivrons à nouveau son exemple.

Observations. — Cet auteur cite vingt observations de *Lithectomie cystique* par la *voie cholécystique*. Un grand nombre lui sont personnelles, et, en particulier, celles qui portent les numéros 1594, 1611, 1672, 1673, 1638, 1661 et 1635 dans son magnifique ouvrage sur la chirurgie des voies biliaires. Nous verrons plus loin que Bernays et Küster ont fait cette opération, en recourant à des manœuvres spéciales. (Observations citées, sous les numéros 1691 et 1689, par Courvoisier). Nous nous bornons, pour ces cas, à renvoyer au travail de cet auteur; et nous ne nous permettrons que de citer un nouveau fait, dont nous avons trouvé récemment l'indication formelle. On pourrait y joindre bien d'autres observations récentes (3).

Observation.

Haslam (Cas I) (1894) (4).
Résumé (5).

Calcul de la vésicule. Calcul du Cystique. — *Cholécystotomie.* Extraction d'un gros calcul du Cystique par la vésicule ou Lithectomie Cystique par voie Cholécystique.

Manuel opératoire. — L'extraction des calculs du cystique par la vésicule biliaire, soit au cours de la cholécystotomie, ce qui est la règle, soit au moment d'une cholécystectomie, est quelquefois facile. On saisit le calcul avec des pinces, ou on cherche à le déplacer avec de petites curettes, des crochets à anévrismes, ou de légers leviers. Parfois la pression du doigt suffit pour le mobiliser. Dès lors, il devient aisé de l'enlever. C'est là l'opération typique, assez rarement exécutable.

Dans d'autres cas, en particulier lors de calculs multiples, l'extraction est bien plus difficile. Les concrétions biliaires sont alors fortement encastrées dans une dilatation du cystique ou en partie masquées par des brides muqueuses; et il est très malaisé de les déloger sans causer des dégats sérieux. Dans ces circonstances, avant de recourir à la *Cysticolithotripsie* sur place, manœuvre complémentaire, ou à la *Cysticotomie*, on peut utiliser une foule de petits moyens, qui permettent de vaincre les obstacles créés à l'ablation du calcul par certaines lésions anatomo-pathologiques, telles que les rétrécissements du canal.

On peut d'abord recourir aux *injections liquides*

(1) Voir *Progrès médical*, 25 juillet et 1er août 1896; 5, 12 juin, 3, 24 juillet, 21 et 28 août 1897.

(1) *Progrès Médical*, 1897.
(2) *Loc. cit.*
(3) Mariott. — *Brit. med. Journal*, 1890, I, 135. — Brown. *Med. News*, 1893, LXIII, 519. — Richardson. *Medic. Rew.*, 1894, p. 554-556, etc., etc.
(4) Haslam. — *Midland Medic. Society*, Birmingham, 20 oct. 1894.
(5) Résumé d'après *Lancet*, Lond., 1894, II, p. 1035.

© BIU Santé

chaudes dans le cystique. Dans un cas, cité par Courvoisier (n° 1622), on se servit d'eau chaude pour déplacer le calcul.

D'autres auteurs ont été plus loin. Küster, au cours de la cholécystotomie, n'a pas hésité à fendre largement la vésicule et à continuer l'incision sur le cystique, aussi loin qu'il fut nécessaire pour enlever le calcul. C'est cette petite opération que nous avons appelée une *Cysticotomie complémentaire* (1) et c'est cette observation que Langenbuch considère, à tort selon nous, comme le premier cas connu de Cysticotomie vraie.

Une autre fois, Bernays, se trouvant en face d'une bride immobilisant un calcul, *incisa cette bride par l'intérieur du canal cystique*, absolument comme s'il avait eu à opérer une bride du canal inguinal dans un cas de hernie étranglée. Cette solution élégante du problème qui se posait devant lui n'est pourtant pas à recommander. En effet, dans ces cas, la muqueuse des voies biliaires est d'ordinaire infectée, et on ouvre ainsi une porte d'entrée aux microbes. Cette incision pourrait être le point de départ d'une infection plus ou moins localisée; il vaut donc mieux s'en dispenser.

Indications. — Il est évident que la lithectomie cystique par voie cholécystique ne doit s'appliquer qu'aux *cas simples* de *calculs du cystique*. Il faut l'employer chez les malades auxquels, pour une cause quelconque, on doit ouvrir la vésicule, car elle est évidemment préférable à la simple Cysticolithrotripsie.

Resterait à déterminer maintenant si, dans ces *cas simples*, cette opération peut entrer en balance avec la Cysticotomie, opération qui ne paraît pas, en effet, plus grave que la cholécystotomie. Nous tendons à le croire; mais les observations de Cysticotomie pour ces faits-là ne sont pas encore tout à fait assez nombreuses pour qu'on puisse formuler une opinion nette.

Par contre, dans les *cas complexes* de calculs fortement enclavés et isolés par des brides, il ne saurait persister la moindre hésitation. Il vaut mieux faire la Cysticotomie, la vésicule étant ou non incisée, car cette opération permet d'agir vite et bien, tandis que, en s'efforçant d'extraire ces calculs par la voie cholécystique, on court les risques de déchirer malencontreusement le cystique. Et cet accident est évidemment plus à redouter qu'une incision franche, qu'on peut facilement suturer!

III. — Cysticectomie.

Définition. — La *Cysticectomie* est la résection du canal cystique, c'est-à-dire de la partie des voies biliaires accessoires qui va du cholédoque à la vésicule.

Historique. — La *Cysticectomie typique* se fait entre deux ligatures, placées aux deux extrémités de ce conduit, la vésicule restant en place. Elle est due à Zielevicz (de Posen).

La *Cysticectomie secondaire* ou *atypique* consiste dans l'ablation du cystique pratiquée en même temps qu'une cholécystectomie. Elle est alors partielle ou totale, plus généralement partielle.

Nous ne nous occuperons bien entendu ici que de l'opération typique, l'autre rentrant véritablement dans l'histoire de l'ablation de la vésicule biliaire ou Cholécystectomie.

Observations. — Nous citerons, à titre d'exemples, d'abord le seul cas connu de Cysticectomie primitive; puis un fait de Cysticectomie secondaire de Abbe. Voici, *in extenso*, la première de ces observations, qui est au moins intéressante au point de vue historique.

(1) Voir précédemment.

A. — Cysticectomie primitive.

Observation I.

Zielewicz (Cas I)
(Traduction *in extenso*) (1887) (1).

Gros calcul unique de la vésicule biliaire (Tumeur de la vésicule): — *Cholécystotomie avec fixation première.* Résection préalable (entre deux ligatures) du Canal Cystique ou Cysticectomie primitive. — *Fistule. Cautérisation.* — *Guérison.*

Marie R..., 47 ans, de Posen, mère de plusieurs enfants. Mauvaise santé, teint jaunâtre. La malade se plaint de vives *douleurs* dans la région du foie et des reins, douleurs qu'elle a essayé de combattre par différents remèdes. Finalement, elle s'est adressée à M. le Dr Habzer, à l'hôpital.

A trois travers de doigt au dessous du foie, on sent à la palpation profonde, une *tumeur*, grosse comme le poing, élastique, presque immobile, mais non comprise dans le péritoine. On diagnostique une *dilatation de la vésicule biliaire*, et, à l'aide d'une seringue de Pravaz, on aspire le contenu consistant en un liquide plus analogue à du pus qu'à de la bile, ne renfermant pas d'acides biliaires.

Opération. — Le 22 septembre 1887, assisté du Dr Korack, je fis la laparotomie. Incision de la peau, parallèlement à la ligne blanche, directement sur la tumeur, qu'elle dépasse en haut et en bas. Le péritoine étant ouvert, il apparaît dans la plaie un peu d'épiploon, assez fortement adhérent à la vésicule, adhérence qu'on détruit assez facilement. Mais la tumeur adhère d'une façon si intime à la face inférieure du foie, et, en l'absence de tout pédicule, les tentatives faites pour isoler la vésicule biliaire sont suivies d'une telle hémorragie que l'on est obligé de renoncer à enlever complètement la tumeur. Après avoir, à l'aide de l'aiguille de Deschamps, introduit un fort fil de soie sous le canal cystique et l'avoir ligaturé du centre du cholédoque et du côté de la vésicule, je *coupai la partie comprise entre les deux ligatures*. La dernière incision fut faite un peu trop profondément dans le parenchyme du foie et occasionna une assez forte hémorragie, arrêtée en partie par l'étanchement, en partie par un tamponnement temporaire à l'acide de gaze iodoformée assez collante. La vésicule biliaire devint alors peu mobile, put être plus facilement attirée dans la plaie abdominale et y fut fixée à l'aide de sutures à la soie. Incision de la tumeur; évacuation de son contenu liquide, au milieu duquel se trouvait un *calcul biliaire*, gros comme une noix de galle, à surface rugueuse comme celle d'une framboise.

Pansement aseptique. L'opération dura une heure entière, et, le collapsus augmentant, on fit encore sur la table opératoire trois injections d'éther sous la peau, et la malade fut transportée dans un lit chaud.

Suites. — Mais l'activité du cœur resta faible; aussi toute l'après-midi et la journée suivante fit-on toutes les trois heures des injections sous-cutanées de chlorure de sodium (sel de cuisine), chaque fois de six seringues de Pravaz.

Le pouls se releva lentement, mais sûrement; la température atteignit la normale. La convalescence se fit sans accidents. Au-dessus et au-dessous de la tumeur, la plaie guérit par première intention, et il ne resta qu'une *fistule* par laquelle s'échappa pendant quelque temps une petite quantité d'une sécrétion claire et muqueuse.

La *fistule* profonde de quelques centimètres, fut plusieurs fois cautérisée au galvano-cautère et, lorsqu'elle fut presque entièrement fermée, la malade, débarrassée de ses souffrances, sortit sur sa demande.

Les premiers jours après l'opération, les selles étaient décolorées; mais, avec le temps, elles reprirent leur aspect normal.

(1) Zielewicz (Posen). — *Die Cholecystotomie mit Unterbindung des Ductus cysticus*; in *Centralblatt für Chirurgie*, 31 mars 1888, n° 13, p. 225-229. [Tr. — I. B. S.]

© BIU Santé

B. — Cysticectomie secondaire.

Observation I.

R. Abbe (Cas I) (13 avril 1891) (1).
Résumé (2).

Calcul de la vésicule biliaire. Calcul du Cystique. *Calcul du cholédoque et de l'hépatique. — Cholécystotomie et Cysticotomie, suivies de Cholécystectomie et de* Cysticectomie secondaire. *Cholédocholithotropie. Cholédochotomie. Lithectomie hépatique par voie cholédochienne. — Guérison.*

Manuel opératoire. — Zielewicz, on vient de le voir, a procédé très simplement pour réséquer le cystique en totalité. A l'aide d'une aiguille de Deschamps, il passa un fort fil de soie sous ce canal et le lia du côté du cholédoque d'abord, puis de celui de la vésicule. Cela fait, il coupa la partie du cystique comprise entre les deux ligatures.

Il y eut un accident; il incisa par mégarde le foie, et, pour arrêter l'hémorragie consécutive, il dut recourir à un tamponnement temporaire, mais sérieusement fait.

Indications. — Cet auteur réséqua le cystique pour obtenir la *mobilisation de la vésicule biliaire* et pour pouvoir ainsi faire plus facilement une cholécystotomie. Il aurait été presque aussi simple de faire de suite une cholécystectomie ; ou du moins c'est ce qu'on ferait aujourd'hui. C'est dire que nous ne voyons pas très bien les indications à venir d'une telle intervention ; et elle doit évidemment disparaître, soit devant l'ablation de la vésicule dans les cas analogues à ceux de Zielewicz, soit devant la Cysticotomie dans les cas de calculs enclavés. Aussi bien nous paraît-il oiseux de nous attarder à discuter plus longtemps une opération, qui probablement ne sera plus exécutée.

N. B. —*Ligature simple du Cystique.* — Nous pourrions rapprocher des observations précédentes les remarques qui ont été formulées par Campaignac (3), par Zagorski (4), par Humblet (5), au sujet de la *simple Ligature* du canal cystique. Mais, à notre avis, il ne s'agit pas là d'une opération véritable, et nous n'y insisterons pas. C'est là tout au plus de la médecine expérimentale. Il est évident qu'à l'heure actuelle on ne comprendrait pas un chirurgien qui interviendrait uniquement pour lier le cystique. Cette manœuvre, qui a été peut-être tentée au point de vue physiologique, au même titre que la *ligature du cholédoque*, fréquemment essayée, ne présente pas, jusqu'à présent, d'indication thérapeutique réelle.

(1) R. Abbe. — *Case of Gallbladder Surgery;* in *The New-York Med. J.*, 1892, 20 janvier, p. 121.
(2) Voir la traduction à l'article : *Cysticotomie* (II, *C. atypiques*).
(3) *Des plaies des voies biliaires* ; in *Journal hebdomadaire*, 1829, t. II.
(4) *Przegl. Lekarska*, 1887, n° 48.
(5) *Archives médicales belges*, 1889, avril.

La Médecine et l'Alliance Franco-Russe. — Les internes en pharmacie de l'Hôpital Beaujon ont adressé au chef de la Clinique universitaire de Moscou la dépêche suivante : « Espérant que la Science trouvera sa large part dans les bienfaits de l'alliance franco-russe, les internes en pharmacie de l'hôpital Beaujon de Paris, au nom de tous leurs camarades, lèvent leurs verres en l'honneur de leurs camarades de Moscou. » — Le Directeur de la Clinique universitaire de Moscou a répondu par la dépêche suivante : « Après vacances, remettrai télégramme étudiants ; envoie pour eux témoignage vive sympathie. — Roth, directeur. »

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La mort de Louis XV et ses historiens médicaux.

En matière d'histoire, comme en bibliographie, il ne faut jamais se vanter de tout connaître. Les plus avisés peuvent se laisser prendre. J'en trouve la preuve nouvelle dans l'un des articles (*Les Maladies de Louis XV*) de mon très érudit confrère, le Dr A. Cabanès, paru dans la première série du *Cabinet secret de l'Histoire* (1).

A propos de l'affection qui entraîna la mort de l'auguste paillard, vieillard incorrigible, notre confrère a cru faire une importante découverte en dénichant à la Bibliothèque nationale le journal du libraire Hardy, qu'il considère presque comme entièrement inédit. En réalité, au point de vue spécial où il se plaçait, la trouvaille n'était que de mince valeur. Essayons de le démontrer.

En effet, si M. Cabanès, qui connaît si bien les coins les plus ignorés du grand Paris, avait songé à la province (elle possède, elle aussi, des bibliophiles éprouvés), il eût constaté que, dès 1892, M. le Dr Mauricet (de Vannes), correspondant de l'Académie, membre fondateur de la Société des Bibliophiles bretons, et par conséquent un homme connu, avait publié *in extenso* le bulletin médical rédigé par les Drs Lemonier et Lassone, sur la maladie qui entraîna la mort de Louis XV (4). Notre confrère de Bretagne ne l'a pas copié d'ailleurs dans le journal de Hardy, mais bien sur une pièce provenant du fonds de la famille de Warren, aux Archives départementales du Morbihan (série E).

Nous nous plaisons d'ailleurs à reconnaître que la version de Hardy, à peu de chose près, est exactement la même que celle qui appartient au colonel irlandais, aide de camp du maréchal de Saxe, à en juger par les quelques extraits qu'on trouve dans le si curieux ouvrage de M. Cabanès. Ajoutons aussi, pour rendre hommage à un vaillant travailleur et à un ami, M. le Dr Corlieu, que, dans ses *Études historiques sur la mort des rois de France*, cet érudit avait déjà donné un bulletin (celui du 7 mai), conforme aussi au texte fourni par M. Mauricet.

Tous ceux qui s'intéressent à cette petite discussion historique feront donc bien, après avoir savouré le récit du Dr Cabanès, de relire la pièce officielle, plus complète et plus médicale, que M. le Dr Mauricet a eu le mérite de découvrir il y a déjà cinq ans ! — Sur ce, félicitons le savant directeur de la *Chronique médicale* de son labeur constant. Nous essaierons d'ailleurs de le mettre encore en relief, en publiant bientôt une analyse de la *deuxième série* du *Cabinet secret*, compte rendu au cours duquel le bibliographe le plus avisé aurait le plus grand mal à placer quelques légères critiques.

Quand on travaille sur le même terrain, n'est-ce pas, vraiment, un passe-temps agréable que de s'ingénier à vouloir être plus royaliste que le roi ? Devant cet aveu dépourvu d'artifice, nous espérons que notre collègue Cabanès ne nous en voudra pas. Il lui sera si facile, à son tour, de nous prendre nous-même en défaut !...

Marcel Baudouin.

(1) Cabanès (A.). — *Le cabinet secret de l'Histoire*, 1re série. — Paris, 1897.
(2) Mauricet. — *La maladie et la mort du roi Louis XV.* — Rennes, Oberthur, 1892.

Asiles d'Aliénés de France. — *Victime d'un fou.* — On télégraphie de Grenoble qu'un aliéné, pensionnaire de l'Asile départemental, pris d'un accès de fureur, s'est précipité sur la religieuse de service et lui a plongé un couteau de cuisine dans la poitrine. L'état de la victime est désespéré.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(*Moscou*, 19-26 *Août* 1897) (*Suite*).

II. — Section de Neurologie (*Suite*) (1).

Quelques observations sur le traitement du tabes dorsal.

M. le Dr Brower (Daniel) (de Chicago). — La première chose à considérer pour le tabes dorsal est le climat. L'auteur recommande surtout à ses malades de passer deux ou trois mois, au printemps, dans les montagnes du Missouri, dans celles de la Caroline du Nord, dans la Géorgie ou la Californie. — Il recommande ensuite le repos au lit, avec massage journalier et traitement par les courants faradiques pendant six à huit semaines. Tout travail d'esprit et de fatigue physique doit être évité. La nourriture doit être facilement digérée et toute constipation également évitée. Il ne faut user des alcools et du tabac que très modérément. Les bains froids ou tièdes, ne dépassant pas 18° F., sont bons; mais, d'après l'auteur, le bain chaud porte préjudice au malade.

Sur la thérapeutique du tabes dorsalis.

M. le Pr Erb (W.) (d'Heidelberg). — Après avoir passé en revue la thérapeutique du tabes dans les cinquante dernières années, il examine les moyens à employer eu égard aux causes de cette affection. Dans les cas de tabes précédés de syphilis, le traitement spécifique est indiqué; dans ceux notamment où le tabes en est à son début et existe en même temps que d'autres manifestations syphilitiques (peau, os, muqueuses, etc.), enfin dans les cas où le traitement spécifique antérieur a été insuffisant. Ce qui fait que cette thérapeutique échoue, c'est l'état général insuffisant du malade, les lésions trop avancées, et enfin l'influence d'autres causes (alcool, nicotine, etc.). Mais ce n'est là que le traitement causal, et on ne peut en attendre des résultats rapides. Il faut lui adjoindre un traitement symptomatique, qui consiste à calmer les douleurs fulgurantes (antipyrine, antifébrine, phénacétine, etc.), les crises douloureuses diverses (gastriques, ano-vésicales, laryngées, etc.), l'ataxie elle-même; à ce dernier point de vue la méthode de Frænkel marque un réel progrès.

Discussion. — M. A. Eulenburg (de Berlin) estime que jusqu'à présent on n'est pas autorisé à regarder la syphilis comme la cause essentielle ou exclusive du tabes. Par conséquent, le traitement spécifique, en tant qu'il est dirigé contre l'affection tabétique elle-même, en l'absence d'autres indications formelles, ne lui paraît nullement fondé. Quant à la méthode de Frænkel, il la considère comme un moyen précieux contre l'ataxie tabétique.

M. Frænkel (de Heiden) expose les principes de sa méthode de traitement de l'ataxie tabétique par la rééducation des mouvements coordonnés.

Quelques considérations sur le traitement du tabes dorsalis.

M. le Dr Raichline (A.) (de Paris). — Le traitement classique antisyphilitique (mercuriel ou iodo-mercuriel) est d'une efficacité très relative et même contestable dans le tabes; néanmoins il reste indiqué dans la première période de la maladie. L'usage des iodures à haute dose, surtout dans les stades avancées du tabes, paraît irrationnel. La sérothérapie antisyphilitique est défavorable au tabes. L'organothérapie est privée de toute espèce d'importance au point de vue du traitement radical du tabes. Les médications physiques, notamment la balnéothérapie et l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage et la gymnastique sont, au contraire, d'une très grande utilité et doivent être mises au premier plan dans le traitement du tabes. La principale indication dans le tabes doit viser l'état général du malade et tâcher de relever par un ensemble de mesures diétético-hygiéniques les forces physiques et morales de l'organisme, et de compenser les effets de la maladie. La rééducation des mouvements est un immense progrès réalisé dans les derniers temps dans la thérapeutique du tabes.

Contribution à la connaissance anatomo-pathologique de la paralysie musculaire pseudo-hypertrophique.

M. le Dr Maixner (Emmerich) (de Prague). — Le caractère héréditaire de la paralysie musculaire hypertrophique est démontré de nouveau par l'observation clinique de trois sœurs, qui descendent d'une famille névropathique. Chez toutes les trois les premiers symptômes apparurent à l'âge de 10 ans; l'aînée a été emportée par cette maladie à l'âge de 19 ans; la seconde présente à ce moment une hypertrophie remarquable de plusieurs groupes de muscles (mollet, extenseurs de la colonne vertébrale, etc.). Elle est alitée à cause d'une contraction permanente des muscles du mollet. La cadette, âgée de 11 ans, a une marche chancelante, une impuissance et une maladresse pour exécuter des mouvements exigeant l'attention et un commencement d'hypertrophie du mollet. Le diagnostic de la maladie est des plus sûrs. Des altérations importantes ont été trouvées dans la moelle épinière et dans les troncs nerveux. Les troubles dégénératifs de la moelle sont plus accentués dans les régions lombaire et cervicale que dans la région dorsale. Le nerf crural, le nerf ischiatique et les troncs du plexus brachial sont dégénérés.

Sur la dyspepsie nerveuse et son rapport avec les névroses en général.

M. le Pr Rosenheim (de Berlin). — L'auteur considère la dyspepsie nerveuse comme une entité morbide; comme Leube, il la définit : Névrose de la sensibilité tactile de l'estomac. La fonction motrice et secrétoire de l'estomac peut y être altérée (anacidité; hyperacidité; atonie, etc.); si cette altération est considérable et durable, il y a lieu généralement de penser qu'il ne s'agit pas de dyspepsie nerveuse, mais d'une autre affection gastrique (gastrite, dilatation) qui a pu d'ailleurs se développer aux dépens d'une dyspepsie nerveuse. Cette dernière est relativement rare, même chez les individus nerveux; l'auteur cite 50 cas de neurasthénie dont 27 ne se rapportaient pas à la dyspepsie nerveuse, mais à d'autres affections stomacales et dans 11 seulement se rencontraient les symptômes de la dyspepsie nerveuse. On ne peut donc admettre que celle-ci soit une manifestation de la neurasthénie; souvent même les névroses en général dépendent de la névrose de l'estomac et disparaissent avec elle.

Cas de maladies cérébrales dans lesquelles les fonctions respiratoires cessent entièrement quelques heures avant celles de la circulation du sang.

M. le Dr Dyce Duckworth (de Londres). — Je donnerai sommairement les détails de 4 cas : 3 d'abcès cérébraux ou cérébelleux produits par des otites moyennes suppuratives, et un cas d'hémorragie cérébrale par suite de traumatisme, dans lesquels le malade cessait absolument de respirer de trois à cinq heures avant que la fonction du cœur se fût arrêtée. La respiration artificielle ne put aucunement rétablir ces fonctions, et des injections hypodermiques de strychnine et d'éther furent également impuissantes. L'auteur rapporte des observations qui démontrent que ce phénomène a été observé dans des cas de lésions du cerveau, comme suite de blessures par armes à feu; il discute les explications possibles.

Sur quelques lésions expérimentales de la cellule nerveuse.

MM. les Drs Gilbert Ballet et A. Dutil (de Paris). — Les auteurs se proposent de compléter la communication qu'ils avaient déjà faite, l'an passé, au Congrès de Neurologie de Nancy, sur les lésions légères des cellules nerveuses de la moelle, provoquées par l'anémie temporaire de cet organe; et ils comparent ces lésions à celles qui apparaissent consécutivement aux sections des troncs nerveux. Ils provoquent l'anémie en pinçant pendant quelques minutes l'aorte abdominale d'un cobaye : ce qui détermine une paraplégie complète des pattes postérieures. Sur les cellules nerveuses de l'animal sacrifié ensuite, ils constatent d'abord la dissolution partielle des granulations chromatophiles ou chromatolyse partielle initiale, qui se localise généralement au pourtour du noyau ou

(1) Voir le *Progrès médical* des 28 août et 4 septembre 1897.

© BIU Santé

LE
VÉRITABLE THAPSIA
doit porter les Signatures
Ch. Le Perdriel Reboulleau
Les exiger pour éviter les accidents reprochés aux imitations.

TOILE VÉSICANTE
LE PERDRIEL
Action Prompte et Certaine
EXIGER LA COULEUR ROUGE
La plus ancienne. * La seule admise dans les Hôpitaux civils.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

VICHY
SOURCES DE L'ÉTAT
CÉLESTINS, GRANDE-GRILLE, HOPITAL
PASTILLES VICHY-ETAT
SELS VICHY-ETAT
COMPRIMÉS DE VICHY
PARIS, 24, BOULEVARD DES CAPUCINES, PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS
OREZZA
PROPRIÉTÉ DU DÉPARTEMENT DE LA CORSE
EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE
La plus riche en FER et ACIDE CARBONIQUE
Cette EAU n'a pas de rivale pour la guérison des
GASTRALGIES—FIÈVRES—CHLOROSE—ANÉMIE
ET TOUTES LES MALADIES PROVENANT DE
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG

VIN TANNIQUE
DE BAGNOLS-SAINT-JEAN
Médaillé aux Expositions de Philadelphie 1876, Sidney 1879.
Médaille d'Argent Anvers 1885, Médaille d'Or Paris 1885.
Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la **chlorose**, la **phthisie** avec **atonie**, le **rhumatisme chronique**, la **goutte atonique** ou **viscérale**, et toutes les **dyspepsies**; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.
VENTE EN DÉTAIL : DANS TOUTES LES PHARMACIES.
Expédition en Province, par caisse de 12 bouteilles, *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.
PRIX : *3 francs* LA BOUTEILLE DE 83 CENTILITRES, ET *1 fr. 75* LA 1/2 BOUTEILLE DE 50 CENT.
Entrepôt général E. DITELY, propre, 18, Rue des Ecoles, PARIS.

COLIQUES HÉPATIQUES NÉPHRÉTIQUES et UTÉRINES
CAPSULES BRUEL
d'Ether Amyl-Valérianique
Chaque Capsule contient 15 centigrammes.
Elles peuvent être administrées, suivant les cas, à raison de 2 à 6 et même 8 par vingt-quatre heures.

ANTISEPSIE PANSEMENT des Plaies.
DIIODOFORME TAINE
Iodoforme sans odeur
L'aspect du diiodoforme pulvérisé est en tout semblable à celui de l'iodoforme, il est jusqu'à présent le seul composé organique stable qui renferme la même quantité d'iode que l'iodoforme ordinaire. Le DIIODOFORME TAINE peut donc remplacer l'iodoforme dans tous les cas où l'on a coutume de faire intervenir celui-ci; il doit lui être préféré toutes les fois qu'il y a intérêt à réaliser un pansement ou à constituer une préparation inodore.

ASTHME et CATARRHE
Guéris par les CIGARETTES ou la POUDRE ESPIC
Oppressions, Toux, Rhumes, Névralgies.
Tes Phies, 2f la Bte. Vente gros : 20, r. St-Lazare, Paris.
Exiger la Signature ci-contre sur chaque Cigarette.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

EXCURSIONS
A JERSEY ET A GUERNESEY

La Compagnie des chemins de fer de l'Ouest fait délivrer, toute l'année, des billets d'aller et retour de Paris à Jersey (Saint-Hélier) comprenant la traversée de France à Jersey et valables pendant un mois, aux prix suivants :

I. *Billets valables à l'aller et au retour par Granville.*

1re classe : **70** fr. **10**; 2e classe : **49** fr. **05**; 3e classe : **35** fr. **25**.

II. *Billets valables à l'aller par Granville, au retour par Saint-Malo* (ou inversement) *et permettant d'effectuer l'excursion du Mont-Saint-Michel* (parcours en voiture compris dans le prix du billet).

1re classe : **78** fr.; 2e classe : **55** fr. **40**
3e classe : **40** fr. **15**.

© BIU Santé

Alimentation Rationnelle des Enfants, des Vieillards et des Personnes délicates, par la

NUTRITINE DÉJARDIN

(Diastase végétale et Phosphates minéraux organisés)

DIRECTEMENT ASSIMILABLE

aux *Malts d'Orge, d'Avoine* et de *Froment*, associés dans des proportions telles que cette véritable **FARINE DE SANTE** est infiniment plus nourrissante et plus légère que le meilleur lait. — Tous les principes alibiles (organiques et minéraux) y sont à l'état soluble *(physiologiquement* digérés) prêts pour l'**assimilation intégrale.** — Les phosphates qu'elle contient favorisent la dentition et remédient chez l'adulte à la **déphosphatisation.** — La **NUTRITINE** constitue le complément indispensable du traitement par l'*Extrait de Malt Français.*

E. DÉJARDIN, 109, Boulevard Haussmann, PARIS.

Hygiène Rationnelle des Voies digestives.

PILULES DE SURINAM

(Quassine, Maltine et Lupuline pure)

DIGESTIVES, TONIQUES, NÉVROSTHÉNIQUES et LAXATIVES

Spécifiques des **DYSPEPSIES** et de la **CONSTIPATION** même la plus opiniâtre.

Éminemment diurétiques, elles préviennent les **Coliques hépatiques** et les **Coliques néphrétiques**, et s'assimilent si bien qu'elles n'ont pas, comme la **Quassine** prise isolément, l'inconvénient de dessécher la gorge et de rendre la bouche amère.

Comme **toni-digestif**, 1 ou 2 (au plus) avant le repas du matin. Prises, le soir, en se couchant, à la dose de 2, 3 ou 4 (progressivement) elles confèrent un sommeil calme et déterminent *invariablement*, le lendemain, l'effet désiré. — Prix **3** fr.

E. DÉJARDIN, Phᵉⁿ, 109, Boulᵈ Haussmann. Paris.

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

(BIÈRE DE SANTE DIASTASEE, PHOSPHATEE)

Spécifique de l'**ANEMIE**, des **TROUBLES DIGESTIFS** et des Affections de l'**ESTOMAC**

L'**Énergie** des **ferments**, la puissante action de la **Quassine** et autres toniques, qu'il contient, en font le plus remarquable agent d'**assimilation intégrale** qui existe.

Extrait de **3** Rapports **JUDICIAIRES** par **3** de nos plus éminents Chimistes-Experts-professeurs des Écoles de Médecine et de Pharmacie de Paris.

« *Au point de vue* ***Thérapeutique l'efficacité*** *de l'Extrait de Malt Français Déjardin* « *nous paraît* ***incontestable****, et confirmée par de* ***très nombreux cas*** *dans lesquels cette* « *préparation a été ordonnée* ***avec le plus grand succès.*** *Il est, de* ***notoriété publique,*** « *qu'il est prescrit,* ***journellement*** *par les* ***Médecins.*** »

E. DÉJARDIN, Phᵉⁿ-Chimᵉ de 1ʳᵉ cl., ex-Interne des Hôpitaux. 109, Boulevard Haussmann, Paris.

„La meilleure eau purgative naturelle“

Hunyadi János

Action prompte, sûre et douce

Réputation universelle

Se méfier des contrefaçons

Exiger l'étiquette portant le nom

„Andreas Saxlehner“

Chez les marchands d'Eaux minérales et dans les Pharmacies

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DESINFECTANT

Antidiphthéritique

NI CAUSTIQUE, NI VÉNÉNEUX

Admis dans les Hôpitaux de Paris

Dépôts dans les Pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.

Bien spécifier : **Coaltar saponiné Le Beuf**

MAISON DE SANTÉ DE NAVARRE

Près Evreux. — 2 heures de Paris

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES & MENTALES

Pour tous renseignements s'adresser au Directeur

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

BILLETS D'ALLER ET RETOUR A PRIX RÉDUITS

La Compagnie des Chemins de fer de l'Ouest délivre, toute l'année, de Paris à toutes les gares de son réseau (grandes lignes) et *vice versa*, des billets d'aller et retour comportant une réduction de 25 0/0 en 1ʳᵉ classe et de 20 0/0 en 2ᵉ et 3ᵉ classe, sur les prix doublés des billets simples à place entière.

La durée de validité de ces billets est fixée ainsi qu'il suit :

De 1 à 30 kilom., 1 jour; de 31 à 125, 2 jours; de 126 à 250, 3 jours; de 251 à 400, 4 jours; de 401 à 500, 5 jours; de 501 à 600, 6 jours; au-dessus de 600, 7 jours.

Les délais indiqués ci-dessus ne comprennent pas les Dimanches et jours de fête. — La durée des billets est augmentée en conséquence.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE.

EXCURSION AU CHATEAU ET DANS LA

FORÊT DE FONTAINEBLEAU

Organisée avec le concours de la *Société des Voyages Economiques.*

DIMANCHE 19 SEPTEMBRE 1897.

Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits.

Départ de Paris à 8 h. du matin. — Arrivée à Fontainebleau à 9 h. 15 matin.

Départ de Fontainebleau à 10 h. 15 soir. — Arrivée à Paris à 11 h. 36 soir.

Prix : 1ʳᵉ classe, **18** fr.; 2ᵉ classe, **16** fr.; 3ᵉ classe, **15** fr.

Ces prix comprennent :

1° Le transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour;

2° Le transport en voiture, les repas, etc., sous la responsabilité de la *Société des Voyages Economiques.*

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la *Société des Voyages Economiques*, 17, rue du Faubourg-Montmartre et 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les Bureaux-succursales de cette Compagnie, à Paris.

© BIU Santé

à l'un des pôles de la cellule et qui est d'autant plus étendue que l'anémie a été plus longtemps prolongée. Les altérations que détermine, dans ces mêmes éléments, la section des nerfs périphériques sont identiques. Les dissemblances habituellement observées entre ces deux ordres de lésions sont le fait d'une différence dans l'intensité plutôt que dans la qualité du désordre produit.

Sur la pathologie des cellules nerveuses.

MM. les Drs A. GOLSCHEIDER et E. FLATEAU (de Berlin). — Les auteurs emploient la méthode de Nissl pour observer les cellules, et l'injection de nitrile malonique (CN—CH^2—CN), qui produit des phénomènes d'intoxication conduisant à la mort les petits lapins soumis à l'expérience. Les corpuscules de Nissl sont déformés, rapetissés, épars. Si l'on élève à 43° ou 44° centigrades la température des lapins, le volume des cellules nerveuses est agrandi et les corpuscules de Nissl sont détruits. Les toxines du tétanos déterminent d'abord le grossissement des nucléoles et des corpuscules de Nissl, puis leur morcellement en petites granulations, et cela d'autant plus rapidement qu'elles sont en plus grande quantité et plus concentrées. L'injection d'antitoxine retarde ce processus de désorganisation et permet à la cellule de revenir plus rapidement à sa forme normale. Les injections de strychnine produisent des désordres semblables à ceux qui résultent de l'absorption des toxines du tétanos.

L'exploitation d'une maladie imaginaire au profit de la thérapeutique.

M. le Dr GALI (G.) (de Binasio). — Une malade atteinte d'hystérie croyait que sa mutité intermittente était le résultat de la présence d'un serpent à l'intérieur de son corps. Le médecin entra dans ses vues; il la plongea dans le sommeil hypnotique et lui dit ensuite que le serpent était retiré. Pour convaincre la malade de l'exactitude de ce fait, on lui mit dans la main un tube de caoutchouc. Elle guérit; mais quelques jours après elle revint en disant qu'on avait oublié de retirer la femelle du serpent. Cette dernière fut également retirée pendant le sommeil hypnotique de la femme et elle fut complètement guérie.

Recherches cliniques et anatomiques sur les affections traumatiques de la moelle, suivies d'hématomyélie centrale et de formations cavitaires centrales.

M. le Dr MINOR (L.) (de Moscou). — Dans les cas graves d'affections traumatiques de la moelle (par suite de fracture, luxation, etc., des vertèbres), on peut également constater deux sortes de foyers; les foyers locaux et les foyers localisés. Le foyer local se trouve directement sous l'endroit de la lésion osseuse et consiste dans une simple destruction mécanique (contusion, écrasement) de la substance médullaire. Le foyer localisé se trouve au-dessous et au-dessus du foyer local; il occupe le plus souvent la substance grise centrale de la corne antérieure et postérieure et consiste en une accumulation de sang pur sous forme d'hématomyélie centrale; on peut en même temps trouver des fissures et des cavités dans les mêmes régions. Dans quelques cas d'hématomyélie avec destruction des parties centrales, le canal central se montre généralement ouvert et agrandi (tendance à l'hydromyélie), les cellules péri-épendymaires prolifèrent (gliose débutante). Les phénomènes chimiques se manifestent en dehors de la perte du réflexe rotulien, par une zone d'analgésie et de thermo-anesthésie.

Théorie de l'hérédité.

MM. les Drs HILLEMAND et PETRUCCI (de Paris). — L'auteur commence par rappeler que Magendie, Cl. Bernard, Vulpian ont démontré la prépondérance du système nerveux dans les domaines physiologique et pathologique. Dans la théorie de l'auteur, le système nerveux devient l'agent principal de l'action de chaque individu sur l'espèce; l'hérédité des caractères acquis se réduit pour lui à une action réflexe spéciale du système nerveux sur les cellules germinatives. La pathologie et surtout les résultats de la pathologie expérimentale viennent à l'appui de cette manière de voir. L'auteur cite des faits de transmission héréditaire de l'épilepsie expérimentalement provoquée chez des cobayes par l'hémisection de la moelle. Enfin la castration montre l'intime liaison qui existe entre l'épithélium germinatif et le reste de l'économie; pour expliquer que l'ablation des cellules germinatives puisse arrêter le développement du larynx, des poils, il faut faire intervenir un trouble local du système nerveux se généralisant et se répercutant sur l'ensemble du corps.

Contribution à l'étude de la pathogénie de la maladie de Basedow.

M. le Dr L. HASKOVEC (de Prague). — Dans la pathogénie de la maladie de Basedow, c'est la théorie de l'intoxication qui prédomine aujourd'hui. L'auteur relate les résultats d'expériences personnelles. Il a constaté que le liquide thyroïdien produit après l'injection intra-veineuse une diminution de la pression sanguine intra-artérielle et l'accélération du pouls. Cette accélération apparaît, ou bien après la paralysie du centre ou de l'appareil périphérique du nerf vague, ou bien elle résulte d'une excitation des centres intra-cardiaques, et enfin elle peut être causée par l'excitation des nerfs accélérateurs. L'auteur prouve que c'est le centre des nerfs accélérateurs qui est influencé par le liquide thyroïdien. Pour en donner une preuve directe, M. Häskovec a excisé les premiers ganglions dorsaux dans lesquels se trouve le plus grand nombre de fibres accélératrices; après injection thyroïdienne, il n'a constaté aucune accélération du pouls. De cette façon, l'auteur a mis en lumière pour la première fois la possibilité de l'excitation toxique du centre des nerfs accélérateurs.

De l'application de l'hypnotisme au traitement des maladies mentales.

M. le Dr TOKARSKY (A. A.). — On doit pas perdre de vue, d'après l'auteur, que, dans l'application de l'hypnotisme au traitement des maladies mentales aiguës, la susceptibilité à l'hypnotisation et la suggestibllité sont sujettes à des variations; en ce qui concerne les formes de maladies mentales, l'hypnotisme peut donner des résultats favorables dans la neurasthénie, les obsessions, la mélancolie, abus d'alcool, morphinisme, perversion sexuelle, etc. Quant à l'effet nuisible de l'hypnotisation souvent incriminé, il est, dans la plupart des cas, produit par l'inexpérience de l'hypnotiseur. En somme, dans le traitement des maladies mentales, l'hypnotisme ne doit pas être mis au dernier plan, malgré son application assez restreinte, parce que tous les autres moyens thérapeutiques, même les plus efficaces, restent souvent impuissants là où l'hypnotisme remporte victoire.

Genèse psychopathique.

M. Louis DOLSA (de Barcelone) conclut ainsi : Les psychopathies essentielles (vésanies) n'ont pas d'autre étiologie que l'hérédité. Elles sont donc des manifestations nosologiques d'une génération troublée ou pathologique (déterminante d'une entité fixe qui s'appelle dégénéré), évolutionné par le milieu. Le milieu, cause déterminante de ces états de caducité en évolution, est un élément biologique dont l'activité révèle le dégénéré accomplissant la loi de sélection. Le milieu pathologique est un élément de dégénération; il ne peut produire que des délires symptomatiques, mais pas de vésanies. La psychiatrie doit se borner à un rôle préventif, favorisant les régénérations, et ne doit pas tendre à guérir des états pathologiques qui sont toujours la manifestation d'un défaut d'origine.

Sur l'existence de mouvements cloniques au cours de la syringomyélie.

M. MARINESCO. — J'ai eu l'occasion de constater chez un certain nombre de malades atteints de syringomyélie des troubles des mouvements volontaires, qui présentent un certain intérêt au point de vue de la clinique et de la physiologie pathologique. Il s'agit, dans ce cas, de mouvements involontaires localisés aux extrémités des membres supérieurs et portant sur les doigts et particulièrement sur le pouce. Ce sont des secousses rapides, quelquefois même vibratoires, se présentant d'ordinaire sous forme d'accès et apparaissant ou disparaissant sans cause apparente. Enregistrés, ces mouve-

© BIU Santé

ments revêtent la forme de secousses non fusionnées, s'élevant au chiffre de cinq par seconde en moyenne. Les secousses terminales ou bien celles qui suivent les accès cloniques sont de petite amplitude. Le sens de ces mouvements cloniques est celui du mouvement le mieux conservé. Quant à leur mécanisme, ces mouvements dépendent très probablement de l'irritation déterminée par le processus de gliose sur les cellules nerveuses de la corne antérieure. On pourrait en conclure que les mouvements cloniques constituent la réaction d'un centre nerveux sous l'influence d'un agent excitateur assez fort pour produire des mouvements, mais aussi assez faible pour qu'il y ait fusion des secousses.

Quelques observations sur la symptomatologie de la syringomyélie.

M. le Dr Emeric Maixner (de Prague). — Dans une série de cas, où la syringomyélie se présenta sous le type décrit par Kahler, Schultze et Schlesinger, l'auteur a fait des observations cliniques intéressantes à cause de leur caractère. Il s'agit de deux cas de chiromégalie unilatérale, d'un cas analogue à la maladie de Raynaud, d'un cas compliqué de tabes et enfin d'une observation concernant la syringomyélie à type Morvan.

II. — Section de Médecine et de Pathologie générale.

Contribution à la biologie et la morphologie du bacille de la tuberculose.

MM. les Dr Kimla, Poupé et Vésely. — Le bacille de la tuberculose cultivé ne montre pas toujours la même virulence ni les mêmes qualités végétatives. Il s'affaiblit à la suite de plusieurs cultures successives sur glycérine en proportions déterminées; il pousse dans les milieux nutritifs neutres faiblement alcalins ou faiblement acides. Dans des conditions déterminées, les exigences du bacille sont minimes en ce qui concerne la quantité et la qualité des matières nutritives. Pour ce qui concerne sa morphologie, les observations de Fischel et de Copen-Jones sur son polymorphisme sont justes. Les bacilles de la tuberculose humaine et aviaire ne sont que deux variétés de la même espèce. Les auteurs ont fait des expériences sur l'action de la tuberculine, en l'injectant à des animaux et à des hommes tuberculeux; ils ont employé la tuberculine de Koch, mais sans extrait de viande et avec une forte proportion de glycérine ; chez les animaux tuberculeux, cette tuberculine provoque une réaction locale et générale, mais ne les tue qu'à la suite de doses trop fortes; chez les hommes, dans beaucoup de cas de lupus, elle produit l'amélioration générale du processus; toutefois elle ne guérit pas et n'empêche pas les récidives ; mais aussi elle ne provoque pas les accidents que donne la tuberculine de Koch.

De la pneumonie fibrineuse bilieuse.

M. le Dr Petrov (de Saint-Pétersbourg). — Après de nombreuses recherches concernant cette affection, l'auteur aboutit aux conclusions suivantes : 1° L'ictère observé dans la pneumonie bilieuse ne dépend pas de la localisation du processus pneumonique dans le lobe inférieur du poumon droit, ni de l'hypérémie hépatique consécutive à la pneumonie lobaire; 2° il n'est pas déterminé par la résorption de l'exsudat pneumonique; 3° il n'est pas d'ordinaire en rapport avec les propriétés hémolytiques des diplocoques; 4° il est déterminé par les lésions des voies biliaires et se trouve en rapport, tantôt avec l'inflammation catarrhale du duodénum, tantôt avec celle des canalicules biliaires, tantôt avec la cirrhose hypertrophique du foie, n'étant, en somme, qu'une complication absolument accidentelle de la pneumonie.

Dyspepsie nerveuse et ses rapports avec les troubles du rythme cardiaque.

M. le Dr A.-E Sansom (de Londres). — L'étude clinique d'un grand nombre de cas conduit l'auteur aux conclusions suivantes : la tachycardie essentielle n'est pas accompagnée de dyspepsie; la tachycardie par accès et les formes de tachycardie accompagnées de signes de la maladie de Basedow, sont très fréquemment associées à des crises de dyspepsie. L'arythmie cardiaque s'accompagne souvent de dyspepsie. Les irritations gastro-intestinales ne produisent pas d'arythmie cardiaque s'il n'y a pas de causes prédisposantes. L'arythmie cardiaque remplace souvent la tachycardie dans la maladie de Basedow. Dans ces cas les accès de dyspepsie sont fréquents. Une bradycardie bien accusée peut exister sans signes de dyspepsie. Il est très probable, d'après l'auteur, que les formes de troubles du rythme sont dues à des affections de l'élément nerveux.

La désintoxication du sang dans le traitement des maladies infectieuses.

M. le Dr Tison. — Ce procédé, dû à M. le Dr H. Barré, consiste à introduire dans une veine, après antisepsie de la peau, une aiguille de Pravaz, dirigée vers la périphérie et en communication avec un récipient gradué où on fait le vide. On introduit de même dans une autre veine, mais en la dirigeant vers le cœur, une aiguille de Pravaz en communication avec un réservoir gradué, rempli de sérum artificiel chauffé à 38° et où on peut faire la compression avec une pompe foulante. Quand l'appareil fonctionne, on voit le sang pénétrer dans le premier récipient (saignée), et le sérum pénétrer dans la seconde veine. Toute la technique consiste dans cette simultanéité : injecter mathématiquement autant de sérum qu'on tire de sang, de façon à n'amener aucun trouble dans la circulation. Ceux qui auraient peur d'introduire des aiguilles dans les veines peuvent recourir au mode cutané de la méthode qui consiste à appliquer autant de sangsues qu'on veut tirer de fois 30 grammes de sang et à injecter lentement dans le tissu cellulaire sous-cutané la même quantité de sérum stérilisé et chauffé à 38°. Dans la pratique, il faut extraire environ un litre de sang et injecter la même quantité de sérum.

La désintoxication du sang, pratiquée par l'un ou l'autre de ces deux procédés, est le meilleur moyen d'enlever à l'économie, sans la troubler, une grande proportion des toxines contenues dans le sang. On n'y a recours que si la thérapeutique ordinaire est à bout de ressources. Cette méthode s'est montrée supérieure au lavage du sang, qui réussit plus rarement et provoque, dans les cas heureux, une crise formidable. Jamais la désintoxication du sang n'amène une crise semblable.

Cette méthode convient, comme ressource ultime, dans toutes les maladies infectieuses, mais principalement dans l'urémie, surtout lorsque la fonction urinaire est insuffisante ou nulle. En résumé, on doit y avoir recours dans l'urémie, l'éclampsie, l'asystolie, la diphtérie maligne (après insuccès du sérum Roux), la pneumonie infectieuse, la bronchite capillaire, les fièvres éruptives, la fièvre puerpérale, les empoisonnements par les alcaloïdes, les brûlures étendues de la peau, etc., etc.

La désintoxication du sang m'a donné des résultats extraordinaires et inespérés chez des malades en état de mort imminente.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. F. Widal.— Les statistiques du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde se sont multipliées en ces derniers mois et le nombre des cas positifs s'élève déjà à plusieurs milliers. Les cas semblant faire exception à la règle sont très rares et encore la plupart d'entre eux demandent-ils à être interprétés. Ces faits seuls m'occuperont aujourd'hui. J'ai examiné le sang de 177 typhiques et dans un cas seulement la réaction a fait défaut. Lorsque les résultats fournis par l'examen du sérum ne sont pas conformes à ceux fournis par l'examen clinique, il ne faut pas oublier que c'est le séro-diagnostic qui peut avoir raison. La séro-réaction nous permet en effet de dépister parfois des formes anormales de dothiénentérie là où la clinique aurait échoué. Notre statistique étant une statistique d'étude, chaque fois que nous nous trouvions en présence d'un cas douteux, nous pratiquions l'examen bactériologique. C'est ainsi que dans un cas seulement, celui que nous venons d'indiquer, nous avons trouvé le séro-diagnostic en défaut ; chez ce malade la rate ponctionnée nous avait donné des cultures pures de bacilles d'Eberth.

Pour affirmer que la réaction a manqué dans un cas de dothiénentérie, il faut que l'examen du sang ait été renouvelé aussi fréquemment que possible, et l'on sait que, dans un certain nombre de statistiques publiées, cet examen n'a pu être

© BIU Santé

fait qu'une seule fois chez le même malade. La réaction peut faire défaut à un premier examen et apparaître le lendemain ou les jours suivants; elle peut être retardée, aussi n'ai-je jamais cessé de répéter, qu'en présence d'un résultat négatif fourni par le sérum d'un malade suspect, il ne faut jamais négliger de répéter l'examen les jours suivants. Il faut enfin savoir, comme nous l'avons constaté avec MM. Sicard et Nobécourt, qu'un pouvoir agglutinatif relativement élevé pendant la période d'état, peut s'abaisser dans les jours précédant la mort à un chiffre tel que le séro-diagnostic ne puisse plus être posé. Si un examen nécrospique révèle des lésions intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde et si le séro-diagnostic a été négatif pendant la vie, avant d'enregistrer le cas, il faut donc savoir si la réaction n'a pas été recherchée seulement dans les jours précédant la mort.

J'ai étudié près de 350 sérums non typhiques par le procédé que j'ai appelé *extemporané* ou *instantané*, en employant, pour faire la préparation, un mélange de 1 partie de sérum pour 10 de culture jeune, et jusqu'ici je n'ai jamais été trompé par cette proportion en suivant strictement les règles que j'avais formulées dès le début de mes recherches, règles que ne semblent pas avoir comprises certains expérimentateurs qui m'ont suivi.

Par ce procédé, les amas sont en général visibles au microscope immédiatement ou après quelques minutes, on peut avoir intérêt à laisser la préparation reposer un quart d'heure ou une demi-heure, mais pour conclure après ce temps, il faut, comme je l'ai sans cesse répété, que les amas ne soient pas seulement caractéristiques, mais très confluents et disposés sur tous les points de la préparation, à la façon des îlots d'un archipel, de sorte qu'ils ne laissent pas le moindre doute dans l'esprit. Avec certains sérums normaux j'ai trouvé quelquefois des pseudo-agglutinations discrètes et tardives, mais toujours incapables, dans ces conditions, d'égarer le diagnostic. Enfin, j'ai montré récemment, avec M. Sicard, comment la mensuration exacte du pouvoir agglutinatif devait servir de contre-épreuve à la première opération. Pour pratiquer cette mensuration, il faut donner aux amas le temps de se former dans les dilutions faites à la limite. Si on laisse les préparations pendant vingt-quatre heures ou davantage en chambre humide comme l'a proposé Shéridan Delépine, on peut apprécier ainsi le degré exact du pouvoir agglutinatif. Ce procédé n'a qu'un inconvénient, celui de demander un jour d'attente, et l'on comprend la perte de temps qui en résulte lorsqu'on est obligé de rechercher, par tâtonnements successifs, la limite du pouvoir agglutinatif. En laissant toutes les préparations reposer pendant deux heures, on obtient des résultats qui ne représentent pas la limite exacte du pouvoir, mais qui sont, en tous cas, toujours comparables entre eux. Il est bon, en tous cas, de laisser même pendant ce temps les préparations en chambre humide pour éviter la dessiccation. Si l'on fait usage d'une culture sur gélose délayée, on peut faire l'émulsion de bacilles d'Eberth dans l'eau distillée, aussi bien que dans le bouillon. Il n'en est plus de même, soit dit en passant, lorsque dans un autre but que le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde l'on étudie le phénomène de l'agglutination sur des colibacilles; il est préférable de faire l'émulsion de ces microbes dans l'eau distillée. En délayant dans du bouillon les cultures sur gélose de certaines races de colibacilles, il est souvent difficile, en effet, d'éviter la formation de pseudo-agglutinations, avant même l'addition de tout sérum.

Le séro-diagnostic nous oblige à fouiller avec soin l'anamnèse des malades. Il ne faut pas seulement rechercher dans leur souvenir ou dans celui de leur entourage une fièvre typhoïde avérée, mais aussi la fièvre dite muqueuse et l'embarras gastrique fébrile. Une infection typhique fruste ayant évolué anciennement peut, en effet, par exception avoir laissé le sang agglutinatif. L'ensemencement des organes et de la rate peut seul permettre de dépister à l'autopsie certaines infections éberthiennes. On a déjà publié plusieurs observations dans lesquelles les séro-diagnostic fait pendant la vie, a imposé après la mort un examen bactériologique minutieux sans lequel l'infection typhique aurait passé inaperçue même sur la table d'amphithéâtre. M. Chiari vient de rapporter des faits semblables, il y a quelques jours, à ce même Congrès. La réaction agglutinante nous permettra sans aucun doute, d'éclairer l'histoire encore si obscure de certaines formes atypiques de fièvre typhoïde.

Nous avons montré avec M. Nobécourt que le sérum d'un homme atteint d'une infection à colibacille était agglutinatif pour son échantillon pathogène, mais c'était peu ou point, pour d'autres échantillons de colibacilles; un sérum typhique, au contraire, impressionne à peu près de la même façon à quelques nuances près, les divers échantillons de bacilles d'Eberth. Le séro-diagnostic peut toujours se faire avec une culture jeune d'un échantillon quelconque du bacille typhique bien avéré. On peut employer des cultures mortes additionnées de formol dans la proportion de 1 p. 150, en suivant la technique que nous avons indiquée. C'est à tort que l'on essayerait de compliquer la méthode qui doit subsister dans toute sa simplicité.

III. — Section de Dermatologie.

De l'état de nos connaissances sur l'étiologie des dermatoses et sur les diverses manifestations de la syphilis.

M. Gaucher (de Paris). — La plupart des dermatoses sont dues à des parasites ou à des microbes qui peuvent agir non seulement par inoculation directe, mais aussi par infection interne. Le plus important de ces microbes, au point de vue de la fréquence et de la multiplicité des affections cutanées qu'il provoque, est celui de la tuberculose. Mais les microbes n'agissent pas seulement par eux-mêmes, mais aussi par les toxines qu'ils élaborent, toxines qui sont d'origine végétale, les microbes étant des végétaux. C'est dire que tous les poisons quels qu'ils soient appartenant aux trois règnes de la nature peuvent engendrer des dermatoses : ainsi, les cas de dermatite exfoliatrice décrits jadis ne sont le plus souvent que des hydrargyries méconnues. Enfin l'influence du système nerveux est capitale dans l'étiologie des dermatoses, c'est l'intermédiaire obligé entre la toxine microbienne et l'affection cutanée, c'est lui qui favorise le développement de toutes les toxidermies, et aussi des éruptions du type vésiculeux ou bulbeux (zona pemphigus). On cite encore les éruptions médicamenteuses et les éruptions par auto-intoxication (bile,— poisons de la désassimilation, etc.), ce groupe comprend toutes les affections cutanées appelées autrefois diathésiques. Enfin la syphilis, dont les éruptions ne sont que les manifestations extérieures d'une affection de tout l'organisme.

Quelques mots sur les injections mercurielles.

M. le Dr Jullien (de Paris). — L'auteur n'envisage que les injections insolubles, ou, pour mieux dire, l'huile grise et le calomel, ce dernier convenant aux lésions urgentes, et il étudie au point de vue anatomique et physiologique l'organisation de la poche que l'on crée dans les tissus. Tout d'abord la forme de la poche subit l'influence de la direction des fibres musculaires (allongée dans la cuisse, sphérique dans la fesse). A sa limite s'organise une membrane pyogénique qui devient le théâtre de la phagocytose en vertu de laquelle la suppuration est évitée. L'absorption est rapide : on a trouvé le mercure au bout de deux heures à deux heures et demie dans l'urine. Les phénomènes douloureux locaux ou réflexes ne doivent pas être négligés; l'auteur a observé fréquemment des pseudo-sciatiques et un cas de sciatique bilatérale. On a employé les injections mercurielles contre le lupus; elles sont absolument inutiles dans l'adénite tuberculeuse.

Mode de début d'une variété de diabétides génitales chez l'homme.

M. Barthélemy (de Paris). — Les diabétides génitales chez l'homme sont rarement observées au début; quand elles arrivent sous les yeux des médecins, c'est sous forme de lésions étendues, profondes, ulcéreuses, confluentes, compliquées de la pénétration des diverses espèces de microbes, en un mot absolument masquées, pouvant être prise pour des syphilides ulcéreuses, pour des épithéliomas, pour des plaies phagédéniques ou de toute autre provenance. J'ai été à même d'observer un malade qui a été soumis à la plus stricte antisepsie balanopréputiale pendant plus de quatre mois. Le sucre attei-

© BIU Santé

gnait 120 grammes par 24 heures; le malade refusait de s'astreindre à n'importe quelle sorte de régime, et avait parfois un peu d'incontinence urinaire. C'est dans ces conditions qu'une éruption de petites lésions arrondies, couenneuses, ulcéreuses, se produisit dans le sillon balano-préputial. A force d'antisepsie, aucune complication n'eut lieu, comme cela n'eût pas manqué de se faire dans toute autre circonstance; il fallut trois semaines pour guérir cette petite éruption, herpétiforme au plus haut point et qu'on eût pu croire devoir guérir en une dizaine de jours. Mais à peine la guérison était-elle obtenue que de nouvelles poussées s'effectuaient : il y en eut six successivement, toutes les unes après les autres, la suivante se produisait au moment où la précédente était considérée comme guérie, de telle sorte que la guérison définitive n'eut lieu qu'au bout de quatre mois. Le diagnostic différentiel dut être fait avec l'herpès ulcéreux, le chancre simple, la syphilide ulcéro-pustuleuse, et ce n'est que par exclusion et grâce à certains caractères insolites qu'on put prononcer le diagnostic de diabétides génitales herpétiformes. Les antiseptiques à l'extérieur, les alcalins à l'intérieur, finirent par triompher de ce mal récidivant et tenace.

Zona et syphilis.

M. JULLIEN (de Paris). — La zona, manifestation morbide d'une atteinte portée au système nerveux central, ganglionnaire ou périphérique, a été observé au cours de la plupart des infections; rougeole, pneumonie, grippe, vaccine, varicelle, angine folliculaire, malaria, tuberculose, diabète, intoxication par l'oxyde de carbone, l'arsenic, piqûre de serpent, morsure de cheval, et même traumatisme. Il s'agit évidemment là d'éruptions zostériformes, bien distinctes du zona infectieux proprement dit (Landouzy). A toutes ces causes je pense qu'il faut ajouter la syphilis, seule incriminée autrefois par Hoffmann, et que théoriquement il est rationnel d'attribuer certains cas de zona au principe syphilitique, à ses toxines peut-être. A l'appui de cette manière de voir j'apporte quinze observations dont huit me sont personnelles. Dans six cas la venue des vésicules coïncidait avec celle d'éruptions spécifiques, les deux poussées restant cependant bien distinctes. Le siège était sept fois thoracique moyen, deux fois thoracique supérieur, une fois lombaire, et une fois facial. Je citerai comme particulièrement intéressantes les observations de Abbott Contrell et de Trapeznikoff. Dans la première les vésicules évoluèrent en même temps qu'un syphiloderme non douteux. Dans la seconde elles subirent à deux reprises l'influence du traitement spécifique, pour reparaître s'il était cessé. Les symptômes prémonitoires avaient simulé la syphilis cérébrale. Je ne doute pas que tous les spécialistes n'aient par devers eux un lot semblable d'observations concluantes, et, si les archives hospitalières et privées pouvaient parler, ma dizaine de cas deviendrait centaine, et la démonstration apparaîtrait surabondante. Pour le moment, je me contenterai d'avoir établi la réalité et même la fréquence au cours de la syphilis, d'éruptions zostériformes, qui ne sont pas le zona, ne sont pas des syphilides, et, dérivant de l'action des toxines sur le système nerveux, peuvent être rangées avec assez de vraisemblance dans la classe déjà si nombreuse des manifestations *parasyphilitiques*.

Traitement précoce de la syphilis.

M. le Dr BARTHÉLEMY (de Paris). — La syphilis étant une maladie rapidement généralisée, *morbus totius substantiæ*, il y a lieu de combattre la diathèse le plus tôt possible, le plus près possible de son début par l'emploi méthodiquement et alternativement donné, cessé et repris, c'est-à-dire dosé proportionnellement à la tolérance respective de chaque organisme, des médicaments spécifiques. Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a pas d'autres agents que le mercure. Dès le début du chancre, on doit prescrire des séries d'injections hebdomadaires, 6 dans les cas moyens, 8 et 12 dans les cas graves, d'abord d'huile au calomel 0 gr. 05 par gramme, puis l'huile grise selon la formule de Lang, trois gouttes et demie soit 7 centigr. de mercure métallique par dose. Selon les tolérances individuelles, ces séries sont répétées avec plus ou moins d'intervalle.

Traitement de la syphilis par le sérum d'animaux mercurialisés.

MM. TARNOWSKY et JAKOWLEV (de Saint-Pétersbourg). — En nous basant sur l'hypothèse que la mercurialisation des animaux pourrait communiquer à leur sérum une action thérapeutique permettant d'utiliser ce sérum comme moyen de traitement de la syphilis chez l'homme, nous avons entrepris des expériences sur 3 poulains, qui subirent des injections sous-cutanées de calomel. Chaque poulain reçut de 4 à 6 grammes de calomel, dans le courant de deux mois et demi. Avec le sérum de ces poulains ainsi mercurialisés nous avons traité, à la clinique de l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, 16 syphilitiques à différentes périodes de la maladie. Ces injections se pratiquaient à la région dorsale, avec les précautions habituelles, trois ou quatre fois par semaine, à la dose de 10 à 20 c. c. Il a été fait en moyenne à chaque malade dix-sept injections. A quelque période de la maladie que le traitement sérothérapique fût appliqué, le résultat a toujours été négatif : la maladie a suivi sa marche habituelle. Ce traitement a même exercé un effet défavorable sur l'état général des malades, parce que les injections provoquent de la fièvre dans les quatre cinquièmes des cas. Cette fièvre est généralement accompagnée d'une poussée de purpura, de douleur dans les articulations et dans les muscles, de l'apparition d'albumine dans l'urine, etc.; en outre, les malades maigrissent sensiblement. On constate aussi que le sang est appauvri : il y a diminution dans le nombre des globules et abaissement du taux de l'hémoglobine. Nous concluons donc des expériences que nous avons faites jusqu'ici que les injections de sérum de poulains mercurialisés ne sauraient être recommandées comme mode de traitement de la syphilis. Au contraire, il faut rejeter cette méthode à cause de l'action nocive que le sérum animal exerce sur l'organisme des malades.

Deuxième note sur l'ulcération blennorrhagique.

M. JULLIEN (de Paris). — Plus j'observe et plus je reconnais la fréquence de l'ulcération blennorrhagique, et l'influence d'appel qu'elle exerce sur les contacts virulents. C'est ainsi que j'ai pu observer une femme chez laquelle la lésion habituelle d'un orifice bartholinique avait été suivie d'une sclérose primitive tellement localisée, que la grande vulvo-vaginale était largement ouverte et son fond mis à nu. Une autre malade de Saint-Lazare m'offrit un véritable type de l'ulcère à gonocoques, que je pus observer durant quatre mois. Il s'agissait d'érosions symétriques prébartholiniques, de forme allongée à droite et comme fissuraire, arrondie à gauche. Les orifices glandulaires débouchaient à leur niveau, le gonocoque fut toujours retrouvé à la surface. Les glandes lymphatiques restèrent remarquablement indemnes, sauf vers la fin. La guérison ne fut obtenue que par le dessèchement des glandes, jusqu'à ce moment tous les topiques avaient été inutiles. Une telle lésion peut prêter aux erreurs de diagnostic; j'ai conscience d'en avoir commis une de ce genre, il y a 15 ans, chez une jeune femme mariée nouvellement à un jeune homme que je savais à la fois blennorrhagique et syphilitique. Pendant le cours de la blennorrhagie qu'elle contracta, je vis à gauche un ulcère que j'interprétai dans le sens d'une sclérose et que je traitai comme tel. J'espère que la connaissance de l'ulcère blennorrhagique permettra d'éviter cette erreur à l'avenir.

Accidents cutanés causés par les rayons X.

MM. ODIN, BARTHÉLEMY et DARIER (de Paris). — Une cinquantaine de cas de lésions dues à cette cause ont pu être réunis : c'est peu, si l'on pense au nombre absolument considérable de radiographies faites jusqu'à ce jour; c'est trop pour être passé sous silence. Deux formes ont été observées :

1° La première lente, graduelle, chronique, atteint les opérateurs; elle occupe les doigts et les mains; la peau devient sensible, rouge, épaisse; puis elle perd son élasticité, elle s'œdématie, elle desquame; les ongles s'altèrent, s'épaississent, se décollent, se fendillent; rarement ils tombent. En prenant des précautions, en cessant de pratiquer, toute lésion peut disparaître; elle revient ensuite plus vite et plus facilement que la première fois.

2° La seconde, aiguë, se montre habituellement sans aucun

© BIU Santé

phénomène prémonitoire, sans sensation spéciale, sans douleur, et seulement plusieurs jours, parfois huit, parfois quinze, après la séance de radiographie ; cette seconde forme n'atteint que les malades. Elle va de la simple rougeur à la chute des phanères, à la desquamation, à la vésication, à l'escarre ; cette escarre peut être très étendue et avoir lieu même à distance ; elle est très lente à se détacher ; la réparation se fait sous elle ; de là son adhérence extrême ; elle est indolente ; elle ne diffère en rien de l'escarre habituelle au point qu'on ne saurait, par l'examen microscopique, indiquer que cette escarre est due aux rayons X plutôt qu'à toute autre cause. Nous n'avons jamais eu d'accident de cet ordre ; nous ne nous servons jamais de plus de six ampères et nous éloignons toujours notablement nos sujets du tube ; nous ne prolongeons jamais les poses plus d'une demi-heure. Il est difficile de dire si c'est l'action du champ électrostatique qui est nuisible, si la lésion est d'origine centrale, trophique, nerveuse, vasculaire, par névrite ou par mécanisme vasomoteur. Certains sujets y sont, comme pour les taches de rousseur par exemple, beaucoup plus prédisposés que certains autres.

IV. — Section de Chirurgie.

Le Traumatol.

M. le Dr Tison (de Paris). — Le Traumatol, obtenu par A. Chevrier et Kraus, en faisant réagir l'iode sur le crésylol avec de l'iodo-crésine, c'est-à-dire, du crésylol dans lequel un atome d'iode s'est substitué à un atome d'hydrogène du noyau central. C'est une poudre violette, de faible odeur iodée, nulle dans la pratique, insoluble dans l'eau, l'alcool, l'éther, le chloroforme, trop peu soluble dans les huiles grasses pour servir de véhicule. Sa densité est trois fois moindre que celle de l'iodoforme : d'où économie dans son emploi.

Les expériences de culture de microbes pathogènes en contact avec le traumatol en ont empêché la multiplication. Ce médicament peut et doit remplacer l'iodoforme, dont il n'a pas l'odeur pénétrante et diffusible. Les chirurgiens obtiendront de son emploi les meilleurs résultats. Il convient dans les ulcères cutanés (variqueux et autres), les affections cutanées, eczéma, echtyma, etc.

A l'intérieur, il rend les plus grands services dans tous les cas où il faut faire de l'antisepsie intestinale (diarrhée, dysenterie, fièvre typhoïde, etc.). On l'emploie pour combattre la tuberculose, etc. La dose est de huit centigrammes par jour en quatre pilules. On peut en donner plus. En un mot, ce médicament, supérieur à l'iodoforme, peut et doit le remplacer.

De l'iode dans les affections du tractus uvéal.

M. le Dr Vignes (de Paris). — Dans une précédente communication à la Société française d'Ophtalmologie (1896), j'ai avancé que les injections sous-cutanées d'iode (liquide de Durante) sont d'une efficacité supérieure aux autres modes d'administration de cet agent — y compris ses composés salins — dans les irido-choroïdites *aiguës*. Une série de nouvelles observations m'a affirmé que dans les irido-cyclo-choroïdites aigues rhumatismales, avec corps vitré inéclairable, survient une amélioration plus rapide qu'avec tout autre procédé.

Mais je ne leur ai trouvé aucune action réelle dans les autres affections oculaires et je ne puis confirmer le bien qu'on en a dit dans les kératites interstitielles. Elles peuvent cependant toujours être prescrites comme excitant de la nutrition générale.

De la valeur comparative des traitements opératoires de l'asthénopie musculaire.

M. le Dr Vignes (de Paris). — 1° L'asthénopie musculaire *protopathique*, caractérisée par la conservation de vision binoculaire, mais l'impossibilité de prolonger la fixation rapprochée, qu'on observe chez des adolescents ou bien de jeunes sujets enmétropes (ou amétropes de moins d'une dioptrie), est essentiellement justiciable de l'intervention chirurgicale.

2° Il faut y procéder aussitôt que les moyens optiques sont insuffisants à assurer l'application soutenue du regard à courte distance (lecture, écriture, desssin, couture, etc.).

3° La ténotomie des muscles antagonistes est une opération à délaisser à cause des perturbations profondes qu'elle apporte dans le champ du regard et parce qu'elle expose au strabisme secondaire.

4° L'observation clinique démontre que l'avancement modéré de la paire musculaire insuffisante, répartissant également l'intervention dans les deux yeux, est infiniment plus respectueuse du fonctionnement binoculaire ; ce procédé s'est montré pour nous préférable à l'avancement capsulaire et au plissement de la tête tendineuse.

5° Nous pratiquons systématiquement une petite résection de la tête tendineuse. (*A suivre.*) [A. P. S.].

SIXIÈME CONGRÈS CONTRE L'ABUS DES BOISSONS ALCOOLIQUES.

On ne saurait assez remercier de leurs efforts et de leur cordial accueil et louer de leur succès les organisateurs de ce Congrès qui s'est tenu à Bruxelles du 30 août au 3 septembre. On y a beaucoup et consciencieusement travaillé, en étudiant la lutte contre l'alcoolisme, au quadruple point de vue de l'hygiène, de la législation, de la pédagogie et de la propagande. Un seul point est à regretter : c'est que la division en sections, bonne pour une assemblée purement scientifique, a beaucoup nui à la valeur des discussions, à la cohésion et à la solidité des conclusions et des résultats acquis dans un congrès d'intérêt essentiellement pratique comme celui-ci. Il était indispensable de réunir dans une même causerie des spécialistes divers devant à chaque pas se prêter le concours de leurs sciences et de leur expérience particulière. On eût ainsi évité des erreurs législatives ou économiques aux médecins isolés à la troisième section ; et on eût trouvé à la première section des physiologistes ou des hygiénistes pour relever les énormités de M. Alglave, telles que celles-ci : « L'alcool éthylique est inoffensif ; personne n'a jamais prouvé qu'il eût la moindre influence sur la folie et la criminalité. Il ne séjourne pas dans le corps, car il *bout* à 40 *degrés* (*sic*) et *s'évapore* (*sic*) aussitôt avalé : ce que nous prouve l'odeur de l'haleine des buveurs. Les alcools amylique et méthylique au contraire et les impuretés qui les altèrent ne s'évaporent pas, si bien qu'au bout de l'an *tous les petits verres* bus sont encore dans le corps du consommateur et ainsi se produit l'alcoolisme. » C'est sur des assertions de ce genre et autres sophismes, tels que « la pureté physiologique opposée à la pureté chimique », que M. Alglave établit sa doctrine du monopole nécessaire et suffisant, l'épuration étant pour lui la panacée contrairement aux excellents arguments des partisans des monopoles restrictifs et prohibitifs.

Mais si les hygiénistes retenus dans leur section n'étaient pas en mesure de répondre, il se trouvait heureusement à côté de M. Alglave de vrais économistes qui, sur leur terrain, ont eu largement raison de ces jongleries. M. Lejeune lui a d'ailleurs montré que le peuple belge qui, après la France, est le plus éprouvé par l'alcoolisme en matière de folie et de criminalité, consomme exclusivement des alcools rigoureusement rectifiés, tous alcools éthyliques. Il est donc fâcheux que les rapports aient été lus et commentés seulement dans les sections et que les séances générales aient été consacrées aux conférences sans discussion. Néanmoins l'intérêt a été grand et on a été tour à tour captivé par une série d'orateurs tels que Forel, Motet, Lejeune, de Bœck, Rochat, L. Frank, Miss Gray, Legrain, Denis, Destrée, Bovet, etc. L'assemblée se composait de gens possédant à fond la question de l'alcoolisme : il était donc superflu, comme quelques savants heureusement fort rares ont paru l'oublier, de revenir sur les dangers et ravages du fléau ; toute l'importance était réservée aux vues nouvelles et aux données exactes, précises et documentées sur les moyens de lutte, leur application et les résultats des expériences entreprises de tous les côtés jusqu'à ce jour. On n'a pu cependant entendre sans les applaudir vivement les résultats des recherches de Destrée sur l'influence de l'alcool sur le travail corporel et intellectuel. Au moyen d'appareils ingé-

© BIU Santé

nieux et d'un procédé rigoureusement scientifique, l'auteur, avec de Bœck, a montré d'abord la courbe du travail normal déjà connue et l'heureuse influence du repos; et l'effet nuisible de l'ingestion d'alcool, qui provoque d'abord une phase d'accroissement subit, rapide, mais suivie d'une longue phase de paralysie; si bien que si l'alcool est administré pendant le repos la phase de stimulation ne paraît pas et à la reprise, le travail = 0, la phase paralysante étant atteinte. La courbe du travail avec alcool est donc représentée par une ascension brusque au moment de l'ingestion, suivie aussitôt d'une dépression rapide et durable.

Les mêmes expériences faites avec la caféine, le café, le thé, la kola, etc., sont favorables à ces derniers produits, quoique inférieures encore au travail accompli avec une alimentation ordinaire simple.

De la succession des rapports et communications, des discussions et conférences, s'est opéré de lui-même le classement des diverses nations, représentées au point de vue de leur état d'alcoolisme et de leur situation plus ou moins avancée dans la lutte contre le mal et les progrès accomplis. Là, encore, il a fallu constater que la France et la Belgique sont les deux nations les plus malades; mais la France l'emporte encore sur cette dernière en quantité et en qualité d'alcool absorbé. La France souffre en outre d'un mal qui lui est spécial, l'absinthisme; seule la Suisse en est aussi éprouvée, mais à un degré relativement infime. L'absinthe est qualifiée de « poison français »; elle tend chez nous à supplanter, comme « boisson nationale », nos vins pourtant excellents et inoffensifs. Les législateurs étrangers ont fait émettre le vœu de création de droits prohibitifs sur l'entrée de l'absinthe dans leurs pays. Si la France occupe un mauvais rang parmi les nations intoxiquées, elle n'en tient pas un meilleur au point de vue de l'organisation de la lutte. Dans les réactions d'un peuple contre le fléau, on peut compter diverses périodes. Celle d'éveil où le mal est aperçu, celle de propagande où on le fait connaître et sentir à tous, celle de pédagogie et de législation où s'organise un enseignement officiel obligatoire contre l'alcoolisme et où, de l'opinion publique enfin convaincue et agissante, naissent les lois dictées par elle aux pouvoirs publics. Certaines nations (la Norwège) après avoir traversé toutes ces phases, jouissent d'une guérison complète; d'autres (Suisse, Allemagne) entrent dans la phase législative, à laquelle aspire déjà la Belgique, la France a à peine ébauché la période de propagande, encore cette propagande se trouve-t-elle chez nous, battue en brèche par des intérêts particuliers puissants et par l'indifférence du grand nombre.

Je ne puis ici, faute de place, que citer ceux qui ont le plus souvent pris la parole et mentionner seulement les sujets des rapports ou discours les plus importants. On a surtout entendu en dehors de ceux que j'ai déjà cités, MM. Mahaim, Lentz, Chomé, Peeters, de Vaucleroy, Boissier, Mershach, Roubinowich, Thiry, Barella, Brunard, Robyns, Honus, Gluys, Vaslet.

Les questions les plus suggestives ont été celles relatives à la corruption de la civilisation par l'alcoolisme, à l'interdiction et la collocation des alcoolisés et aux asiles pour alcoolisés et les résultats (bons, 45 0/0) obtenus par ce moyen. Très écoutées aussi les discussions sur : la mission de l'Etat dans la lutte contre l'alcoolisme, de M. Lejeune; sur l'alcool, l'enfance et l'école; sur les mesures prises depuis vingt ans dans les différents pays, pour la propagation de la tempérance par l'école; sur les services rendus par l'enseignement primaire; sur l'enseignement antialcoolique dans les casernes, les hôpitaux, les prisons, les écoles professionnelles.

D'une manière générale on a remarqué la nécessité au début des efforts de défense et l'utilité constante des sociétés de tempérance et la supériorité sur tous les autres moyens de l'enseignement, et l'urgence indispensable d'une propagande active. Mais l'énumération des résultats obtenus dans les divers états, la description de leur organisation antialcoolique, les chiffres des nombreuses statistiques sont trop abondants et trop importants pour pouvoir faire l'objet d'un seul article. Il est capital pour tous ceux qui s'occupent d'hygiène, d'assistance et de législation de le connaître exactement et pour cela ils ne peuvent que s'en rapporter au bulletin de ce sixième Congrès international, qu'ils pourront obtenir en adressant leur souscription à M. le Dr de Vaucleroy, secrétaire général du Congrès, 290, avenue Louise, à Bruxelles. Parmi les communications les plus sensationnelles il faut signaler celle d'un évêque anglican nègre sur les ravages affreux causés par les alcools impurs répandus à profusion par certains pays d'Europe parmi ses compatriotes de la côte africaine; l'orateur demande comme seul remède l'imposition d'un droit sérieux sur la pénétration de ces poisons à bas prix dans les colonies dont il parle. On a bu au banquet et à la suite d'une conférence du soir des vins, cidres et bières sans alcool, moûts pasteurisés avant toute fermentation, et qui constituent une boisson fraîche et agréable, très nutritive en raison des sucres et albumines qu'elle contient, mais peut-être un peu trop sucrée pour être bue pendant les repas.

La dernière séance a été consacrée à discuter et à fixer le lieu et la date du prochain Congrès. Plusieurs demandes avaient été formulées, celles de diverses nations écartées, on a discuté sur les invitations venues de la France et on a éliminé, à l'unanimité, la date de 1900 : l'exposition et l'encombrement qui en résulte ne pouvant qu'entraver, comme on l'a vu en 1889, les travaux d'un Congrès. On a donc, à une grande majorité, accepté l'invitation du Ministère de l'Interieur, fixant à Paris et en 1899 la prochaine session du Congrès dont l'organisation a été, par acclamation, confiée à M. Legrain.

F. Boissier.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Le personnel secondaire des hôpitaux de Paris.

Parmi les questions d'assistance publique qui méritent d'appeler l'attention de tous ceux qui ont le devoir de s'en occuper, conseillers municipaux ou généraux, membres des commissions administratives, ministre de l'intérieur et directeur de l'Assistance publique de ce ministère, on peut placer au premier rang celle qui concerne le *personnel secondaire*. C'est lui qui exécute les prescriptions médicales, entretient la propreté de la maison, est en contact constant avec les malades. Dans l'immense majorité des établissements hospitaliers, ce personnel n'a presque aucune des qualités requises. Des religieuses routinières, d'ordinaire les moins instruites de leur congrégation, les plus intelligentes étant employées dans leurs maisons d'éducation, plus dévouées à ce qu'on appelle l'âme qu'au corps des malades; — des infirmiers et infirmières sans instruction primaire, sans connaissances professionnelles, sans notions d'hygiène, recrutés parmi la basse domesticité, les ouvriers ou ouvrières sans ouvrage, les enfants assistés, les orphelins ou orphelines abêties par la vie semi-religieuse qu'ils ont toujours menée, rémunérées d'une façon dérisoire, — tel est ce personnel. Si l'on veut que les malades, les vieillards, les infirmes soient vraiment soignés, que les prescriptions les plus élémentaires de l'hygiène soient appliquées, il est urgent de mieux recruter le personnel secondaire, de le rémunérer convenablement et d'organiser des écoles d'infirmiers et d'infirmières. Le discours suivant prononcé au mois de juillet dernier à la distribution des prix de l'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, par M. Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique, résume clairement ce qui a été fait à Paris par le Conseil municipal et par l'Administration.

Mesdames, Messieurs,

« Depuis vingt années les Ecoles d'infirmiers de Paris accomplissent leur œuvre. Elles sont tellement liées aujourd'hui à notre organisation hospitalière qu'on ne pourrait plus concevoir la possibilité de recruter, sans ce foyer d'enseignement, un personnel en état de répondre

© BIU Santé

aux besoins des malades et du corps médical. Grâce à elles, la valeur du personnel secondaire des établissements hospitaliers de Paris est devenue incontestée ; aussi est-ce à notre porte que les hôpitaux de province viennent frapper quand ils ont besoin de concours expérimentés ; bien plus, et nous en avions l'exemple il y a quelques mois, il arrive même, en cas de guerre, que les ambulances étrangères font appel à nos infirmiers, parce qu'elles savent trouver en eux, avec le courage, l'intelligence et l'aptitude.

« En effet, alors que la chirurgie moderne montre tant d'exigences ; alors que l'application de la méthode antiseptique nécessite, chez ceux qui sont appelés à soigner les blessés des précautions minutieuses, que ne prennent pas ceux ou celles qui n'en connaissent pas l'importance, le diplôme des Écoles créées par le Dr Bourneville est une garantie précieuse et la plus certaine de toutes.

« Et pourtant quelles luttes ont dû être engagées lors de la création des Ecoles? Quelle persistance de volonté a dû déployer M. le docteur Bourneville, quand, malgré tant d'obstacles, il a voulu importer en France ces écoles professionnelles inconnues à Paris, et qui cependant existaient déjà depuis longtemps aux États-Unis, en Allemagne et en Angleterre. Cette ère de luttes est aujourd'hui close.

« En même temps qu'on constatait les heureux et indispensables résultats des écoles professionnelles, on jugeait aussi, et il y avait là une corrélation nécessaire, qu'il fallait rendre enfin justice, en les rétribuant mieux, à ceux et celles auxquels ces Écoles sont destinées.

« Bien que les traitements actuels soient encore minimes, quelle différence énorme entre leur montant en 1853 et en 1897 !

« En 1853, à la suite d'une augmentation d'appointements qui fut alors très appréciée, les sous-employés de 1re classe, c'est-à-dire les surveillants et les surveillantes furent appointés de 360 francs par an ; les sous-surveillants et sous-surveillantes, qu'on appelait alors sous-employés de 2e classe, reçurent 250 francs.

« Pour les infirmiers, garçons et filles de services, on considéra alors que les femmes n'avaient pas des droits égaux à ceux de l'homme. On n'accorda que 180 fr. par an aux infirmiers, 150 francs aux garçons attachés aux services généraux ; les infirmières ne reçurent que 150 francs et les filles de service que 120 francs.

« Il est vrai que, par un système aujourd'hui abandonné, il existait alors des augmentations périodiques. Au bout de 10 ans, les infirmières et gens de service des deux sexes pouvaient être augmentés de 40 francs et au bout de 15 ans de 60 francs.

« L'année 1861 fut une année généreuse.

« Les sous-employés de 1re classe reçurent comme traitement annuel un minimum de 360 fr., avec droit à une augmentation de 24 fr. par an jusqu'à un traitement maximum de 500 fr.

« Les sous-employés de 2e classe obtinrent un traitement annuel minimum de 320 fr., avec une augmentation annuelle de 12 fr., jusqu'au traitement maximun de 380 fr. Les serviteurs de 1re classe ou suppléants reçurent 252 fr., avec une augmentation annuelle de 12 fr., jusqu'au maximum de 300 fr.

« Les infirmiers et gens de service obtinrent 180 fr. par an, avec une augmentation annuelle de 18 fr., jusqu'à un maximum de 252 fr.

« L'égalité des sexes se trouvait ainsi proclamée dans les services hospitaliers, à une époque où on ne s'occupait guère encore de ce qu'on appelle aujourd'hui le féminisme.

« En 1875, nouvelle réforme ; les infirmiers et gens de service, en vertu d'un arrêté de l'Administration, reçurent le droit d'atteindre leur maximum de traitement au bout de 2 ans au lieu de 4.

« De là, il faut passer à 1878 et 1879 pour trouver la trace de nouvelles améliorations.

« Les budgets de 1878 et 1879 constatent qu'en ces deux années, le Conseil municipal de Paris a accordé pour l'amélioration des traitements du personnel secondaire, un crédit total de 184.000 francs, sur le rapport du docteur Bourneville, alors membre de ce Conseil.

« En conséquence, le Directeur de l'Assistance publique réglait comme il suit, par arrêté du 5 mai 1880, les traitements du personnel secondaire pour les deux sexes :

Sous-employés de 1re classe	1re section	600 fr.
	2e section	540 fr.
Sous-employés de 2e classe	1re section	480 fr.
	2e section	420 fr.
Serviteurs de 1re classe	1re section	360 fr.
	2e section	330 fr.
Serviteurs de 2e classe	1re section	300 fr.
	2e section	270 fr.
	3e section	240 fr.

« Dans un rapport sur le Budget de l'Assistance publique de 1882, M. le Docteur Bourneville, conseiller municipal, s'exprimait ainsi :

« Au nombre des augmentations de crédit réclamées « par l'Administration, vous avez remarqué une somme « de 114.000 francs destinée à l'élévation des traitements « des sous-employés et serviteurs ; M. le Directeur, au « Conseil de Surveillance, parlant de cette nouvelle aug- « mentation, ajoute que le Conseil municipal ne refusera « pas de la voter et qu'il en a la conviction. M. le Direc- « teur aurait pu aller plus loin et déclarer que cette « augmentation, il l'inscrivait à la demande du Conseil « municipal. En effet, c'est sur vos instances réitérées, « à vos vœux répétés que le personnel secondaire doit « l'amélioration de son traitement. »

Et à la suite du vote du nouveau crédit de 114.000 francs, un arrêté du 7 avril 1884, du Directeur de l'Assistance publique, fixa lestraitements comme il suit :

Sous-employés.	1re classe	1re section	800 fr.
		2e section	700 fr.
	2e classe	1re section	600 fr.
		2e section	500 fr.
Serviteurs	1re classe	1re section	400 fr.
		2e section	300 fr.
	2e classe	1re section	330 fr.
		2e section	300 fr.

« En 1893, le traitement des suppléants et suppléantes (anciens serviteurs de 1re classe, 1re section) était porté de 400 à 425 francs, celui des 1ers infirmiers et infirmières de 360 à 400 francs, celui des infirmiers et infirmières de 1re classe de 330 à 380 francs, celui des infirmiers et infirmières de 2e classe de 300 à 350 francs.

« L'augmentation de dépense résultant de cette réforme entraînait un crédit nouveau de 154.825 francs voté par le Conseil municipal et à prélever sur un crédit global destiné à l'augmentation des salaires de tous les travailleurs municipaux.

« Enfin, en décembre 1896, au nom de la 5e Commission, M. le conseiller Navarre déposait un rapport, dont les conclusions furent votées, tendant à l'allocation d'un crédit de 203.641 francs destiné au relèvement du traitement du personnel secondaire.

« Vous connaissez l'application qui a été faite de ce crédit.

« Depuis 1853, les appointements de chacunedes catégo-

© BIU Santé

ries du personnel secondaire ont été plus que doublés et le personnel peut attendre avec confiance du Conseil municipal et les nouvelles augmentations de traitement qui lui seront accordées ultérieurement et aussi le relèvement des pensions de repos, qui s'impose plus nécessairement encore, à mon avis parce qu'elles n'ont pas varié depuis 1877.

« Je serais inexact, cependant, en disant qu'on ne s'est pas occupé de pensions de repos depuis vingt ans. Par une bienveillante décision du 10 avril dernier, à laquelle M. le Docteur Bourneville n'est pas étranger, le Directeur de l'Assistance publique, d'accord avec le Conseil de surveillance et le Conseil municipal de Paris, a admis les chefs d'atelier de Bicêtre à bénéficier du repos en nature et en argent dans les mêmes conditions que les agents du personnel secondaire.

« Au nom de M. Peyron, je remercie les maitres éminents qui ont fait, pendant l'année scolaire, les cours de l'École de Bicêtre : tout d'abord M. le Docteur Bourneville, directeur des Écoles, sur la brèche depuis vingt ans, infatigable dans son dévouement, toujours prêt à stimuler les zèles qui ne seraient pas au diapason du sien ; puis ses excellents collaborateurs, M. le docteur Bonnaire, MM. les Docteurs Dubrisay, Noir, Sollier, Cornet, M. Pinon, directeur de Bicêtre, enfin Mlle Lorcet, surveillante et Mme Daniel, sous-surveillante chargées des exercices pratiques.

« J'adresse également l'expression de notre gratitude aux instituteurs chargés des cours primaires du soir : MM. Mesnard et Landosse, enfin aux moniteurs MM. Massing et Bailly, et aux monitrices, Mlles Agnus et Lapeyre.

« Je dois remercier aussi M. Siégel, surveillant, dont l'acte de courage fait honneur à tout le personnel de Bicêtre et à l'Administration de l'Assistance publique elle-même.

« M. le Dr Charpentier, l'éminent et sympatique médecin aliéniste, a été, le 26 janvier dernier, victime d'une tentative de meurtre et a dû son salut au sang-froid et à l'énergie de M. Siégel.

« Atteint d'un coup de revolver par un ancien aliéné qui s'était présenté à son cabinet, M. le Docteur Charpentier allait être l'objet d'un nouvel attentat, peut-être fatal, lorsque M. Siégel se précipita au péril de sa vie sur l'agresseur et maintint le malade jusqu'au moment où il lui fut possible, avec l'aide d'autres personnes, de le désarmer.

« M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder à M. Siégel une médaille d'argent de 2eme classe, au nom du Gouvernement de la République. »

Quel est le salaire des infirmiers et des infirmières dans les hôpitaux de province ? Il est le plus souvent dérisoire. Aux renseignements que nous avons donnés en maintes circonstances, nous ajouterons les suivants, qui ne font que les confirmer.

A l'hôpital de Saintes, il y a 13 religieuses ayant chacune 15 fr. par mois et 20 servants ou servantes. Pour les uns et les autres c'est la supérieure qui fixe les gratifications — nom par lequel on désigne le salaire ; le plus souvent 15 fr. *par trimestre* : « le moins qu'on peut » nous dit naïvement l'employé qui nous fait visiter l'hôpital (notes de 1892).

A l'hôpital civil et militaire de Sainte-Marie, à Angers, les infirmiers ont, au début, 200 fr. par an ; ils peuvent avoir 300 fr . Les infirmières de 150 à 240 fr. — A l'Hôtel-Dieu de Cholet, les infirmiers et infirmières ont 3, 4 ou 5 fr. par mois et, quand ils ne peuvent plus travailler on les met aux vieillards. « Si on donne trop d'argent aux infirmiers dit la supérieure, ils se grisent. Nous leur donnons aussi du tabac ». — A l'hôpital général départemental de la Roche-sur-Yon, les religieuses ont 170 fr. par an ; les converses 120 ; les infirmiers de 144 à 180 fr., les infirmières de 72 à 96 fr. (1). L'économe ajoute : « On ne peut pas avoir grand'chose à ce prix là. » — A l'hôpital St-Louis de la Rochelle, les religieuses ont 170 par an, les infirmiers et infirmières 96, 144, 180 fr. (2). — A l'hospice civil de Rochefort, religieuses 150 fr. par an ; infirmiers 15 fr. par mois, puis 20 fr. ; infirmières, 12 fr. par mois puis 18 à 20 fr. (3). — A l'hôpital-hospice de Niort, religieuses, 170 fr. ; — infirmiers, 10 fr. par mois ; — infirmières, 8 fr. (Notes de 1887).—Ces chiffres nous semblent suffisamment éloquents pour que nous nous dispensions de tout commentaire.

BOURNEVILLE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les procédés de la Commission administrative des Hôpitaux du Havre.

Par suite de la démission de M. le Dr Dugardin, une place de chirurgien titulaire des hôpitaux du Havre s'est trouvée récemment vacante. La Commission administrative s'est réunie le 20 juillet dernier pour pourvoir à cette vacance. Il est d'usage, dans ces circonstances, de nommer titulaire le premier chirurgien adjoint ; jamais il n'avait été dérogé à cette règle, qui est celle de la justice et du bon sens.

Par ordre de nomination, M. le Dr Sorel était le premier chirurgien adjoint ; puis venaient MM. Lenormand, Leroy et Balard. — MM. les Drs Sorel et Lenormand avaient été nommés à la suite d'un concours passé en novembre 1893 devant les professeurs de l'Ecole de Médecine de Rouen, qui avaient donné à M. Sorel la première place. Malgré les droits incontestables acquis au concours par M. Sorel, la Commission administrative des hôpitaux du Havre a nommé M. le Dr Lenormand, chirurgien titulaire.

Un pareil fait ne pouvait laisser indifférent le corps des médecins et chirurgiens des hôpitaux du Havre. Ceux-ci se sont réunis de suite, le 22 juillet, et ont voté, à l'unanimité des membres présents, l'envoi à la Commission administrative de la lettre suivante :

Lettre du Corps médical hospitalier à la Commission administrative des Hôpitaux du Havre (4).

« Les médecins soussignés regrettent vivement la mesure prise à l'égard de M. Sorel, premier chirurgien adjoint. Ils estiment que cette mesure ne peut être prise que vis-à-vis d'un confrère qui aurait démérité au point de vue de l'honorabilité ou qui aurait montré une incapacité chirurgicale. En conséquence, cette mesure porte un préjudice moral et professionnel grave à un confrère qui ne le mérite en rien.

« Nous serions très reconnaissants à l'administration de vouloir bien suspendre sa décision, persuadés qu'elle ne pouvait prévoir le tort considérable qui en est la conséquence vis-à-vis de M. Sorel et la pénible impression d'insécurité pour le corps médical hospitalier, qui ne demande qu'à apporter la plus entière bonne volonté au service des malades.

« *Ont signé* : MM. les Drs Brunschwig, Caron, Balard, Powilevicz, Pilet, Lausiès, Dubarry, Renau, de Lignerolles, Engelbach, Courbet, Deronde, Leroy, Lecène.

« M. le Dr Lemercier appuie la proposition par lettre, étant souffrant ; M. le Dr Frottier envoie par dépêche son adhésion.

« MM. Lenormand et Sorel, mis en cause, se sont abstenus. »

---

(1) D'où il ressort que les Religieuses coûtent plus cher que les Laïques dans cet hôpital.

(2) En ville on ne trouve pas de domestiques à moins de 200 fr. par an. —

(3) En ville, les domestiques ont au minimum 25 fr. par mois.

(4) Cette lettre a été copiée sur le registre des délibérations du Corps médical des hôpitaux.

© BIU Santé

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, GOITRE, FIBROMES, MÉTRORRHAGIES, HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

CAPSULES DE CORPS THYROÏDE VIGIER

A 0 gr. 10 centigr. par capsule. — *Dose ordinaire* : 2 à 6 capsules par jour.

Ces Capsules ne se prennent que sur l'ordonnance du médecin.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER
à 0 gr. 20 de substance ovarienne
Aménorrhée, dysménorrhée, chloro-anémie.
Dose : 2 à 6 capsules par jour.

CAPSULES ORCHITIQUES VIGIER
à 0 gr. 20 de substance testiculaire
Antineurasthénique, reconstituant.
Dose : 2 à 6 capsules par jour.

CAPSULES SURRÉNALES VIGIER
à 0 gr. 05 centigr.
Extrait glycériné de capsules surrénales, anticongestif, en badigeonnages : gorge yeux, utérus, etc.

PARIS — Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle — PARIS

LAIT HUMANISÉ STÉRILISÉ ou LAIT DÉCASÉINÉ

LA MEILLEURE SUBSTITUTION DU LAIT MATERNEL pour nourrir les Nouveau-Nés et Jeunes Enfants

LA BOUTEILLE : 0,50 c. — *Livraison et expédition par caisse de 15 bouteilles.*

SOCIÉTÉ D'ALIMENTATION LACTÉE, Fournisseur des Hôpitaux
28, Rue de Trévise, Paris

ELIXIR DE TERPINE VIGIER

Contre Maladies des VOIES RESPIRATOIRES
Bronchites, Catarrhes pulmonaires, etc.
et contre les Maladies des VOIES URINAIRES

Une cuillerée à soupe représente 0,50 de Terpine. **Dose : 2 à 4 *cuillerées par jour.***

FLACON : 3 FRANCS

TUBERCULOSE **CAPSULES VIGIER** RHUMES BRONCHITES CATARRHES, etc.

AU CARBONATE de CRÉOSOTE de HEYDEN ou CRÉOSOTAL

Dose : 2 à 6 *capsules par jour.*

Se vendent en **flacon** à capsules de **0 gr. 25** centigrammes ou en **boîte** à capsules de **0 gr. 50** centigrammes.

LE SACCHAROLÉ DE QUINQUINA VIGIER

Tonique, Reconstituant, Fébrifuge

Renferme tous les **principes de l'écorce.** — Une cuillerée à café représente 1 gramme d'extrait — **Dose : 1 à 2 cuillerées à café** par jour dans la première cuillerée de potage ou dans de l'eau, du vin, etc.

PRIX DU FLACON représentant 20 gr. d'extrait : 3 fr.

Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

LITS, FAUTEUILS, VOITURES ET APPAREILS MÉCANIQUES

pour Malades et Blessés

DUPONT

FABRICANT BREVETÉ (S. G. D. G.)
Fournisseur des Hôpitaux
à PARIS, 10, Rue Hautefeuille
(PRÈS L'ÉCOLE DE MÉDECINE)

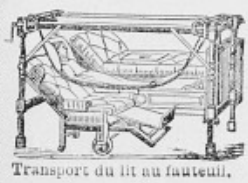
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.



FAUTEUIL ROULANT pour Jardins.



PORTOIRS ARTICULÉS de tous Systèmes



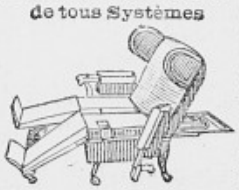
Transport du lit au fauteuil.



FAUTEUIL avec grandes roues caoutchoutées mû par 2 manivelles.



VOLTAIRE ARTICULÉ avec tablette-appui pour malade oppressé



AUTOMOTEUR avec Garde-Robe *Bouchon se retirant sous le siége.*



Cannes et Béquilles avec sabots caoutchoutés.



CHAISE à roues et porte-pieds



BRANCARD ARTICULÉ avec élévation pour la tête et rideaux.



Table à panneau, s'obliquant.



VOITURE DE PROMENADE roues caoutchoutées

Sur demande, envoi franco du Catalogue illustré avec prix, contenant 330 figures. — TÉLÉPHONE

QUINA * FER
Chlorose, Anémie
Vins Titrés d'Ossian Henry
Membre de l'ACADÉMIE de MÉDECINE
Professeur à l'École de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
43, Rue d'Amsterdam, Paris

VALS

Eaux Min^les Nat^les admises dans les Hôpitaux

Saint-Jean. Maux d'estomac, appétit, digestions.
Précieuse. Foie, calculs, bile, diabète, goutte.
Dominique. Asthme, chlorose, débilités.
Désirée. Calculs, coliques. ***Magdeleine.*** Reins, gravelle
Rigolette. Anémie. ***Impératrice.*** Maux d'estomac.

Très agréables à boire. Une Bouteille par jour.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE des EAUX. VALS (Ardèche).

MIGRAINES NÉVRALGIES NÉVROSES **CÉRÉBRINE** de 2 à 4 cuillerées à café à chaque accès

Eug. FOURNIER (*Pausodun*), 186, rue de Provence, Paris.

Notices et Échantillons gratuits.

© BIU Santé

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES,
4, rue Antoine-Dubois.

BUGUET (A.).— La photographie de l'amateur débutant. Volume in-18 de 71 pages, avec nombreuses figures. Prix. . . . 1 fr. 25

PAUTHIER (H.). — Les récréations d'un praticien. Chroniques médicales. Volume in-18 de 150 pages. Prix. . . . . 2 fr.

Librairie A. MALOINE,
Place de l'Ecole-de-Médecine.

BEAULAVON (P.). — Traitement de la tuberculose pulmonaire dans les sanatoria. Brochure in-8 de 147 pages.

LIOTARD (E.). — Manuel pratique et simplifié des urines et autres sécrétions organiques. Volume in-12 de 134 pages, avec 28 figures. Prix. . . . . 2 fr. 50

STAPFER (H.). — Traité de kinésithérapie gynécologique (Massage et gymnastique). — Nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes, avec une préface de A. Pinard. Volume in-8 de XIV-631 pages, avec 224 figures. — Prix. . 12 fr.

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

FABRE (P.). — Un médecin italien de la fin du XVIIe siècle : Georges Baglivi (8 septembre 1668, 17 juin 1707). Brochure in-8 de 16 pages,

---

DALLAS et MONGEREI. — Sur un cas de tumeur cérébrale (Communication lue à la Société impériale de médecine de Constantinople). Brochure in-8 de 13 pages. — Constantinople, 1897. — Imprimerie A. Christidis.

DONATH (J.). — Fur Kenntniss der Anancasmus (psychische Zwangzustände). Brochure in-8 de 12 pages. — Budapest, 1897. — Chez l'auteur.

FÉRÉ (Ch.). — Hysterie, epilepsy and the spasmodic neuroses. Volume in-8 de 281 pages (New-York, 1897). — Paris, chez l'auteur.

GARZIA (V.). — Un caso raro di adenoma naso-faringes. Brochure in-8 de 6 pages. — Firenze, 1896. — Tipografia cooperativa editrice.

GRUENBAUM (F.). — Erklärung des Stotterns dessen Heilung und Verhütung. — Brochure in-8 de 63 pages. — Leipzig, 1897. — Verlag des *Reichs-Medecinal-Anzeigers*.

HAERDH (A.). — Die centralanstalt Fagernäs für Geisterkranke. Brochure in-8 de 7 pages. — Kuopio, 1895. — W. Backman.

HARRITZ (F.). — Om Endokardit, deus pathologiske anatomi og ætiologi. — Volume in-8 de 181 pages. — Kristiania, 1897. — Steenske Bogtrykkeri.

HIGIER. — Thomsen'sche Krankheit. — Brochure in-8 de 11 pages. — *Billiothek medicinisches Wissenschaften.*

HIGIER. — Syringomyelie. — Brochure in-8 de 28 pages, avec 2 figures. — Extrait de la *Bibliothek medinicischer Wissenschaften.*

HIGIER. — Sclorosis multiplex. — Brochure in-8 de 15 pages Extrait de la *Bibliothek medicinischer Wissenschaften.*

HIGIER. — Dystrophia musculorum progressiva. — Brochure in-8 de 10 pages, avec 2 figures. — Extrait de la *Bibliothek medicinischer Wissenschaften.*

HIGIER. — Muskelatrophie. — Brochure in-8 de 21 pages. — Extrait de la *Bibliothek medicinischer Wissenschaften.*

HIGIER. — O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mozgu i rdzénia. — Brochure in-4 de 50 pages. — Warzawa, 1897. — Onck K. Kowalewskiego.

HIGIER. — Acutes und chronisches Oedem bei manchen Neurosen, insbesondere bei Hysterie. Brochure in-8 de 24 pages. — Warschau, 1896. — Chez l'auteur.

HIGIER. — Hystérie als Simulation und Combination der Tabes dorsalis. Brochure in-8 de 31 pages. — Warschau, 1896. — Chez l'auteur.

HIGIER. — Ueber eine sehr seltene Form der alternirenden scoliose bei Ishias. Brochure in-8 de 12 pages. — Warschau, 1895. — Chez l'auteur.

HIGIER (H.). — Paroxysmal auftretende Lähmung epileptischer Natur. Brochure in-8 de 13 pages. — Warschau, 1897. Chez l'auteur.

HIGIER (H.). — Porazenia Napadowe Natury Padaczkowij. Brochure in-8 de 18 pages. — Warszawa, 1897. Drukarnia Sierpinskiegs.

HIRSCHFELDER. — The cure of tuberculosis by oxytuberculine, with experiments on patients, animals and cultures. — Brochure in-8 de 18 pages, avec 4 planches hors texte. — San-Francisco, 1897. — *Medical Society of the State of California.*

JACOBSON (E.). — Ueber die Pathogenese des Delirium tremens. — Brochure in-8 de 50 pages. — Berlin, 1897. — Verlag von G. Reimer.

JOCQS (R.). — Causerie clinique sur les affections oculaires latentes. Brochure in-8 de 14 pages. — Bar-sur-Aube, 1896. Typographie Lebois.

LOUMEAU (E.). — Chirurgie des voies urinaires (études cliniques). Tome II. Volume in-8 de VII-287 pages, avec figures et 7 planches hors texte. — Bordeaux, 1897. Féret et fils.

MASSALONGO (R.). — Chorée chez deux cardiaques. Brochure in-8 de 6 pages. Extrait de la *Revue Neurologique.*

MORSELLI (E.).— Sintomatologia generale della tabe. Brochure in-8 de 33 pages. — Firenze, 1896. Tipografia Niccolai.

MORTON-PRINCE. — Hysterical monocular amblyopia coexisting with normal muscular vision.—Brochure in-8 de 12 pages. — Boston, 1897. — Chez l'auteur.

PHILBERT (E.). — Des cures d'amaigrissement. — Brochure in-8 de 4 pages. — Paris, 1897. — *Archives générales d'Hydrologie.*

PITRES (A.) et RIGIS (E.).— Sémiologie des obsessions et idées fixes. Volume in-8 de 106 pages.— Bordeaux, 1897.— Imprimerie G. Gounouilhou.

PRIBRAM. — Aus dem Sitzungsberichte des Vereines deutscher Aerzte in Prag. Brochure in-8 de 4 pages.— Prague, 1897. *Prager Med. Wochenschrift.*

QUERENGHI e BEDUSCHI. — Contributo alla casuistica clinica dell' acromegalia. — Brochure in-8 de 13 pages, avec 3 figures. — Pavie, 1897. — Tipografico Bizzoni.

RECUEIL DES TRAVAUX DU COMITÉ ADMINISTRATIF D'HYGIÈNE DE FRANCE et des actes officiels de l'administration sanitaire (Tome XXV). Année 1895. Volume in-8 de XIII-689 pages. — Ministère de l'Intérieur.

RICHARD D'AULNAY et EUDLITZ. — Technique des injections mercurielles. — Brochure in-8 de 23 pages, avec 11 figures. — Clermont, 1897. — Imprimerie Daix frères.

ROUX (J.). — La faim (étude physio-psychologique). Brochure in-8 de 47 pages. — Lyon, 1897. — Imprimerie A. Rey.

SANO (F.). — Les localisations motrices dans la moelle lombo-sacrée. — Brochure in-8 de 11 pages, avec 7 figures.— Bruxelles, 1897. — *Journal de Neurologie.*

SANO (F.). — De l'indépendance fonctionnelle des centres corticaux du langage. — Brochure in-8 de 23 pages. — Bruxelles, 1897. — *Journal de Neurologie.*

SCHILL (E.). — Jahresbericht ueber die Fortschritte der Diagnostik im Jahre 1896 (3e année). — Volume in-8 de 254 pages. — Leipzig, 1897. — Verlag des *Reichs Medicinal-Anzeigers.*

SECCHI (E.). — L'antisepsie fisica nella cura delle farite. Brochure in-8 de 23 pages. — Milan, 1897. — Tipografia F. Cogliati.

SEMB (O.). — Om de papillaere ovarial-kystomer. Volume in-8 de 109 pages. — Kristiania, 1896. Steenske Bogterykkeri.

SÉAILLES. — De l'alimentation des tuberculeux soignés à domicile par les médecins du bureau de bienfaisance. Brochure in-8 de 8 pages. — Paris, 1897. Typographie A. Davy.

SUTHERLAND (J.-F.). — The Insane in private dwellings and licensed houses. Volume in-8 relié de 61 pages.—Edinburgh, 1897. — Librairie Livingstone.

THE MEDICAL ANNUAL AND practitioner's index. A Work of Reference for Medical Practitioners. Volume in-18 cartonné de XXIII-722 pages, avec 27 planches hors texte et 113 figures. — Bristol, 1897. Librairie J. Wright and C^o^.

TROLARD. — Rapport sur le fonctionnement de l'*Institut Pasteur*, du 1er novembre 1894 au 31 décembre 1896. Brochure in-8 de 52 pages. — Alger-Mustapha, 1897. Typographie Giralt.

VALLIN.— Sur l'assainissement de la fabrication des allumettes, au nom d'une commission composée de MM. Th. Roussel, Magitot, Ch. Monod, Hanriot. Brochure in-8 de 32 pages. 1897. Extrait du *Bulletin de l'Académie de médecine.*

VILLERS. — Un cas d'atrophie musculaire progressive du type Duchesne-Aran. Brochure in-8 de 16 pages. — Bruxelles, 1897. Extrait du *Journal médical de Bruxelles.*

WEISS (A.). — Zur Diagnose der Meningitis. Brochure in-8 de 40 pages, avec 5 figures. — Prague, 1896. *Prager Med. Wochenschrift.*

© BIU Santé

Dans la même séance, M. le Dr Lenormand a prié M. le Dr Lausiès, délégué des médecins auprès de la Commission administrative, de faire à cette dernière la déclaration suivante :

« *Si l'Administration juge convenable de rapporter sa décision, elle n'a pas à craindre de désobliger M. Lenormand en quoi que ce soit.* »

Malheureusement, ce qu'il y avait de bon dans cette déclaration a été effacé par des démarches faites en sens contraire par M. Lenormand auprès de l'Administration.

La protestation des médecins des hôpitaux fut envoyée à la Commission et, le 27 juillet, le délégué des médecins fut entendu par elle. Dans l'espoir que M. Lenormand apporterait son désistement, ce qui aurait permis à la Commission de revenir sur sa décision, la question fut remise à huit jours.

A la séance suivante, le mardi 3 août, le désistement de M. Lenormand n'étant pas parvenu, et celui-ci, au contraire, ayant demandé le maintien de sa nomination, M. Ambaud, membre de la Commission, fit une proposition conciliatrice : M. le Dr Sorel serait nommé chirurgien titulaire; il conserverait les fonctions d'adjoint jusqu'au jour où la première vacance permettrait de lui donner un service. Cette proposition, appuyée par M. Marais, maire du Havre et président de la Commission, et par MM. Ambaud et Cheuret, fut rejetée par quatre voix contre trois (1).

A la suite de cette décision, M. Cheuret, délégué du Conseil municipal, donna sa démission de membre de la Commission, et la question fut ainsi portée devant le Conseil municipal du Havre. Elle donna lieu à la discussion suivante :

CONSEIL MUNICIPAL DU HAVRE.

Séance du 11 août 1897.

(Etrait du procès-verbal officiel.)

M. LE MAIRE. — J'ai l'honneur de vous donner connaissance de la lettre suivante qui nous a été remise par notre collègue, M. Cheuret :

A Monsieur le Maire de la ville du Havre.

Monsieur le Maire,

A la suite d'un incident regrettable qui s'est produit récemment à la Commission administrative des hospices au sujet de la nomination d'un chirurgien titulaire des hôpitaux, je crois devoir, par déférence pour le Conseil municipal qui m'a délégué auprès de la Commission administrative pour l'y représenter, lui offrir ma démission de membre de cette commission, et vous prie, Monsieur le Maire, d'agréer l'assurance de mes sentiments empressés et dévoués.

L. CHEURET.

Havre, le 7 août 1897.

..... M. CHEURET. — Je demande au Conseil la permission de lui donner quelques explications sur les causes qui ont motivé ma démission.

Il s'est passé récemment un incident à la Commission administrative des Hospices. Il s'agissait de la nomination d'un chirurgien titulaire. Deux candidats étaient en présence. L'un qui était soutenu par un certain nombre des membres de la Commission était inscrit sous le n° 2; l'autre, un de nos collègues du Conseil, le Dr Sorel, avait le n° 1. Bien que l'ordre d'inscription ne lie en aucune façon la Commission administrative, on pouvait penser qu'entre deux candidats d'un égal mérite, le choix devait se porter sur le candidat qui avait le n° 1; mais la majorité de la Commission a cru devoir nommer le candidat n° 2. M. le Dr Sorel n'a cependant pas démérité; il a été admis avec un point de plus que son collègue et il a plus de titres que lui.

A la suite de cette décision de la Commission administrative, le corps médical hospitalier s'est ému et, à la presque unanimité, il a émis un vote pour attester la capacité professionnelle du Dr Sorel. Quel est le motif qui a guidé la majorité de la Commission administrative dans sa décision? Est-ce à cause de l'indépendance que notre collègue apporte dans ses critiques sur l'administration hospitalière? Comme conseiller municipal, il a parfaitement le droit de formuler des critiques; d'autre part, ses connaissances techniques pouvaient servir à éclairer la Commission qui, à part l'un de ses membres, est composée de profanes. On a reconnu d'ailleurs que la décision prise ne pouvait être basée sur cette considération. Est-ce la capacité professionnelle qui est en jeu; il semble que l'attestation qui a été délivrée spontanément par les membres du corps médical hospitalier en faveur de M. Sorel est bien concluante. Est-ce l'honorabilité? Je suis convaincu que personne ne met en doute l'honorabilité de notre collègue.

Lorsque j'ai demandé ce qui avait guidé le choix de la majorité de la Commission, on ne m'a rien répondu. Il y a donc eu un passe droit et c'est un véritable procès de tendance qu'on fait à notre collègue..... Dans ces conditions, j'ai cru devoir, comme délégué du Conseil municipal, exprimer l'opinion des collègues qui m'ont nommé, en protestant énergiquement contre ce que je considère comme une injustice et en donnant ma démission de membre de la Commission des Hospices. Le Conseil appréciera si j'ai eu tort ou raison.

..... M. ACHER. — A la suite de l'incident dont il s'agit, M. Ambaud, membre de la Commission administrative, avait fait la proposition de nommer immédiatement M. Sorel chirurgien titulaire. Cette proposition, qui ne devait avoir aucune conséquence budgétaire, a été repoussée. Le Conseil municipal pourrait émettre le désir de voir cette proposition reprise et approuvée par la Commission administrative.....

Si je me suis permis d'intervenir dans la circonstance, bien qu'il s'agisse d'une question personnelle, c'est parce qu'*il s'est passé un fait très grave que je tiens à signaler, quoiqu'à grand regret, au Conseil municipal. Le chirurgien nommé est le successeur d'un des membres de la Commission administrative*; ce dernier avait le devoir de s'abstenir; il a eu tort de ne pas le faire, car la nomination du chirurgien titulaire devient un acte de favoritisme.

C'est en raison de la gravité du fait que j'ai cru devoir intervenir, et je demande qu'une réparation soit accordée à notre collègue, le Dr Sorel; je propose, en conséquence, que le conseil émette un vœu dans le sens de la proposition de M. Ambaud.

..... M. LE MAIRE. — C'est une mesure vexatoire pour notre collègue, M. le Dr Sorel. Je dois déclarer que la nomination de M. Lenormand me paraît tout à fait arbitraire.

L'ordre du jour suivant est mis aux voix : *Le Conseil municipal, regrettant que la Commission administrative des Hospices ait sacrifié l'intérêt général à des considérations personnelles, et méconnu des droits acquis,* maintient sa confiance à M. Cheuret, refuse sa démission, et le prie de continuer son concours à la Commission administrative en y faisant prévaloir les droits de la ville. — *Cet ordre du jour est adopté. Aucune main ne se lève à la contre-épreuve.*

Malgré les efforts de MM. Marais, Ambaud et Cheuret, dont l'attitude mérite tous les éloges du corps médical, la majorité de la Commission a écarté systématiquement M. Sorel. En l'absence de raisons valables, nous aurions voulu penser au moins qu'elle avait cédé, comme une jolie femme, à un sentiment inexplicable, soit de sympathie pour M. Lenormand, soit d'aversion pour M. Sorel, dont l'indépendance et la hauteur des idées ne sont pas du goût de tout le monde. Nous sommes malheureusement portés à croire que des raisons plus mesquines et d'ordre plus personnel ont guidé l'opinion de certains membres de la Commission. Les faits apportés au Conseil municipal par M. Acher sont des plus significatifs. La nomination de M. Lenormand aurait été la suite d'un marché. Nous nous ferions un scrupule d'insister davantage sur de pareils actes, les estimant d'autant plus regrettables que celui qui les aurait commis serait un médecin et le représentant unique du corps médical dans la Commission administrative.

(1) La Commission administrative des hospices du Havre est composée de MM. Marais, maire du Havre et président; Cheuret et Dubus, délégués du Conseil municipal; Ambaud, Dr Chauvel, Loer et Paisant, délégués de M. le Préfet.

© BIU Santé

Un si mauvais exemple est heureusement racheté par la solidarité touchante dont ont fait preuve les médecins des hôpitaux, du Havre en se groupant spontanément autour de M. le Dr Sorel.

Nous espérons que nos Confrères vont continuer la lutte commencée, — leur dignité, leur existence même sont en jeu, — et qu'avec l'aide du Conseil municipal du Havre, ils feront triompher la cause de la justice sur celle de l'Administration. C. N.

La majorité de la Commission administrative des hôpitaux du Havre a commis un véritable déni de justice que, dans la circonstance, rien ne justifie. Aussi nous associons-nous complètement à la protestation du corps médical hospitalier du Havre, au vote unanime du Conseil municipal et aux critiques formulées par *la Normandie médicale*. Quant au Dr Lenormand, qui bénéficie de l'injustice ; quant au Dr Chauvel qui en paraît la cause principale, nous signalons leur coupable conduite au point de vue professionnel à l'appréciation de tous ceux qui ont le souci de la justice.

Jamais, depuis que le concours existe pour les médecins et les chirurgiens des hôpitaux de Paris, ni le Conseil général des hospices, ni le Conseil de surveillance n'ont commis une iniquité semblable. C'est vouloir supprimer le concours ; c'est vouloir en écarter les travailleurs, qui n'auront plus de garanties, en procédant d'une façon aussi... blâmable. Le premier nommé au concours doit avoir la première place vacante.

CORRESPONDANCE

Science et étiquette.

A propos du Congrès de Moscou.

Monsieur le Rédacteur en chef,

A mesure que la Science progresse, le nombre des connaissances acquises nécessite des spécialisations plus distinctes, afin de permettre une étude plus approfondie des différentes branches scientifiques. Et on ne saurait trop louer ni accorder trop d'estime à tous les travailleurs modestes et consciencieux qui, se localisant dans un sillon, creusent ce sillon avec une patience, une minutie, un labeur incessants, afin d'y découvrir un filon nouveau. On comprend dès lors toute l'importance des Congrès ; on s'explique pourquoi leur nombre s'accroît de plus en plus ; chacun ayant besoin de communiquer à son camarade d'études les découvertes entrevues ou les erreurs commises. On marche ainsi plus sûrement dans l'accomplissement du travail ultérieur. Aussi, dans ces réunions d'hommes de Science, où les idées de gloriole et d'apparat n'ont que faire ; où la parole a d'autant plus d'autorité qu'elle s'appuie sur des titres scientifiques connus de tous, sur des travaux antérieurs servant d'exemples en la matière ; il paraît tout naturel que chaque parti scientifique confie le soin de le représenter aux plus dignes ; à ceux devant la science desquels on s'incline, et que l'on écoute avec respect. Ce ne sont pas toujours les plus titrés ; et leur choix est plutôt dicté par l'universalité de l'opinion de leurs confrères que par leurs attaches ou leurs honneurs officiels : la Science devant, dans un Congrès d'hommes savants, avoir le pas sur l'art décoratif. Cette manière de voir n'a pas été adoptée dans le choix des chirurgiens qui devaient représenter, au Congrès de Moscou la science médico-chirurgicale dans l'armée. On eût compris que, s'il s'était agi d'un Congrès ayant rapport aux différentes branches de l'art militaire, le choix se fût porté sur ceux dont le nombre de galons représente, aux yeux du public ordinaire, la plus haute valeur de la médecine militaire. Mais, dans une assemblée purement scientifique, où des questions intéressant uniquement la médecine et la chirurgie étaient agitées, le soin de prouver la participation prise au mouvement général, les progrès accomplis par nos confrères de l'armée, semblait devoir appartenir à ceux qui, par leurs travaux, leurs écrits, leurs titres scientifiques, méritent une place à part dans chacune de ces branches, où quelques-uns comme Villemin, Sedillot, ont été les promoteurs des recherches ; et où tant d'autres comptent parmi les maîtres, tels que Kelsch, Laveran, Vaillard, en médecine ; Chauvel, Forgue, Delorme, en chirurgie. Aussi bien, la question paraît dès maintenant jugée, et le silence prudent gardé dans les différents débats du Congrès par les représentants du Ministère de la guerre, prouve qu'ils se considéraient plutôt comme les délégués officiels de l'autorité militaire que comme les envoyés des médecins de l'armée!

Dans ce choix, il ne faut donc voir qu'une question d'étiquette, sans aucun caractère scientifique, et il n'y aurait pas lieu de s'étonner de l'oubli dans lequel on a laissé nos confrères dont nous avons cité les noms, si, portant la question plus haut, on ne pouvait croire à une tendance malheureuse, qui s'est déjà manifestée trop souvent, et qui pourrait avoir pour le corps de santé, si jaloux à bon droit de sa valeur scientifique, des résultats désastreux. Beaucoup de bons esprits sachant allier dans les devoirs du médecin militaire les obligations qui incombent à ses fonctions militaires, avec toutes les qualités qui sont le fait de son éducation scientifique, ont vu, en effet, avec regret une très grande propension dans les hautes sphères à accorder plus d'importance à la valeur militaire du médecin qu'à ses qualités professionnelles proprement dites. On a dans certaines occasions donné trop d'attention aux qualités administratives de nos confrères, et on n'a peut-être pas accordé assez de considération à celles qui doivent prédominer toutes les autres, et qu'on doit surtout exiger d'eux pour justifier leur choix, leur avancement et la position qu'ils occupent : je veux parler de leurs travaux, de leurs titres scientifiques.

C'est ainsi qu'on a supprimé le concours pour les hôpitaux, qui, malgré ses desiderata faciles à modifier, du reste, présentait encore des garanties pour baser le choix sur le mérite scientifique des candidats ; et était, tout au moins, une source d'émulation et un but de travail, pour tous ceux qui voulaient arriver par la voie du concours. Cette suppression a permis de justifier certains avancements, que dans d'autres circonstances on n'aurait pas prévus ; de placer dans des situations où les qualités scientifiques surtout devaient prédominer, des hommes que leurs études spéciales n'avaient pas préparés aussi complètement que d'autres aux fonctions et au rôle important qu'ils devaient remplir.

Ne semble-t-il pas rationnel que dans les comités techniques, dans les directions, dans toutes les positions où le médecin est chargé de contrôler non seulement les pièces administratives, mais aussi les travaux de ses confrères, d'étudier les questions scientifiques à l'ordre du jour ; d'apprécier les découvertes et leur application à la médecine militaire ; ne semble-t-il pas rationnel, dis-je, que le choix se porte sur des hommes autorisés par leurs travaux, le renom acquis, à donner une opinion faisant autorité auprès des chefs militaires et des confrères de l'armée?

Sans vouloir prétendre qu'on ne doit uniquement considérer au point de vue de l'avancement que la valeur professionnelle, je crois cependant, avec beaucoup d'autres, qu'il faut lui accorder la plus large part ; qu'il faut s'efforcer d'appeler dans les plus hautes fonctions ceux qui sont les plus capables d'imprimer une direction scientifique au but que doit remplir le corps de santé. Je crois également que les plus beaux fleurons de la médecine militaire sont les noms de nos maîtres qui l'ont illustrée par leurs travaux et par leurs découvertes, et qu'on ne saurait mettre trop en vue, chaque fois que l'occasion se présente, les noms de ceux qui marchent sur leurs traces. On a eu tort de l'oublier.

Veuillez agréer, etc. A. Demmler.

Un Médecin Littérateur. — Lacaussade, qui vient de mourir, a, comme son maître Sainte-Beuve, le *Werther carabin*, commencé par être médecin, — carabin tout au moins, — avant de publier des poésies. Peut-être cette communauté de débuts avait-elle inspiré à Sainte-Beuve une sympathie qui pour lui ne se démentit pas. Lacaussade arrivait de l'île Bourbon pour passer son concours d'internat, lorsqu'il s'arrêta en route, fit du journalisme, de la littérature et des vers.

© BIU Santé

VARIA

A la mémoire de Duchenne (de Boulogne).

La brochure commémorative de l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Duchenne (de Boulogne), le 27 juin 1897, vient de paraître. Elle contient, en outre de la photographie du monument, le portrait du savant hors ligne que fut Duchenne et celui de Charcot, président honoraire du Comité, avec un fac-simile de la signature de l'illustre fondateur de l'Ecole de la Salpêtrière. La brochure contient les discours de M. le Pr Joffroy, président du Comité, de M. le Pr Raymond, de M. le Pr Duval, de M. le Dr Motet, et l'allocution de M. le Dr Peyron. L'exécution matérielle de cette très élégante plaquette est due à notre ami, M. Gautier. Elle fait honneur à son sens artistique. M. B.

Les services de Prompts Secours en Italie.

M. le Dr Louis Bernacchi, directeur de l'Institut médical pour les accidents du travail, vient de publier une brochure ayant pour titre : *Des mesures législatives et techniques à prendre pour atténuer les suites des accidents du travail et pour hâter la guérison des blessés.* — Pour lui, il faut que l'Assistance médicale soit *prompte, convenable* et *complète*, c'est-à-dire il faut une assistance commençant avec les premiers soins aux blessés et arrivant à leur guérison fonctionnelle. Il faut qu'une attention spéciale soit donnée à l'*organisation des prompts secours* et à la *création des hôpitaux* et des établissements, qui se chargent du traitement fonctionnel ou mécano-thérapeutique. — C'est là la thèse que nous défendons depuis quatre ans et que nous espérons voir triompher bientôt à Paris.

L'idée qu'on se fait des Médecins des Hôpitaux et des Infirmiers dans les Lycées!

Exercice littéraire : Le cordial merveilleux !

Dans un Lycée de Paris, on a donné aux élèves un « devoir de style », dont voici le ujet stout à fait typique :

1° A l'Hôpital de la Charité, un médecin, ayant besoin d'un cadavre pour faire quelques expériences médicales, le demande à l'infirmier qui lui promet le n° 46, qui, dit-il, n'a plus que deux heures à vivre (Faire parler les deux personnes : 10 *lignes*).

2° Cela ne fait pas l'affaire du médecin, qui doit s'absenter jusqu'au lendemain soir.

3° Un cordial, administré *in extremis* au susdit numéro, agit si heureusement que le moribond, après un long sommeil, se réveille convalescent. Désappointement comique de l'infirmier, qui témoigne sa surprise au n° 46! (Dialogue : 20 *lignes*).

4° Le lendemain, le médecin vient chercher son cadavre ; mais l'infirmier lui répond que le mourant ne s'est pas décidé à mourir (10 *lignes*).

Puisque MM. les professeurs de Lycée ont une pareille idée du Corps Médical tout entier, il ne faut pas s'étonner de voir les Tribunaux acquitter les magnétiseurs! Pauvres médecins, vous êtes vraiment à plaindre !

FORMULES

XXI. — Pilules contre la sciatique (M. W. Richardson).

Opium		
Ipéca		ââ 0 gr. 05 centigr.
Salicylate de soude	0 — 30	—
Extrait fluide de Cascara sagrada	Q. S.	

Pour une pilule. Faites vingt pilules semblables. — A prendre : une à trois pilules par jour.

XXII. — Remède contre les plaies occasionnées par l'usage de mauvaises chaussures.

Savon de potasse du commerce	52 parties.
Eau	27 —
Vaseline	15 —
Oxyde de zinc	6 —
Essence de lavande	Q. S.

Pour un liniment pouvant être utilisé également contre l'hyperhydrose des pieds.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 22 août au samedi 28 août 1897, les naissances ont été au nombre de 1.052, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 393, illégitimes, 149. Total, 542. — *Sexe féminin* : légitimes, 358, illégitimes, 152. Total, 510.

Mortalite a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 août au samedi 28 août 1897, les décès ont été au nombre de 836, savoir : 481 hommes et 355 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 1, T. 2 — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 6, T. 9. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 0, F. 0, T. 0 — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 0, T. 2 Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 96, F. 69, T. 165. — Méningite tuberculeuse : M. 5, F. 8, T. 13. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 10, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 5, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 38, T. 64. — Méningite simple : M. 7, F. 7, T. 14. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 15, F. 11, T. 26. — Paralysie, M. 5, F. 2, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 5, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 16, F. 20, T. 36. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 2, T. 5. — Bronchite chronique : M. 10, F. 8, T. 18. — Broncho-pneumonie : M. 3, F. 4, T. 7. — Pneumonie : M. 6, F. 7, T. 13. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 17, F. 14, T. 31. — Gastro-entérite, biberon : M. 54, F. 46, T. 100 — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 2, T. 3 — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 6, F. 2, T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 11, F. 3 T. 14 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 18, F. 12, T. 30 — Sénilité : M. 10, F. 16, T. 26. — Suicides : M. 7, F. 4, T. 11. — Autres morts violentes : M. 7, F. 3, T. 10. — Autres causes de mort : M. 51, F. 45, T. 96. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 0, T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 75, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 12 Total : 43. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 10. Total : 32.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. Frenkel, docteur en médecine, est nommé, pour l'année scolaire 1897-1898, chef des travaux de clinique ophthalmologique. — M. Auzand, docteur en médecine, est nommé, pour l'année scolaire 1897-1898, chef adjoint des travaux de clinique ophthalmologique.

Faculté de Médecine de Nancy. — M. Heydenreich, professeur de clinique chirurgicale, est nommé doyen pour trois ans, à dater du 16 novembre 1897.

Service de Santé militaire. — Par décret en date du 6 septembre, M. Comble (Léon-Emile-Marie), médecin principal du corps de santé des colonies, a été promu au grade de médecin en chef de 2e classe,

Anniversaire. — Le quatrième anniversaire de la mort du philosophe socialiste Benoît Malon, sera célébré le dimanche 12 septembre prochain, à 2 heures très précises, au Colombarium du Père-Lachaise.

Hôpitaux de Paris. — *Un suicide à l'hôpital Tenon.* — Une malade de l'hôpital Tenon, qui était soignée depuis quelque temps déjà dans cet établissement, s'est suicidée dans des circonstances horribles. La malheureuse femme s'est rendue aux cabinets d'aisances et a allumé sa chemise au moyen d'un tampon de papier. Elle est morte, malgré tous les soins qui lui ont été donnés aussitôt.

Asile de Villejuif. — *Un fou meurtrier.* — L'hospice de Villejuif a été récemment le théâtre d'un drame épouvantable. Vers une heure du matin, un aliéné placé dans la section des agités, E... B..., a étranglé, à l'aide d'une corde, l'un de ses voisins de dortoir, Charles Prinzot, qui, prétendait-il, l'empêchait de dormir, puis assommé le malheureux avec un vase en fer. Le meurtrier, auquel on eut toutes les peines du monde à passer la camisole de force, fut mis aussitôt en cellule. — Voici, à ce sujet, les explications qu'a fourni M. le Dr Lefilliâtre, ancien interne à l'asile de Villejuif, qui habite Villejuif même et qui a été interrogé par le *Temps*. « L'asile de Villejuif compte en temps ordinaire de 1.200 à 1.500 malades. Il est divisé en sept quartiers, plus une infirmerie. Le jour, il y a un infirmier seulement pour une quinzaine d'hospitalisés et un médecin seulement pour 500 à 600 malades. La nuit, le nombre des veilleurs est infime. L'hospice étant divisé en sept quartiers et une infirmerie, il y a un veilleur pour les quatre premiers quartiers et un veilleur pour les trois autres quartiers et l'infirmerie. Or, chaque quartier est séparé et se compose de trois

© BIU Santé

salles qui renferment chacune une cinquantaine de malades. Lorsque le veilleur est, par exemple, dans le quartier n° 1, il ignore complètement et il ne peut rien entendre de ce qui se passe au quartier n° 4. C'est ce qui s'est passé hier. Le veilleur du quartier n° 7 est un très brave garçon très actif, qui est à l'asile depuis la fondation de celui-ci. Je le connais très bien. Il est incapable d'avoir commis une infraction dans son service. Les explications qu'il donne sont, du reste, parfaitement plausibles. Il faisait sa tournée et se trouvait dans un quartier éloigné, lorsque B... saisissant, je crois, des cordons de caleçon qu'il avait pu ramasser on ne sait où, s'est jeté sur son voisin et l'a étranglé. En somme, la responsabilité tout entière de ce triste événement incombe à l'administration. Le service de surveillance est tout à fait insuffisant, le jour comme la nuit. Quant au service médical, il est plus qu'insuffisant, un médecin qui a 500 ou 600 malades à soigner, ne pouvant absolument pas les connaître tous. » D'autre part, à la préfecture de la Seine, on nous dit que le meurtre de Charles Pringot — qui, paraît-il, était un paralytique — a été commis, en effet, entre deux rondes et que la responsabilité du personnel de l'asile de Villejuif ne semble pas engagée.

La Bible et les microbes. — A Londres, récemment, on s'est préoccupé d'un incident curieux dans les milieux de la haute science; on s'est livré à des analyses, voire à des expériences, et on a conclu que la prudence d'un docteur qui ne voulait pas *embrasser la Bible* en Justice n'était pas excessive, que sa précaution se justifiait, que le contact des muqueuses labiales avec certaines *Bibles* des cours de police ou de justice peut suffire à l'inoculation de maladies redoutables.

Dissolution des cadavres dans la potasse caustique. — Le ministère public à Chicago vient de faire procéder à une curieuse expérience, ayant pour objet d'établir la culpabilité du sieur Adolph Luetgert, le riche fabricant de saucisses, qui est accusé d'avoir tué sa femme et d'avoir fait disparaître son corps en le déposant dans une cuve remplie d'acide. L'expérience a parfaitement réussi : dans une cuve pleine de potasse caustique on a placé un cadavre, qui, au bout de deux heures, était complètement brûlé ou dissous, à l'exception de quelques petits fragments d'os; des chairs il ne restait qu'une faible quantité d'une substance pâteuse ayant à peu près la consistance de la mélasse. Cette expérience est concluante, aux yeux du ministère public, en ce qu'elle prouve que Luetgert a très bien pu se débarrasser du cadavre de sa femme en le faisant dissoudre dans de l'acide, ce dont plusieurs experts avaient contesté la possibilité. L'attorney du district croit donc qu'il ne manque plus rien au faisceau de preuves réunies contre le fabricant de saucisses.

Un Laboratoire d'Alchimie médicale a Paris. — L'Association alchimique de France, depuis deux mois, possède un laboratoire des mieux agencés et conforme aux exigences de la « médecine spagyrique ». Des remèdes et élixirs « d'homœopathie hermétique » y sont préparés par MM. Jollivet-Castelot et Sédir, les grands prêtres de la magie moderne. Ces remèdes sont livrés gratuitement aux médecins, très rares jusqu'ici, qui en font la demande. Ils consistent en une « dilution homœopathico-spagyrique, au 30.000e de digitale », en une dilution de verveine sous deux états, et enfin en or potable « dynamisateur parfait », contre l'anémie, l'oppression, les plaies, la gangrène, et autres affections désagréables ou dangereuses. M. Sédir prie de faire remarquer — dit judicieusement l'*Hyperchimie* — que l'action curative de ces médicaments *est toute théorique*; que, par conséquent, les praticiens qui les expérimenteront doivent agir avec prudence.

Nécrologie.— M. le Dr Augé (de Reuilly-sur-Indre). — M. le Dr Basset (de Pouilly-sur-Loire).— M. le Dr Le Noir (de Paris). — M. le Dr Paillette (de Harfleur). — M. le Dr Rambaud (de Lyon). — M. le Dr Ravoux (de Langeac). — M. le Dr Rupin (de Vitré). — M. le Dr Saudan (de Paris). — M. le Dr Wagnier (de Lille). —

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Necker. — Service de M. le Pr Le Dentu. Pendant les vacances, M. Mauclaire, chef de clinique, fera à 9 h. 1/2 à l'amphithéâtre, le mardi, une leçon de pathologie externe; le vendredi, une leçon de diagnostic chirurgical.

Maternité de Beaujon, 51, rue de Courcelles (service du Dr Ribemont-Dessaignes). — M. le Dr G. Lepage a commencé, le vendredi 3 septembre, à 4 heures du soir, des conférences de *Clinique obstétricale*; il les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Anémie, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale : *Biosine Le Perdriel.*

Savon dentifrice Vigier, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — Émulsion Marchais.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

BHOUSSY LA BOURBOULE *Anémie, Diabète, Voies respiratoires* MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES PERRIÈRE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES.

Bourneville. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. Mettetal, J. Noir, Regnault, Rellay, Vaquez et Boyer. — Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Librairie H. LAMIRAULT et Cie,
61, rue de Rennes.

La 567e livraison de la Grande Encyclopédie vient de paraître; elle présente une grande variété d'articles des plus intéressants. On y trouve d'abord la fin du grand article *Métallurgie* de M. Moutou. L'histoire y est représentée par les belles monographies consacrées à *Metternich* et à la famille des *Metellus*, par M. A. Berthelot; la géographie par un article développé sur la ville de *Metz*. M. A. Larbalétrier a traité avec son soin et son intérêt habituels le *Métayage* au point de vue de l'économie rurale. La philosophie est brillamment représentée par les articles originaux *Métaphysique* (M. Boirac) et *Métempsycose* (M. Fonssagrive). Les littérateurs trouveront une biographie détaillée du célèbre poète italien *Métastase* (M. Jeanroy). Enfin la science figure avec l'étude consacrée à la *Météorologie*, sa naissance, ses progrès, son avenir, par M. Durand-Gréville. Le Dr Blondel a rédigé avec sa grande compétence les importants articles de médecine *Métrite* et *Métrorrhagie*. On voit qu'il est difficile de trouver un fascicule plus riche que la 567e livraison de la *Grande Encyclopédie*. — Prix de chaque livraison : 1 franc. — Une feuille spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

Annuaire de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.— Faculté de Médecine de l'Université Caval, à Montréal. Brochure in-8 de 67 pages.— Montréal, 1897.— Typographie N. Piché.

Campos (M.). — Recherches expérimentales et cliniques sur les nerfs sécréteurs des larmes. Brochure in-8 de 76 pages. — Paris, 1897. — Imprimerie de la Faculté de Médecine.

Ferran (J.). — Note pour revendiquer la priorité de la découverte de la vaccine contre le choléra. Brochure in-8 de 6 pages. — Barcelone, 1897. — Imprimerie Blasi

Ferran (J.). — Investigaciones sobre la sucroterapia en la tuberculosis. Brochure in-8 de 13 pages.— Barcelona, 1897.—Imprimerie Blasi.

Ferran (J.). — Note relative aux aptitudes saprophytes du bacille de la tuberculose et à ses affinités avec le bacille du typhus et le coli-bacille. Brochure in-8 de 8 pages. — Barcelone, 1897.— Imprimerie Blasi.

Apéry (P.). — La peste bubonique. Brochure in-18 de 50 pages. — Constantinople, 1897. Imprimerie A. Christidis.

Bateman (F.). — The idiot his Place in Creation and his claims on Society. Volume in-8 relié de 123 pages. — Londres, 1897. Jarrold and Sons.

Cambier. — L'assistance médicale dans la Grèce antique. Brochure in-8 de 32 pages. — Dour, 1897. — Bureaux des *Annales médico-chirurgicales du Hainaut.*

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 38. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 18 SEPTEMBRE 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

Alcoolisme; hémiplégie gauche et épilepsie consécutives. Sclérose atrophique; pachyméningite et méningo-encéphalite;

PAR BOURNEVILLE ET RELLAY.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. — Arrière-grand-père paternel, excès de boisson. — Grand-oncle paternel, excès de boisson, suicidé. — Cousin bègue. — Mère, rien de particulier. — Oncle maternel bègue. — Renseignements insuffisants sur la famille de la mère.*
Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 10 ans.
Enfant normal jusqu'à 4 ans. — Excès alcooliques. — Ivresse complète : convulsions avec perte de connaissance pendant trois jours. — Prédominance des convulsions à gauche. — Hémiplégie gauche consécutive. — Retour partiel des mouvements.
AUTOPSIE. — *Adhérences de la dure-mère au crâne. — Pachyméningite à un degré très prononcé. — Méningo-encéphalite avec épaississement très considérable de la pie-mère, prédominant à droite. — Sclérose atrophique de l'hémisphère droit. — Dégénérations secondaires.*
Pleurésie gauche. — Gangrène partielle du poumon du même côté.

Nar... (Alix-Emile), né le 30 juin 1885 à Pagny-sur-Meuse, est entré à Bicêtre (Service de M. BOURNEVILLE), le 9 mai 1895, et y est mort le 14 décembre 1896. — Le certificat d'admission porte que ce malade « présente des signes très manifestes d'idiotie et d'épilepsie ».

Antécédents héréditaires. — PÈRE, 45 ans, chauffeur mécanicien, bonne santé, ne boit pas, n'a jamais eu de convulsions ni aucune maladie, syphilis, etc.; caractère très doux. — [*Famille du père.* — Son *père* et sa *mère* sont morts à un âge avancé, sans présenter de troubles nerveux; sobres. — *Grand-père maternel* disparu en 1848; il était bien portant, mais faisait beaucoup d'*excès de boisson*. — *Grand'mère maternelle*, morte à 72 ans d'une maladie de cœur; ni démence, ni paralysie. — *Grand-père paternel*, mort à 89 ans; dans les dernières années de sa vie, il était « tombé en enfance ». — *Grand'mère paternelle*, morte à 86 ans, avait joui jusqu'alors d'une bonne santé. — Une *tante paternelle*, âgée de 77 ans, est très emportée. — Deux *oncles maternels*, l'un mort à 40 ans, de la variole, l'autre, *alcoolique*, s'est *pendu* à 42 ans. Un *frère* (50 ans), et une *sœur* (52 ans), sobres et bien portants, ainsi que leurs enfants qui n'auraient pas eu de convulsions. — Un *cousin* issu de germain est *bègue*. — Pas d'aliénés, de paralytiques, de difformes, etc., dans le reste de la famille.]

MÈRE, 36 ans, en bonne santé, caractère très calme, ne boit pas; ni convulsions, ni migraines. — [*Famille de la mère. Père*, 58 ans, se porte bien, sobre. — La *mère*, morte à 54 ans, d'une maladie de cœur, était très emportée, sans avoir d'attaques de nerfs. — Pas de renseignements sur les *grands-parents paternels* et *maternels*. — Deux *frères* et deux *sœurs* : l'un d'eux est *bègue*; leurs enfants n'ont pas eu de convulsions. — Rien à signaler dans le reste de la famille, pas d'idiots; pas d'aliénés, pas d'épileptiques, *pas d'autres bègues*, etc.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 10 ans (père plus âgé).

Trois *enfants* : Une fille de 13 ans, et une autre de 11 ans toutes deux bien portantes, intelligentes, n'ont pas eu de convulsions; 3° *Notre malade*.

Antécédents personnels. — Les parents étaient en bonne santé au moment de la *conception*. Dans le début de sa *grossesse*, la mère a eu des idées noires parce qu'elle était mécontente d'être de nouveau enceinte. Ni coups, ni syncopes, ni émotions; elle a bu beaucoup de café. — *Accouchement* naturel, à terme, en deux heures, par le sommet, sans chloroforme. Elle ne peut dire si elle a eu peu ou beaucoup d'eau.

A la naissance, l'enfant avait assez bel aspect, n'offrait aucun signe d'asphyxie. La mère l'a d'abord nourri au sein, puis au biberon (lait de vache et lait de chèvre), parce qu'elle n'avait pas assez de lait. Il a eu sa première dent à un an; on ne sait à quel âge la première dentition a été complète, mais elle a été retardée. Sevré à 14 mois, l'enfant a commencé à marcher et à être propre à 15 mois, à parler à 18 mois.

C'est à 4 ans qu'aurait débuté la maladie nerveuse. Avant, il ressemblait aux autres enfants, il fréquentait l'école du village et on le disait très avancé pour son âge. Il ne se plaignait pas de la tête, n'avait ni cauchemars, ni absences, ni secousses, ni vers, n'avait pas fait de chutes, ni reçu de coups sur la tête. Un soir il est pris de vomissements, attribués à une indigestion; il s'endort et le lendemain au réveil, son père le trouve sans connaissance et froid, la tête aux pieds du lit. *Pendant trois jours, les convulsions ont persisté sans retour de la connaissance;* elles étaient plus prononcées du *côté gauche*. La bouche était fortement tirée à gauche; *tout le côté gauche était paralysé*. L'avant-bras était fléchi, le pouce dans la main. Pendant 14 jours, l'enfant n'a pas quitté le lit; les convulsions reparurent, mais en s'espaçant. Le médecin n'a pas parlé de méningite. Il a pensé que les accidents étaient dus à l'*alcool, car il paraît que l'enfant avait l'habitude de boire les restes des verres des clients, qui venaient boire chez son grand-père, aubergiste*, avec lequel il habitait à cette époque, ainsi que ses parents. On faisait tout pour l'en empêcher, mais il trompait la surveillance. Le jour où il est tombé malade, il avait bu au-delà de toute mesure, le nombre des clients étant plus considérable que d'habitude en raison de la fête du pays.

Après ces dix-sept jours de convulsions, l'intelligence avait diminué; l'enfant ne parlait plus comme auparavant; il était devenu très irritable, « on ne pouvait plus en venir à bout ». Il répondait aux questions, mais avait perdu l'habitude de questionner.

La *paralysie du côté gauche* s'est peu à peu améliorée; au bout de 15 mois, l'enfant courait très bien; mais la jambe gauche est toujours restée plus faible. Qant au bras gauche, il serait toujours resté paralysé; l'enfant avait de la peine à porter la main sur la tête; on devait l'habiller et le déshabiller.

A partir du moment où il s'est relevé, il a toujours eu des *accès épileptiques*. Rarement ces accès étaient isolés; toujours 3 ou 4 accès se montraient dans la même journée, puis il restait sept ou huit jours sans en avoir. Il n'a jamais eu plus de 8 accès en 24 heures. Depuis janvier 1895 jusqu'à son entrée, il aurait eu des accès presque tous les jours. En outre, dès le début de son mal, il aurait été sujet à des *vertiges* et à des *secousses* dans le côté gauche. Dans tous ses accès, et parfois dans ses vertiges, il urinait sous lui.

Au fur et à mesure des progrès de la maladie il devenait plus grossier et plus violent, « il ne pouvait pas supporter les autres enfants ». Il montait sur les toits et cherchait à s'en aller. On était obligé de l'enfermer et parfois de l'attacher sur une chaise. Durant les dix-huit mois qui ont précédé son entrée, il était à Paris chez ses père et mère. Là aussi on était obligé de l'attacher, sans cela il essayait de se sauver, sans but, sans motif. La parole était devenue difficile : il bégayait par moments. On s'est décidé à le placer à cause de ses fugues.

On ne voit pas d'autre cause de la maladie que l'abus des

© BIU Santé

boissons spiritueuses. Le jour du début des accidents, attribués à une indigestion, *l'enfant était ivre-mort*.

Du 9 au 13 mai, la *température rectale*, prise matin et soir, a oscillé entre 37° et 37°, 4, soit en moyenne 37°, 17.

État actuel. — L'enfant présente un état général satisfaisant. Son facies a une expression peu intelligente, d'ailleurs l'état intellectuel de l'enfant est très arriéré. Il comprend certaines choses et répond difficilement en articulant avec lenteur.

Le *crâne* a une forme brachycéphale et un volume normal. La bosse pariétale droite est plus saillante que la gauche. — Le visage, de forme arrondie, présente un certain degré d'asymétrie faciale, le côté gauche est moins développé. Pas de troubles oculaires, ni sensoriels.

Le tronc, poitrine, abdomen et bassin et l'examen des organes thoraciques et abdominaux ne révèlent rien de particulier. Les organes génitaux sont bien conformés.

Les *membres du côté droit* sont normaux et jouissent de tous les mouvements.

Les *membres du côté gauche* sont, au contraire, *paralysés* Le supérieur est absolument impotent, l'enfant est incapable de s'en servir. Le bras est accolé au tronc, l'avant-bras fléchi, la main pendante, la face dorsale en avant. Au membre inférieur la paralysie est incomplète, l'enfant marche, court même, en traînant la jambe. Il n'y a pas de contracture, le réflexe rotulien paraît aboli (?). Les membres du côté gauche offrent un léger arrêt de développement ainsi que cela ressort des mensurations comparatives ci-après.

L'enfant se tient assez bien à table, mange avec appétit, sans voracité, mais malproprement, se barbouille le visage et les mains. La mastication s'effectue d'une façon convenable. Pas de vomissements; selles régulières, volontaires. Il ne gâte jamais dans le jour, mais, toutes les nuits, il urine au lit.

N... est assez long à s'endormir, puis dort tranquillement. I ne sait ni s'habiller, ni se déshabiller, ni se laver. Ni tics, ni céphalalgie, ni grincements de dents, ni cognements de tête, ni troubles vaso-moteurs, ni bave.

Caractère assez doux, sentiments affectifs assez développés. N... a la manie de se sauver sans cesse dans les jardins. Il ne sait ni lire, ni écrire, ni compter, etc.

La sensibilité générale et la sensibilité spéciale sont conservées. — N... parle assez bien, en nasonnant toutefois et très lentement. L'attitude est régulière.

Juillet. — La face, le corps, et le pénil sont glabres. — La circonférence de la verge et sa longueur sont de 5 cent. Le prépuce dépasse le gland d'un centimètre, le méat est normal. — Testicules égaux, de la dimension d'un œuf de pierrot.

1896. 5 *janvier.* — T. R. à la période terminale d'un accès 37°, 4; — un quart d'heure après 37°, 4; — deux heures après 37°, 6.

6 *janvier.* — T. R. à la fin d'un accès T. R. 37°, 5; — un quart d'heure après, 37°, 7; — deux heures après, 37°, 8.

10-20 *janvier.* — L'enfant est à l'infirmerie parce que, à la suite d'accès, il a de la peine à se tenir sur les jambes et est de plus en plus en déchéance. — Il en sort le 15 février. — Elixir polybromuré, sirop d'iodure de fer.

Avril. — Même traitement; hydrothérapie.

27 *juin.* — La déchéance s'accentue. L'enfant dort après ses accès et reste anéanti tout le reste de la journée. — L'attitude est devenue moins bonne. Nar... ne peut plus courir, ni sauter; il gâte souvent, et la parole devient de plus en plus difficile. Il bave fréquemment. On était parvenu à lui apprendre ses lettres, il les a oubliées. La mémoire diminue. — Hydrothérapie, etc.

3 *déc.* — Affaiblissement considérable. État infectieux. A l'auscultation râles humides généralisés, gargouillement à la base du poumon gauche. T. R. 39° le matin et 39°, 8 le soir.

4 *déc.* — T. R. 39° et 39°,7. — 5 *déc.* T. R. 39°,6 et 39°,8. — 6 *déc.* T. R. 39°, 7 et 39°, 8. — 7 *déc.* T. R. 39°, 7 et 40°, 2. — 8 *déc.* T. R. 39°, 6 et 40°, 2. La situation s'aggrave; l'état général devient plus mauvais l'enfant maigrit. Les signes à l'auscultation sont les mêmes.

9 *déc.* — T. R. 39°,8 et 40°,4. — 10 *déc.* T. R. 40°. — 11 *déc.* T. R. 40°,4 matin et soir. — 12 *déc.* T. R. 39°,4 et 40°,5. — 13 *déc.* T. R. 39° et 40°. — L'enfant meurt le 14 décembre à 3 heures 1/2 du matin (39°, 5).

T.R. 1/4 après la mort	39°
— 1 heure —	37°
— 2 — —	36°
— 5 — —	30°
— 8 — —	25°
— 12 — —	18°
Température de la chambre	18°

Pendant le séjour de Nar... dans le service, les accès ont eu la marche indiquée dans le tableau suivant :

MOIS.	1895. accès.	1895. vertig.	1896. accès.	1896. vertig.
Janvier	—	—	45	14
Février	—	—	21	15
Mars	—	—	20	9
Avril	—	—	17	»
Mai	1	»	63	3
Juin	6	»	55	1
Juillet	2	»	12	»
Août	10	»	6	7
Septembre	25	13	18	4
Octobre	31	»	162	23
Novembre	35	4	36	5
Décembre	15	10	—	—
Total	125	27	455	81

MENSURATIONS DE LA TÊTE.	1895. Mai.	1895. Juillet.	1896. Janv.	1896. Juillet.	1896. Décem.
Circonf. horizontale maxima	53	53	53	53	53
Demi-circonf. bi-auriculaire	34.5	34.5	34.5	35	35
Distance de l'articul. occipito-atloïdienne à la racine du nez	36	39	39	37.5	37.5
Diamètre antéro-postérieur maximum	17.6	17.6	17.6	18	18
Diamètre bi-auriculaire	13	13	13	13.5	13.6
— bi-pariétal	15	15	15	15	15
— bi-temporal	11.5	11.5	11.5	12	12
Hauteur médiane du front	4	4	4	4.5	4.5

MENSURATIONS DES MEMBRES.	1895. Juillet. D.	1895. Juillet. G.	1896. Juillet. D.	1896. Juillet. G.
Membres supérieurs.				
Circonf. au niveau de l'aisselle	14	12	17.5	14
— à 0m au-dessus de l'olécrâne	15.5	14	15.5	14
— à 0m au-dessous —	12	13	13.5	13
— au niveau du poignet	12	10	12	10
— — du métacarpe	14	12	14	12
Distc de l'acromion à l'olécrâne	22	21	22.5	21
— de l'olécrâne à l'apoh. styl. du cubitus	16	16	16.5	16
Distc du cubitus à l'extrémité du médius.	14	12	14	12
Membres inférieurs.				
Circonf. au niveau de l'aine	27	26	27	26
— à 5m au-dessus de la rotule	23	22	23.5	22
— à 5m au-dessous — —	16	13.5	16	15.5
— au niveau du coup de pied	14	14	14.5	14
— à la partie moyenne du pied	17	16.5	17	
Distance de l'épine illiaque antéro-supe à l'interligne articulaire du genou	33	31.3	33	16.5
Distc de l'interl. à la malléole externe.	28	27	28	31.5
— de la malléole externe à l'extrémité du médius	17	16	17.5	27

© BIU Santé

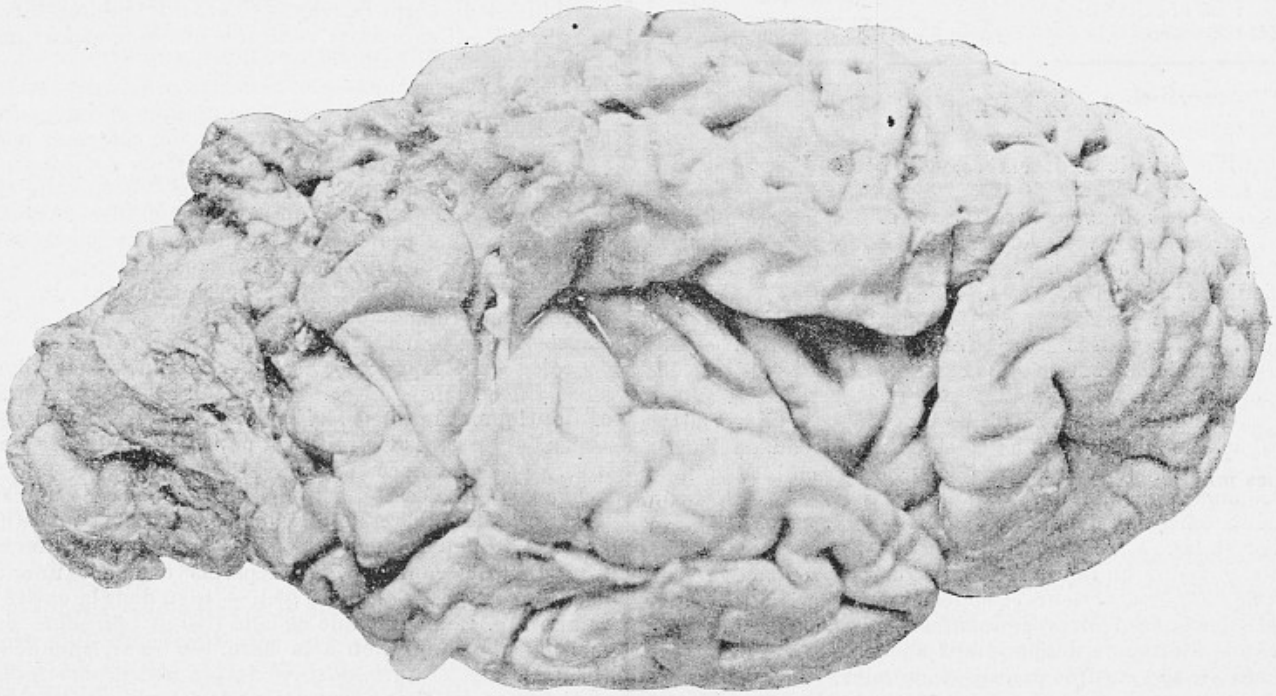


Fig. 14. — *Méningo-encéphalite et atrophie cérébrale. Face convexe de l'hémisphère cérébral droit* (p. 180). Sclérose atrophique très notable des circonvolutions, entre autres des circonvolutions qui bordent la scissure de Sylvius, d'où il suit que le lobule de l'insula est à découvert. Lésions de *méningo-encéphalite*.

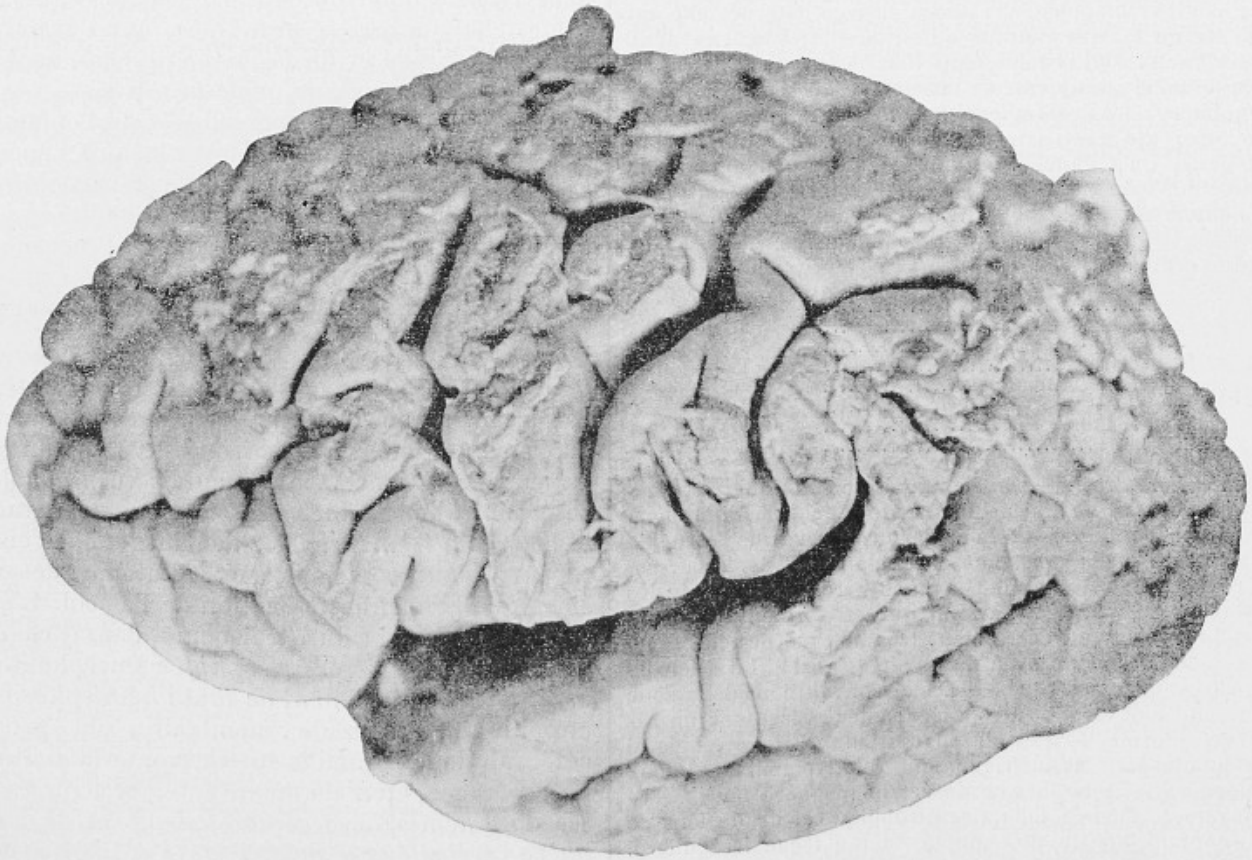


Fig. 15. — *Méningo-encéphalite. Face convexe de l'hémisphère cérébral gauche* (p. 180). Les lésions sont très étendues, mais superficielles.

© BIU Santé

POIDS ET TAILLE.	1895.		1896. (après décès).		1896.
	Mai.	Juillet.	Janv.	Juillet.	Décem.
Poids	21 kg.	21 kg.	20 kg.	23 kg.	15.800
Taille	1.11	1.11	1.11	1.12	»

Autopsie *faite le 30 décembre*, à 9 heures 1/2, 30 heures après la mort.

Tête. — Le *cuir chevelu* est maigre. — Les *os* sont très durs, surtout au niveau du frontal. Leur épaisseur, sur la coupe, varie de 5 à 8 mm. — L'*apophyse crista-galli* est triangulaire, à bords mousses. — Les différentes fosses de la base du crâne paraissent symétriques et le trou occipital normal. — La *glande pituitaire* est plutôt petite. — Les *sutures* persistent sur les deux faces et sont très dentelées sur la face externe. Au-dessus et tout le long de la suture pariéto-occipitale du côté droit se succèdent six os wormiens contigus. Le plus volumineux siège au niveau de l'angle postérieur et supérieur du pariétal droit. Il mesure 25 mm. sur 30 mm. A gauche, il n'y a que trois os wormiens allongés, immédiatement en dehors de l'angle supérieur et postérieur de l'occipital. — L'*os frontal* est fuyant et, au-dessus de sa partie moyenne, on note une dépression très prononcée répondant aux angles antérieurs et supérieurs des pariétaux. — Les bosses pariétales sont proéminentes. — On observe des deux côtés une dépression des pariétaux au-dessus du tiers interne de chacune des sutures pariéto-occipitales.

La *dure-mère*, épaisse, sans fausses membranes, offre de nombreuses adhérences au crâne. — La *pie-mère* se présente non pas sous son aspect habituel, mais avec l'apparence de la dure-mère tellement elle est épaissie, et cela presque sur toute l'étendue des deux hémisphères. Sauf sur la face interne des lobes temporal et occipital droits et sur la région pariétale gauche où il existe une injection ecchymotique, la pie-mère a une couleur blanchâtre. Lisse à sa face externe, elle est rugueuse en maints endroits de sa face interne. Les deux lobes frontaux sont accolés dans leur moitié postérieure. Il en est de même des lèvres de la scissure de Sylvius. — Les *nerfs olfactifs*, les *nerfs* et les *bandelettes optiques* sont égaux. — Le *tubercule mamillaire*, le *pédoncule cérébral* droits sont plus petits qu'à gauche. La moitié correspondante de la *protubérance* est moins bombée que la gauche. — La *pyramide antérieure* droite est plus petite que la gauche. — Les *olives* sont égales. — Le *liquide céphalo-rachidien* est en quantité ordinaire.

Encéphale	1010 gr.
Hémisphère cérébral droit	310 —
— — gauche	572 —
Cervelet et isthme	130 —
Hémisphère cérébelleux droit	63 —
— — gauche	52 —
Bulbe et protubérance	15 —
Moelle épinière	35 —

Hémisphère droit. — On s'aperçoit de suite qu'il est plus petit dans toutes ses dimensions que le gauche ; la différence, en poids, est de 262 gr. — A la coupe on observe que l'atrophie porte surtout sur la substance corticale dont l'épaisseur est très réduite. La scissure de Sylvius est très développée : les deux lobes temporal et pariétal qui en forment les deux lèvres présentent un écartement très marqué de telle sorte que le lobe de l'insula est à découvert (*Fig.* 14). Le sillon de Rolando est moins marqué. — Les circonvolutions de la zone rolandique sont les plus atrophiées ; elles présentent un aspect vermiforme. — Les circonvolutions du lobe temporal et le lobule pariétal inférieur sont relativement les mieux développées. — A la surface de cet hémisphère on observe des foyers de *sclérose* lobulaire atrophique et des lésions de *méningo-encéphalite* disséminées d'une façon irrégulière. La sclérose porte surtout sur le lobule paracentral, sur le lobe frontal, sur FA et PA ; la méningo-encéphalite atteint le lobule pariétal supérieur, la pariétale ascendante et T^2, mais elle est principalement accusée à la région du pli courbe où la substance corticale présente l'aspect d'une vraie bouillie.

A la face interne la méningo-encéphalite porte sur la circonvolution du corps calleux. — Le *ventricule latéral* n'est pas dilaté. — Les *masses centrales* ont leur aspect naturel mais sont moins volumineuses qu'à gauche.

Hémisphère gauche. — Cet hémisphère est bien développé ; ses circonvolutions sont bien dessinées et volumineuses. A la coupe, la substance grise présente son épaisseur normale et la substance blanche est également bien développée. Cet hémisphère offre des lésions de méningo-encéphalite encore plus étendues qu'à droite, presque généralisées ; toutefois, elles sont moins profondes et n'intéressent que la couche superficielle de la substance grise sans la détruire, comme cela existe à droite. Ces lésions portent surtout sur les circonvolutions rolandiques et sur le lobule pariétal inférieur. La scissure de Sylvius est profonde et a son aspect normal, de sorte qu'il faut écarter ses lèvres pour voir le lobule de l'insula (*Fig.* 15). — Le *ventricule latéral* est sain. — La *couche optique* et le *corps strié* sont bien développés.

Cou. — Le *corps thyroïde* est petit. Pas de traces de *thymus*. — *Larynx* normal.

Thorax. — La cavité pleurale gauche renferme une quantité considérable d'un liquide louche, extrêmement fétide. — La base du *poumon gauche* est le siège d'une vaste *excavation* dont le contenu et les parois exhalent une odeur gangréneuse très nette (265 gr.). — Rien dans la cavité pleurale droite. Le poumon de ce côté (260 gr.) présente simplement de la congestion à la base. — *Cœur*, aucune lésion (160 gr.).

Abdomen. — *Foie* (820 gr.) ; pas de calculs. — *Rate* (70 gr.) ; — *Pancréas* (30 gr.) ; *rein* droit (80 gr.), rein gauche (85 gr.) ; *capsules surrénales*, normaux ; — *vessie*, pas de calculs, *estomac*, *intestins*, rien de particulier.

Réflexions. — I. Au point de vue de l'*hérédité*, nous avons à noter du côté paternel des *excès alcooliques* chez un arrière grand-père et un grand oncle, qui s'est *suicidé* et du *bégaiement* chez un cousin ; — du côté maternel, un oncle *bègue*.

Dans les *antécédents personnels* de l'enfant, nous n'avons aucun accident à relever jusqu'à l'époque où l'enfant, placé dans des conditions particulières, a contracté l'habitude de boire. Cette habitude existait déjà depuis quelque temps lorsque, à l'occasion de la fête du village, il a bu jusqu'à l'ivresse la plus complète. C'est donc à l'alcool qu'il faut attribuer l'*état de mal convulsif*.

II. Les *accidents aigus* observés chez cet enfant paraissent s'être développés sur un état alcoolique antérieur, — *alcoolisme chronique*. Chez un adulte, en pareille circonstance, on aurait vu probablement se produire l'ensemble symptomatique qui caractérise le *delirium tremens*. Chez l'enfant, et nous en avons rapporté d'autres exemples, c'est plutôt par des convulsions que se manifeste l'action de l'alcool. L'état de mal convulsif qui a duré trois jours, dans le cas actuel, expliquerait la *sclérose atrophique* (encéphalite) avec *arrêt de développement de tout l'hémisphère droit*, atrophie du tubercule mamillaire, du pédoncule cérébral, de la pyramide antérieure, de la moitié de la protubérance, etc., du même côté, et *atrophie croisée* de l'*hémisphère cérébral droit* et de l'*hémisphère cérébelleux gauche* (*Fig.* 14 et 15). Les convulsions intermittentes, et les symptômes concomitants sur lesquels nous manquons de détails précis et qui ont porté sur 14 jours, se seraient traduits par la *pachyméningite* et la *méningo-encéphalite*. Celle-ci,

© BIU Santé

à son tour, rendrait compte des *accès épileptiques* et de la *démence*.

III. Dans notre service, ce sont les *suites cérébrales* de l'alcoolisme que nous observons. Mais l'alcoolisme chez l'enfant de même que chez l'adulte peut porter son action nocive sur les autres organes. M. Lancereaux, dans une intéressante communication à l'Académie de médecine (1), a consigné l'observation de deux fillettes, âgées l'une de 13 ans et demi, l'autre de 14 ans, atteintes de *cirrhose alcoolique* du *foie*. Tout récemment, M. Marfan a fait une bonne leçon clinique sur un *Cas de cirrhose alcoolique chez une fillette de 4 ans* (2), à laquelle, depuis l'âge de 15 mois, on faisait ngurgiter des liqueurs, du vin, des grogs, etc. Ces faits s'ajoutent à ceux qui ont été rapportés par Tœdt en et Wilks, relatifs aussi à la *cirrhose alcoolique* des enfants.

Dans un mémoire intéressant de MM. A. Gilbert et L. Fournier : *La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique chez les enfants* (3), basé sur sept observations, l'alcoolisme n'aurait joué aucun rôle. Les auteurs insistent sur l'*arrêt de la croissance*, relevé ultérieurement par M. Lancereaux. Le volume LII des *Guy's Hospital Reports* contient un mémoire important de M. Fr. Taylor (4), reposant sur trois cas où l'alcoolisme aurait été également absent.

IV. Nous avons vu que la *température rectale* moyenne de l'enfant d'après les températures prises matin et soir pendant 5 jours, était à peine de 37°,2. Cette constatation préalable permettait de se rendre un compte plus précis des *modifications produites sur la température par les accès*. Les notations thermométriques enregistrées, le 5 et le 6 janvier 1896, ont mis en évidence l'*augmentation de la température* sous l'influence des accès : ce qui confirme tout ce que nous avons dit, appuyé sur les faits, depuis 1869.

V. Puisque nous relevons ce qui a trait à la température, répétons que nous avons ici encore une nouvelle démonstration en faveur de l'emploi du *thermomètre* comme moyen de s'assurer de la *réalité de la mort*. La température terminale, qui était de 39°, 5, est descendue en 12 heures à 18°, température de la salle où était déposé le cadavre.

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, séance du 13 oct. 1896.
(2) *Bulletin méd.*, 20 janv. 1897.
(3) *Cases of cirrhosis of the liver in children, with some remarks on Cirrhosis.*
(4) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, juillet 1895, t. XIII, p. 309.

HYGIÈNE DE L'HABITATION. — *Incendie et ignifuges.* — Des expériences ont été faites par les soins de l'Administration de l'Exposition, au sujet de divers moyens proposés pour rendre ignifuges les bâtiments de l'Exposition. Les procédés mis en pratique seront, en principe, conformes à ceux que prescrivent d'une façon générale les règlements du conseil d'hygiène et de salubrité ; leur application aura lieu dans tous les cas, les expériences faites ayant donné des résultats suffisants. Un petit bâtiment en bois ignifugé a été incendié jusqu'à effondrement; ses quatre murs en planches et sa toiture se sont finalement abattus ; on les a trouvés carbonisés, mais sans dégagement de flamme, de telle sorte que dans un cas accidentel les secours auraient eu certainement le temps d'arriver et de jouer un rôle efficace. Le grand bâtiment en charpente de bois érigé à l'angle du quai d'Orsay et de l'avenue Rapp et qui va recevoir, en octobre, les services d'administration de l'Exposition, va tout d'abord être soumis au traitement ignifuge dont nous venons de parler.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Encore le Congrès de Moscou : *Cuique suum!*

Nos jeunes collègues de la Presse, qui ont eu la bonne fortune d'aller cette année au Congrès de Moscou, en sont revenus enthousiastes de la puissante organisation allemande (1), et navrés — à ce qu'ils disent — de notre désintéressement profond pour ces grandes manifestations patriotiques en pays étranger. Ce n'est pas d'aujourd'hui, en ce qui nous concerne, que nous avons fait pareille remarque ; et nous n'avons eu, en 1894, qu'à nous rendre à Rome pour nous en apercevoir une fois de plus !

Mais, ce qu'ils ne disent pas, c'est qu'il a été fait à Paris des efforts dont ils se doutent (on me pardonnera de le répéter, puisque personne n'ose... complimenter le Comité français de son... abstention !), pour lancer vers Moscou des flots de médecins. Malheureusement, le Français n'est pas comme l'Allemand : il ne se dérange pas facilement, même au commandement, et quand il s'agit de partir au loin soutenir l'honneur du drapeau ! Il se moque de tout cela comme de sa première chemise. Mais, pour crier et se plaindre, il s'en charge !

On le verrait bien, si nous pouvions publier ici les 2,000 lettres auxquelles il nous a fallu répondre, lors de l'organisation de la participation française ! Quelques Congressistes ne se sont pas contentés d'amères récriminations. Certains d'entre eux ont été jusqu'aux injures et à la calomnie. D'ailleurs, à Rome, en 1894, ne nous avait-on pas accusé publiquement de voyager luxueusement, d'abord aux frais du Congrès, puis à ceux d'une Agence, alors que ce voyage a été exécuté entièrement *à nos frais*. Nous avons cru devoir couper court à tous ces potins, en 1897, en n'allant pas à Moscou. Du reste, le Secrétaire général du Comité central semble avoir deviné nos pacifiques intentions, car, à l'heure qu'il est, le Secrétaire général du Comité français d'initiative et de propagande, — qui n'était pas de la délégation officielle ! —, n'a pas encore reçu sa carte de Congressiste, après s'être fait inscrire régulièrement, comme un vulgaire membre adhérent du Congrès ! On a dû le prendre pour un simple journaliste, — pour ne pas dire un homme d'affaires —, mais non... pour un docteur en médecine !

Veut-on quelques détails sur l'organisation elle-même, pendant la grande semaine, à Moscou ? Plusieurs de nos lettres, envoyées sous pli recommandé, ne sont pas parvenues à destination. Plusieurs dépêches, adressées à notre correspondant, n'ont pas à Moscou été remises au destinataire. De nombreuses lettres nous sont revenues ces jours-ci, sans avoir été distribuées. Nous avons écrit plusieurs fois à Moscou pour demander des renseignements précis. On ne nous a presque rien envoyé. Nous n'avons jamais eu à notre disposition qu'un *seul* et *unique* exemplaire de la brochure du Congrès !

Pourquoi ? C'est là un mystère, que certain vote, en assemblée générale, a éclairci, dit-on, aux yeux de quelques-uns ; mais, pour nous, nous ne pouvons, jusqu'à présent du moins, accorder une créance absolue à cette information, qui demande à être confirmée. Quelle différence avec ce qui s'était passé à Rome en 1894 ! Et pourtant nous opérions alors, disait-on, en pays ennemi !

(1) *Presse médicale*, 11 septembre 1897.

© BIU Santé

Pour moi, j'en ai fait plusieurs fois l'expérience : j'aime mieux avoir affaire à des adversaires qu'à des amis, ou à des hommes prétendus tels ! Ce qui a eu lieu à Moscou vient de démontrer une fois de plus la justesse de cette manière de voir.

Il aurait été pourtant bien simple de profiter de l'expérience faite en Italie : on n'avait qu'à demander avis à ceux qui, en 1894, avaient mis la main à la pâte, au lieu de les ignorer. Je sais bien qu'en Russie les journalistes qui ne sont pas professeurs —, je n'ai pas besoin de dire que ce sera toujours mon propre cas! —, n'existent pas le moins du monde ! Mais ce n'est pas une raison pour qu'il en soit ainsi partout.

En tous cas, chez nous, à l'heure actuelle, la *Presse* seule est capable de réaliser ce qu'en Allemagne on obtient avec un *mot d'ordre* parti de haut. On n'a pas, à Moscou, cru à sa réelle puissance d'entraînement et on n'a pas cru devoir l'aider à Paris. Qu'en est-il résulté ? C'est que 250 Français à peine sont allés en Russie, quoique 400 se soient inscrits aux bureaux du Comité national ! — Espérons que cette leçon nous profitera, à nous-même, en 1900 !... Marcel BAUDOUIN.

Le Congrès de Moscou. Les Assemblées générales.

Deuxième et troisième Assemblées générales.

A la *Seconde assemblée générale* du Congrès de Moscou, des diverses communications qui ont été faites, et que nous avons énumérées dans un précédent numéro, nous pouvons donner le résumé des suivantes (1).

En premier lieu, celle de M. le Dr METCHNIKOFF (de Paris) sur *la peste*.

Le Coccobacillus pestis est un bâtonnet minuscule souvent étranglé en son milieu. Il pullule dans les bubons, et se retrouve dans les crachats, l'urine et les déjections. En dehors de la forme ordinaire, le bacille pesteux offre souvent la forme de bactéries presque sphériques ou de chaînettes plus ou moins longues. Facilement colorable par les couleurs basiques d'aniline, il ne garde pas le Gram. Le bacille pesteux, pathogène pour l'homme, l'est aussi pour beaucoup d'animaux, en particulier pour les mammifères. Les épidémies provoquées par lui chez les rats et les souris sont souvent les avant-courrières de la peste humaine. Le parasite exalte beaucoup sa virulence en passant par le corps de ces animaux. Le microbe possède une arme terrible : la toxine pesteuse, qu'il sécrète, et que M. Roux est parvenu à isoler. La connaissance du bacille pesteux permet actuellement de faire avec rapidité et sans aucune difficulté le diagnostic bactériologique qu'il importe extrêmement de savoir reconnaître sans perdre de temps. La prévention par le sérum antipesteux empêchera désormais la propagation des épidémies pesteuses.

Puis celle de M. le Dr ROBERT (de Barcelone) sur les *rapports entre la pathologie et la thérapeutique*.

La pathologie comprend l'étude des troubles qui ont lieu dans la vie des cellules, dans les rapports entre le noyau et le protoplasma ; la thérapeutique doit avoir pour but la disparition de ces troubles. Mais dans cette vaste agglomération de cellules qui constitue l'organisme, ce qu'il faut considérer surtout, c'est la résistibilité aux influences extérieures, ou la prédisposition qui fait que l'organisme est plus ou moins facilement atteint. La thérapeutique devra donc tendre à augmenter cette résistibilité ou à combattre les influences qui ont amené cette prédisposition. Il faut considérer l'organisme humain comme un tout et le traitement doit s'adresser à tout l'organisme avant de s'adresser à un système spécial.

Enfin celle de M. le Pr SENN (de Chicago) sur la *classification des péritonites*.

L'auteur classe les péritonites aiguës en se plaçant à divers points de vue : au point de vue anatomique (ecto-péritonite, endopéritonite, péritonite pariétale, etc.) ; étiologique (péritonite traumatique, idiopathique, etc.) ; pathologique (péritonie septique, putride, etc.) ; bactériologique (streptococcique, pneumococcique, etc.) ; enfin clinique (ecto-péritonite, péritonite septique généralisée, péritonite par perforation, péritonite circonscrite, métastasique (par voie sanguine), viscérale, pelvienne, puerpérale et sub-diaphragmatique). Il s'occupe ensuite du traitement des diverses formes cliniques de la péritonite, surtout de la péritonite septique généralisée : traitement médical et chirurgical. Pour le premier, il recommande les stimulants et les aliments liquides ; les cathartiques sont absolument défendus dans les cas de péritonite par perforation ; enfin, applications chaudes. Lorsque l'infection est étendue, l'opération est indispensable : c'est la laparotomie qu'il pratique avec l'éther comme anesthésique ; puis, il fait des irrigations avec une solution antiseptique forte.

A la troisième Assemblée générale ont eu lieu trois autres communications, dont nous n'avons pas encore publié le titre. Ce sont celles de M. le Pr LUKIANOW (de Saint-Pétersbourg), sur l'*inanition du noyau cellulaire* ; celle de M. le Pr LEYDEN (de Berlin), intitulée : *Ueber die gegenwærtige Behandlung der Tuberculosen und die staatliche Fürsorge für dieselben* ; celle de M. la Pr LOMBROSO (de Turin) sur les *nouveaux horizons et les nouvelles applications de la psychiatrie*. — Voici le résumé de ces trois magistrales leçons.

M. le Dr Loukianow a fait des expériences sur 20 souris blanches, classées en 6 groupes. Chacun de ces groupes d'animaux a été soumis à un régime alimentaire spécial. On a étudié de plus près les modifications des noyaux des cellules hépatiques. En comparant les volumes des noyaux dans les divers régimes avec leur volume dans l'alimentation normale, on constate qu'au régime du lard les noyaux perdent 6,45 0/0 de leur volume normal ; au régime de l'albumine 22,04 0/0 ; au régime de la peptone, 26,48 0/0 ; au régime du sucre 39,19 0/0, et dans le jeûne absolu 44,55 0/0. Il résulte de ces données que les noyaux cellulaires en question ont le moins besoin de sucre et le plus besoin de graisse avec une légère addition d'autres substances, c'est-à-dire que les noyaux des cellules hépatiques se nourrissent surtout au dépens des graisses et des albuminoïdes. Les hydrates de carbone jouent un rôle secondaire. L'auteur conclut : la complexité organique de la cellule ; voilà le principe simple et significatif que nous laissons en héritage au XXe siècle.

M. le Dr LEYDEN (de Berlin). — Brehmer, en 1855, dans son sanatorium de Görbersdorf, a prouvé que la tuberculose pulmonaire était une affection curable en choisissant un climat sain, bien aéré, en fortifiant le corps par certains exercices et une nourriture abondante, en inspirant confiance au malade en maintenant dans l'établissement une stricte discipline et enfin en lui administrant des médicaments dans certains cas. La question de nourriture est la plus importante pour le Dr Leyden ; il relègue les autres au second plan. Examinant la question de la prophylaxie de la tuberculose, l'auteur estime que les mesures de police, bien que nécessaires, ne suffisent pas pour empêcher la contagion. C'est en la prévenant et en élevant les enfants à la dure qu'on les met en état de résister au microbe pathogène. L'auteur préconise depuis longtemps la construction d'hôpitaux pour phtisiques et passe en revue les sanatoria établis dans les divers états européens.

M. le Dr LOMBROSO (de Turin). — L'auteur entend par là l'application de la psychiatrie à l'étude du criminel, du dégénéré. Il ne s'agit pas de réformer le code pénal, mais de protéger l'homme s'il est malade, irresponsable, en l'empêchant de commettre un crime. Malheureusement, et c'est ce qui a jeté un certain discrédit sur l'anthropologie criminelle, il n'existe pas de lésions pathologiques sur lesquelles on puisse s'appuyer, comme c'est le cas d'ailleurs dans la plupart des affections nerveuses. La théorie du neurone, qui donne l'explication du sommeil de l'hypnotisme, de la mémoire s'étendra, il faut l'espérer, aux modifications de l'état psychique, qui sont actuellement purement hypothétiques. On trouvera peut-être l'explication de la télépathie ou de l'influence mentale à distance dans la polarisation des éléments moléculaires du cerveau. C'est cette étude qu'il sera donné au vingtième siècle de mener à bonne fin. [A. P. S.]

(1) Nous avons déjà publié le résumé du travail de M. KRAFT-EBING.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(*Moscou*, 19-26 *Août* 1897) (*suite*) (1).

I. — Section de Médecine (2) (*fin*).

V. — *Séance du* 23 *août* 1897 (matin).

Formes cliniques des cirrhoses du foie.

1. — M. le Dr Chauffard (de Paris). — La classification rationnelle des cirrhoses hépatiques doit tenir compte, à la fois, et des voies anatomiques vectrices de l'agent cirrhogène et de la nature même de cet agent, c'est-à-dire qu'elle doit être anatomique en même temps qu'étiologique. C'est à ce double titre que l'on distingue des cirrhoses par voie vasculaire, biliaire ou capsulaire, relevant des intoxications exogènes ou endogènes, des infections et des toxines infectieuses, ou enfin des troubles mécaniques de la circulation. Tout agent capable de déterminer une cirrhose peut également, dans d'autres conditions, provoquer tous les degrés des réactions inflammatoires et dégénératives de la cellule hépatique. La loi qui domine la production des cirrhoses est la suivante : action faible, lente et prolongée du poison pathogène, quelles que soient la nature et l'origine de celui-ci. L'auteur est d'accord avec Hanot, affirmant qu'en matière de cirrhose le diagnostic se tire de l'état du tissu conjonctif, et le pronostic de l'état des cellules hépatiques.

Les formes cliniques des cirrhoses du foie.

2. — MM. les Drs Gilbert et Surmont (de Paris). — Les cirrhoses se divisent en cirrhoses simples et cirrhoses compliquées. Les cirrhoses simples se distinguent elles-mêmes en toxiques et infectieuses : une place cependant est réservée spécialement à la cirrhose d'ordre mécanique, que peut entraîner la congestion passive du foie liée aux cardiopathies. Parmi les cirrhoses toxiques, on distingue celles par intoxication de l'organisme par lui-même, et qui ont été signalées dans la dyspepsie, la goutte et le diabète, et celles par hétéro-intoxication, beaucoup plus fréquentes, dont les cirrhoses alcooliques sont les plus importantes, cirrhose atrophique alcoolique de Laënnec et cirrhose hypertrophique alcoolique (Hanot et Gilbert). Parmi les cirrhoses infectieuses, on distingue également celles où l'agent pathogène a été puisé au dehors (fièvres éruptives de l'enfance, rougeole, fièvre typhoïde, choléra) de celles où il a été puisé dans l'organisme lui-même (cirrhoses syphilitiques, tuberculeuses, cirrhose de l'impaludisme, cirrhose biliaire de Hanot (cirrhose biliaire par obstruction). Quant aux cirrhoses compliquées, elles comprennent les cirrhoses graisseuses, les cirrhoses pigmentaires, celles avec hépatite parenchymateuse, et enfin celles avec adéno-épithéliome.

De l'hépatite intercellulaire, forme spéciale à Mexico.

3. — M. le Dr Manuel Carmono y Valle (de Mexico). — Dans la ville de Mexico, nous avons une forme clinique de cirrhose hépatique bien définie et dont l'histoire ne se trouve pas dans les livres classiques de pathologie interne. Elle est caractérisée par l'augmentation de volume et la dureté du foie, ictère constant, mouvement fébrile continu, rémittent ou intermittent; hémorragies, perturbations digestives, avec diarrhée permanente bilieuse, perturbations cérébrales avec phénomènes ataxo-adynamiques; fréquemment ascite et enfin la mort. Sa durée moyenne est de six à huit mois; mais elle peut tuer en beaucoup moins de temps et peut durer jusqu'à un an et demi. Elle diffère de la cirrhose hypertrophique biliaire ou de Hanot par sa marche beaucoup plus rapide, par l'absence d'hypertrophie de la rate, par la continuité de la fièvre, et par la fréquence de l'ascite. La prolifération conjonctive commence par les veines supra-hépatiques et s'étend rapidement aux trabécules des lobules et après aux rameaux de la veine porte. Il y a destruction cellulaire; et dans quelques cas la prolifération conjonctive est tellement abondante qu'elle obstrue tous les vaisseaux sanguins, produisant ainsi des foyers plus ou moins volumineux de tissus nécrobiotiques qui ont coutume de se ramollir et de former des cavernes pleines d'un liquide crémeux et de couleur toujours blanchâtre.

Discussion. — M. le Dr Crocq (de Bruxelles). — Il faut établir une ligne de séparation très tranchée entre les cirrhoses où l'élément interstitiel est seul en cause et les hépatites qui sont caractérisées par la dégénération des cellules du foie. L'alcool frappe presque uniquement le tissu conjonctif qui, dans une première période de la cirrhose, s'hypertrophie et donne au foie un volume supérieur à la normale, pour se rétracter dans une seconde période et causer ces atrophies bien connues de la cirrhose de Laënnec.

M. le Dr Gilbert (de Paris). — La distinction établie par M. Crocq entre les hépatites et les cirrhoses est un fait bien admis aujourd'hui. Je voudrais insister en ce moment sur la cirrhose alcoolique hypertrophique que M. Crocq paraît ignorer et qui est actuellement bien démontrée au point de vue anatomique et clinique. Ici l'évolution de la maladie est lente. Il ne s'agit pas de poussées congestives, comme on en observe au début de la cirrhose de Laënnec, mais d'une sclérose hypertrophiante, progressive, qui n'aboutit jamais à l'atrophie, et permet une survie fort longue et parfois la guérison, car le parenchyme résiste longtemps; les altérations cellulaires sont fort rares.

M. le Dr Ughetti (de Catane). — On admet généralement que la cirrhose de Laënnec reconnaît pour cause l'alcoolisme; ce n'est pas le seul facteur qu'on doive incriminer; j'ai pu souvent observer des malades offrant, en l'absence de tout antécédent éthylique, les symptômes et les lésions de la cirrhose de Laënnec. Dans 90 0/0 des cas, la malaria devait être seule mise en cause. J'ajouterai enfin que dans quelques cas les foies présentant ces lésions de cirrhose de Laënnec étaient mous et non durs et résistants à la coupe comme c'est le cas dans les scléroses atrophiques.

M. le Dr Chauffard (de Paris). — L'impaludisme détermine souvent des lésions hépatiques, très analogues à celles de la cirrhose alcoolique atrophique. J'ai suivi longtemps une jeune fille ayant pour tout antécédent pathologique des accès de fièvre intermittente et qui a présenté une cirrhose avec ascite, qui d'abord revêtit le type d'une hépatite à poussées congestives, puis prit l'aspect d'une atrophie scléreuse sur le type de Laënnec. Quant aux hépatites flasques, dont parle M. Ughetti, nous en connaissons plusieurs observations; mais elles ne sont pas encore classées.

4. — *Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.* — M. le Dr F. Widal (Voir le n° 37).

De la méthode de séro-diagnostic de la fièvre typhoïde Widal. Autosséro-réactions.

5. — M. le Dr A. Mills (de Bruxelles). — D'après l'auteur, il importe avant tout de connaître la virulence des cultures employées. D'après vingt-huit expériences faites avec des cultures d'âges semblables mais de virulences variables, M. Mills a constamment trouvé que la rapidité avec laquelle l'agglutination se produisait était en raison inverse de la puissance de virulence du bacille d'Eberth employé. L'omission de ce facteur peut entraîner l'expérimentateur à faire fausse route; il sera donc nécessaire désormais de mentionner trois éléments d'appréciation avant de donner le résultat d'une séro-réaction, et ces éléments sont : 1° la dilution du sérum du malade; 2° la durée de la séro-réaction avant son apparition; 3° la virulence de la culture employée.

VI. — *Séance du* 23 *Août* (après-midi).

Sérodiagnostic, pronostic et thérapeutique de la fièvre récurrente.

1. — M. H. Loeventhal (de Moscou). — Le sérodiagnostic pendant l'apyrexie consiste dans l'influence des propriétés spécifiques bactéricides du sang pendant chaque apyrexie de la fièvre à rechute, vis-à-vis des spirilles (Gabritschevsky). J'ai soumis à ce procédé diagnostique 30 cas avec un résultat positif, affirmé par le cours de la maladie; chez 9 malades, atteints

(1) Voir le *Progrès médical* des 28 août, 4 et 11 septembre 1897.
(2) Voir numéro du 4 septembre.

© BIU Santé

d'une autre maladie infectieuse aiguë, le résultat fut négatif. Le sérodiagnostic nous fournit une méthode exacte pour faire le diagnostic, dans le courant de une à deux heures, en se servant de l'étuve des malades présentés à notre observation pendant l'apyrexie. De même, dans des accès abortifs (troisième et quatrième accès), et paroxysmes minimes, *paroxysmi levissimi*, quand le sang contient très peu de spirilles ou lorsqu'il est trop tard pour les chercher. En usant de la sérothérapie, on peut, presque dans la moitié des cas, abréger le cours de la maladie. Le séjour à l'hôpital sera plus court pour les malades, classés dans les récurrents par erreur des données cliniques. — *Le séropronostic.* Le procédé est le même que pour le sérodiagnostic; cette méthode donne un critérium exact pour pronostiquer le cours de la maladie. Selon mes recherches, la durée d'une heure de la réaction le septième jour de la première apyrexie n'a jamais été (58 fois) suivie d'une rechute. — *La sérothérapie.* J'ai inoculé le sérum antispirille à 84 malades au commencement de la première apyrexie; 45 d'entre eux, soit 53.57 0/0, ont été atteints de rechute; quant aux autres 39, soit 45,43 0/0, leur maladie finit par un seul accès. A la même époque, dans les 152 cas qui ne furent pas traité par le sérum, la maladie finit 25 fois, soit 16,45 0/0, comme *febris recurrens sine recursu.*

Discussion.— M. le Dr METSCHNIKOFF (de Paris) fait un rapport sur les recherches de son élève M. BARDACH (d'Odessa), recherches que ce dernier a faites sur les singes. Ce travail montre les oscillations extraordinaires de l'intensité de la force bactéricide du sérum sanguin sur les spirilles dans la fièvre récurrente, oscillations qui se manifestent aussi bien au cours des différents stades fébriles que pendant la convalescence. Il ne s'agit évidemment, dans toutes les recherches faites jusqu'ici sur les animaux pour obtenir des résultats, que des phénomènes qu'on observe sur le sang post-mortem. Par conséquent on ne peut tirer des conclusions sur l'état et les rapports du sang dans l'organisme malade de l'homme, étant donné que ce sang de l'économie humaine malade doit *a priori* se comporter tout autrement que celui des animaux morts.

Les conclusions de M. Metschnikoff ont été suivies d'une longue discussion entre celui-ci et M. le Dr GABRITSCHEWSKY (de Moscou).

Pathogénie de la fièvre typhoïde et les erreurs de la théorie microbienne actuelle.

2. — M. le Dr FRANGULEA (de Roumanie).— La fièvre typhoïde peut, en certaines circonstances, naître spontanément, c'est-à-dire sans que l'intervention du bacille d'Eberth soit nécessaire; le bacille coli commun peut, sous l'influence du surmenage, de l'encombrement, des peines morales, etc., acquérir des qualités typhicogènes et produire la fièvre typhoïde. Ces nouvelles qualités, il peut les conserver et les transmettre aux générations futures tant qu'il se trouvera sur ce nouveau terrain; aussitôt que ce terrain sera changé, le microbe, afin de ne pas périr, cherchera à s'adapter, aussi, à ce nouveau milieu, en changeant de propriétés et même de forme; puis il retournera, grâce à la loi d'atavisme, à sa forme primitive, ou subira d'autres transformations. Du moment donc qu'un germe ne peut conserver, partout et quand même, sa forme et sa qualité native, sa spécificité, admise par l'école Pasteurienne, et surtout une spécificité absolue, reste un non-sens; pour rester dans la voie de la vérité scientifique, on ne peut admettre qu'une spécificité relative, tout à fait passagère, et non une spécificité absolue, comme on le pensait il y a quelques années. En admettant le transformisme et une spécificité relative, tout à fait passagère, on se met d'accord avec toutes les données scientifiques les plus positives, sur la genèse et sur le perfectionnement de tous les êtres organisés; en second lieu, au point de vue pratique, on pourra plus facilement se mettre dans de bonnes conditions pour prévenir la fièvre typhoïde, ou même toute autre maladie contagieuse.

Sur le traitement de la pneumonie par la digitale à haute dose.

3. — M. le Dr RUBEL (de Saint-Pétersbourg). — Depuis que M. Petrescu a indiqué sa méthode de traitement des pneumonies, un grand nombre de médecins se rattachent à ce procédé. M. Rubel a essayé ce traitement; mais il a été obligé de l'abandonner après le septième essai. Il est d'avis que non seulement ce procédé ne repose sur aucune théorie qui puisse l'expliquer, mais qu'au contraire, *a priori*, cette méthode est dépourvue de toute valeur. L'auteur est d'avis que M. Petrescu tire de ses observations personnelles de fausses conclusions. La mortalité de 2,66 0/0 dans 1.192 cas indiquée par lui ne présente pas un grand progrès, étant donné qu'il les a recueillies à l'hôpital militaire où les sujets sont jeunes et robustes, où la mortalité est très faible en général. En somme on ne doit pas se fier à cette méthode.

Discussion. — M. le Dr OPENCHOWSKI (de Charkow).

Plasmodies malariques.

6.—M. le Dr DALAND (de Philadelphie). — L'auteur montre des photographies de préparations microscopiques des plasmodies malariques, surtout de la fièvre tierce dans les différents stades de leur développement. Ces préparations présentent le commencement et les différentes périodes de scission des plasmodies, ainsi que la scission déjà accomplie. On y peut encore voir la formation de vacuoles dans les plasmodies, etc.

VII. — *Séance du 24 août* 1897 (après-midi).

1. — M. le Dr GILBERT (de Paris). — *De la chlorose* (Voir N° 35).

De l'étiologie de la chlorose d'après des observations cliniques.

2. — M. le Dr GOLOUBININE (de Moscou). — La chlorose, comme maladie spéciale, est décrite dans tous les traités dans le chapitre des maladies du sang. Néanmoins, presque aucun auteur ne voudrait se charger de la traiter comme maladie indépendante. Les uns supposent qu'elle provient des lésions primitives du système nerveux, d'autres l'attribuent au système digestif, quelques-uns à l'appareil vaso-cardiaque ou aux organes génitaux. Les explications mentionnées ont le défaut de considérer des symptômes comme causes principales, tandis qu'ils ne sont que les combinaisons du hasard. Nous ne voudrions pas nier les relations de l'altération du sang avec certaines maladies du corps, mais au même degré que l'influence des altérations des différentes fonctions de l'organisme entre elles, mais nous croyons que nos vues sur la maladie en question gagneraient en simplicité et en clarté, si nous mettions la chlorose au même degré d'indépendance que les autres maladies. Nous osons dire que la chlorose devrait être considérée comme provenant de l'insuffisance et de l'irrégularité du système hématopoiétique qui peuvent se manifester comme phénomènes primitifs ou secondaires à la suite d'une maladie quelconque, sans qu'il soit nécessaire que cette dernière soit localisée dans un endroit spécial pour provoquer la chlorose. La maladie joue un rôle du moment qu'elle affaiblit toutes les fonctions vitales, entre autres la formation des éléments du sang. Dans les organismes nés faibles où toutes les fonctions sont ralenties, nous voyons quelquefois les fonctions hématopoiétiques s'en ressentir particulièrement. Les sujets mentionnés offrent un terrain favorable à la chlorose et c'est dans ces cas que la maladie récidive souvent après la guérison. D'autres fois, nous voyons que la fonction hématopoiétique s'affaiblit pour un certain temps durant la période la plus énergique du développement de l'organisme. C'est pourquoi le personnes atteintes de l'affaiblissement de l'hématopoièse, soit héréditaire, soit provenant de différentes causes, sont sujettes pendant ladite période presque inévitablement à la chlorose. Ce sont les femmes surtout qui en sont atteintes le plus souvent. Cela s'explique en ce que la formation du sang est en général moins énergique chez la femme que chez l'homme. Le nombre de globules rouges et la quantité d'hémoglobine sont pour la plupart inférieurs chez la femme. Quant à nous, il nous semble qu'on devrait définir la chlorose en prenant pour signe l'altération du sang, principalement la diminution d'hémoglobine, sans prendre en considération les autres symptômes.

Discussion. — M. le Dr SANSOM (de Londres) attire l'attention sur l'apparition d'une sténose de l'artère pulmonaire dans

© BIU Santé

la chlorose. Il insiste sur la valeur étiologique : 1° du développement corporel incomplet; et 2° de la tuberculose, et recommande le traitement par la gymnastique, traitement qui doit agir surtout sur le développement de la cage thoracique.

M. le Dr Ewald (de Berlin). — Le chimisme stomacal chez les chlorotiques n'est pas modifié d'une façon caractéristique. On observe différents troubles sécrétoires ; mais parfois l'état de l'estomac est absolument normal. La gastroptose, que M. Mesnert a voulu incriminer comme étant la cause principale de ces troubles chlorotiques, ne se présente que dans un tiers des cas à peine. Elle est plutôt la conséquence de la chlorose.

M. le Dr Gerhardt (de Strasbourg) rappelle de nouveau sa théorie de la chlorose, qu'il met en rapport avec les modifications des vaisseaux sanguins. En ce qui concerne la sténose mitrale, qui s'observe assez fréquemment dans la chlorose et qu'on veut considérer comme étant la cause de cette dernière, il est plus que probable qu'elle n'est pas congénitale. Cette sténose doit être considérée comme étant la conséquence d'un rhumatisme articulaire antérieur, qui a passé inaperçu. Cette dernière manière de voir est confirmée par ce fait qu'on trouve au niveau de l'orifice mitral un processus très net d'atrophie et de rétrécissement. C'est donc une sténose acquise de très bonne heure.

De la morphologie du sang leucémique.

3. — M. le Dr Dock (de Ann-Arbor). — Le but de cette communication est d'attirer l'attention sur certaines variations dans la structure des leucocytes dans différents cas de leucémie chronique, surtout sur la dégénérescence granuleuse qui a été pour la première fois bien observée par le Pr Neumann et décrite ensuite par beaucoup d'autres auteurs ; ensuite, d'indiquer les points de similitude et de différence des petits lymphocytes dans les cas pathologiques et dans les cas normaux ; enfin de prouver que ces cellules proviennent de tissus lymphoïdes pathologiques principalement développés dans la moelle des os ; que l'hyperplasie de ce tissu et la disparition de la moelle normale peuvent être mises en rapport avec certaines particularités bien connues, observées dans ces cas, tels que la diminution du nombre des leucocytes à noyaux polymorphes, l'insuffisance du chiffre des cellules éosinophiles et des corpuscules rouges granulés et l'absence des cristaux de Charcot dans le sang et la moelle des os ; d'attirer l'attention sur la présence des formes de dégénérescence des lymphocytes et de montrer l'importance de l'étude de ces formes dans la leucémie.

Sur les modifications de la composition sanguine par suite de l'excitation vasomotrice.

4. — M. le Dr Friedlænder (de Wiesbaden). — Les modifications que le sang des capillaires subit par suite des excitations vasomotrices ou thermiques dépendent, en ce qui concerne les globules rouge et le poids spécifique du sang, de la distance et de la tension des vaisseaux de la peau. L'action prolongée du froid produit non seulement une anémie des parties périphériques; mais aussi une répartition modifiée des globules rouges en faveur des vaisseaux profonds. Quand le froid cesse d'agir la réaction qui a lieu amène non seulement une répartition égale, mais surtout une hyperhémie des parties périphériques et une mobilisation des globules rouges vers ces parties, de sorte que non seulement il y a plus de sang; mais le sang est plus riche en globules. La densité du sérum n'est pas modifiée. L'auteur plaide pour le traitement hyperthermique des maladies typhoïdes et la pneumonie.

Sur un hématimètre.

5. — M. le Dr J. Daland (de Philadelphie) montre un hématimètre qui a subi des modifications importantes et pratiques. On y trouve des tubes capillaires gradués ; devant ces tubes il existe une lentille au moyen de laquelle la hauteur de la colonne formée par les corpuscules sanguins peut être facilement et exactement appréciée. Il donne une description détaillée et précise d'un nouveau procédé au moyen duquel on peut faire une étude complète du sang en trois à quatre minutes. Il rapporte une série d'observations montrant les variations physiologiques et les sources possibles d'erreurs. Il explique aussi la manière de comparer le pourcentage volumétrique obtenu par cette méthode d'examen du sang avec les données fournies par l'examen du sang fait au moyen de l'hémocytomètre de Thoma-Zeiss.

L'examen du sang dans le diabète.

6. — M. le Dr Bremer (de Saint-Louis). — L'auteur prétend que l'examen macroscopique d'une goutte de sang permet d'établir le diagnostic. On étale sur une lame porte-objet une goutte de sang prise à la pulpe d'un doigt; on colore avec une solution à 1 0/0 de rouge du Congo ou de bleu de méthylène et on place la préparation de 6 à 10 minutes dans une étuve à 35°. Les préparations de sang normal apparaissent colorées et non celles du sang diabétique, probablement parce que la matière colorante se combine avec une autre matière contenue dans le sang diabétique. Cet essai donne plus de garantie que l'essai chimique, et permet par exemple d'éviter une erreur de diagnostic lorsqu'il s'agit d'une glycosurie transitoire.

VIII. — *Séance du 24 août* 1897 (après-midi).

Sur le Diabète.

1. — M. le Dr Pavy. — Le diabète consiste en résumé en un vice d'assimilation par l'organisme animal des hydrates de carbone. Comparaison faite entre un sujet bien portant et un diabétique, après l'ingestion de matériaux sucrés, nous voyons qu'à l'état de santé cette dernière ne fait que répondre aux exigences de l'organisme ; chez le diabétique, le sucre est éliminé avec l'urine, ainsi qu'une matière inutile. Les hydrates de carbone doivent nécessairemnet passer sous la forme de sucre par le système vasculaire avant d'être excrétés par l'urine. L'examen de l'urine qui y révèle la présence du sucre indique que le sang en est aussi chargé. Chez un sujet bien portant le mode de nutrition n'exerce aucune influence sur la composition du sang et de l'urine ; mais si, pour une cause quelconque, le sucre apparaît dans la circulation générale, il se trouve sûrement dans l'urine. Le premier point à observer pour prévenir la glycosurie est par conséquent d'empêcher l'apparition du sucre dans la circulation générale. C'est à quoi l'organisme sain arrive par un travail d'assimilation, accompagné de transformation graisseuse et de synthèse en un glycoside albumineux. La forme alimentaire (légère) du diabète est le résultat d'un travail d'assimilation défectueux. Le degré de l'altération varie suivant la gravité du cas. Le traitement doit viser au rétablissement de la force assimilatrice de l'organisme, rétablissement qui s'accomplit proportionnellement à la quantité d'hydrate de carbone pouvant être ingérée sans être suivie d'excrétion du sucre par l'urine. Quand ce résultat est obtenu, l'organisme exige une alimentation sucrée dans la mesure de ce qu'il peut utiliser et si ces velléités ne sont pas satisfaites il commence à péricliter en force et en volume. L'apport des matériaux sucrés doit être nécessairement subordonné au degré de la force d'assimilation, en d'autres termes, ne jamais atteindre la quantité pouvant amener du sucre dans l'urine. Les mauvais effets d'une diète diabétique erronée. Le point principal à observer dans le traitement, c'est de maintenir l'urine exempte de sucre et de tâcher d'équilibrer les dépenses de l'organisme. C'est à la présence anormale du sucre dans le sang, qu'il faut attribuer les symptômes du diabète. Dans la forme grave du diabète qui atteint les sujets jeunes, à côté du sucre provenant d'un défaut d'assimilation des hydrates de carbone de la nourriture, se trouve le sucre produit par la désorganisation des glycosides albumineux du corps.

Discussion. — Ont pris part à la discussion : MM. Gerhardt (de Strasbourg), Bremer (de Saint-Louis) et Hugues (de Londres).

Sur la myofibrose du cœur.

2. — M. le Dr Dehio (de Dorpat). — L'auteur rapporte encore des observations pour ajouter à celles qu'il a déjà communiquées au Congrès de Médecine interne de Munich de 1895 (épreuves photographiques) à ce sujet. La prolifération du tissu conjonctif sclérosé contenant des noyaux rares a lieu, non seu-

© BIU Santé

lement entre les faisceaux musculaires, mais aussi entre les fibres isolées de chaque faisceau, aussi bien dans le cœur des vieillards que dans celui des individus jeunes, dont le cœur a été altéré par les maladies. Ce tissu conjonctif sclérosé se trouve également dans le cœur, hypertrophié à la suite d'atrophie rénale, dans les hypertrophies cardiaques et chez les emphysémateux. Cette prolifération est plus forte dans les oreillettes, car cette partie du cœur résiste le moins à la haute pression intracardiaque. La dégénérescence fibreuse du muscle cardiaque est l'expression anatomique de la faiblesse chronique du cœur.

Sur la possibilité de la contraction non simultanée de deux ventricules du cœur.

3. — M. le Dr Jarotzki (de Saint-Pétersbourg).

Discussion. — M. le Dr Moritz (de Saint-Pétersbourg).

Sur les diverses dissociations des mouvements cardiaques et un essai de classification de ces dissociations.

4. — M. le Dr Openkhowski (de Charkow).

Sur les anévrismes.

5. — M. le Dr Lewaschew (de Kazan).

6. — M. le Dr sir Dyce Duckworth. — *Maladies cérébrales.* (Voir N° 37).

IX. — *Séance du 25 août* 1897 (matin).

1. — M. le Dr Rosenheim. — *Dyspepsie nerveuse* (Voir n° 37).

Discussion. — M. le Dr Ewald (de Berlin). — L'auteur montre la difficulté que présente le diagnostic de la dyspepsie nerveuse. Aux dépens d'une dyspepsie apparente, se développent souvent des affections sérieuses du tube digestif, le plus souvent des tumeurs malignes. Les cas de névroses localisées à l'estomac sont à distinguer de la neurasthénie.

Pratique chirurgicale des maladies de l'estomac.

2. — M. le Dr Ewald (de Berlin). — Les résultats des opérations sur l'estomac se sont constamment accrus. La statistique des cas de guérison durable et par suite de morts est la suivante : pour la gastro-entérostomie 55,5 0/0 de morts ; résection 69,22 0/0 de morts ; gastrotomie 54,5 0/0 de morts. Ces résultats sont évidemment moins favorables que ceux qui ont été publiés par d'autres chirurgiens, notamment par M. Mikulicz ; mais il arrive souvent que le chirurgien considère celui qui a bien supporté l'opération comme définitivement guéri. Pour recourir à l'opération il faut considérer les points suivants : 1° Si la tumeur siège à l'estomac même et n'a pas envahi les organes voisins ; 2° Si la cachexie est avancée. L'auteur conseille de nourrir aussi longtemps que possible par la voie buccale ou rectale les malades atteints de cancer du tube digestif et notamment du pylore, et de ne pratiquer l'opération que quand la diminution du poids du corps est constante.

Sur l'entéroptose.

3. — M. le Dr Obrastrow (de Kiew).

Sur la dyspepsie névropathique et sur les corrélations avec les altérations du rythme du cœur.

4. — M. le Dr Sansom (de Londres). — Dans la tachycardie nerveuse sans complication, toujours les manifestations dyspeptiques font défaut (46 cas). Dans la tachycardie résultant de l'influenza, il n'y a eu que cinq cas de dyspepsie sur 37. Dans la tachycardie de la maladie de Basedow, on rencontre souvent des symptômes de dyspepsie grave. L'arythmie du cœur, sans lésion organique semble, au point de vue étiologique, se rattacher, à la dyspepsie. Dans l'arythmie du cœur résultant de l'influenza, on constate souvent des symptômes, des crises de dyspepsie. La bradycardie, lorsqu'elle est intermittente, est souvent accompagnée de douleurs d'estomac, de vomissements et de symptômes de ce genre.

Vues nouvelles sur les gastrites.

5. — M. le Dr Crocq (de Bruxelles). — Dans tous les cas de dyspepsie, comme Hayem l'a dit, on peut trouver des traces de gastrite. Il faut considérer dans la muqueuse gastrique deux éléments principaux : l'élément papillaire et l'élément glandulaire, dont chacun peut être enflammé isolément ; de là, deux formes de gastrite ou de catarrhe stomacal : la forme papillaire et la forme glandulaire, dont chacune peut être chronique ou aiguë. La gastrite aiguë ordinaire n'est autre que la gastrite aiguë papillaire. A la gastrite glandulaire aiguë, qui ne se manifeste pas par de la douleur et des vomissements, mais par de l'anorexie, un mauvais goût, la langue chargée, se rattachent les affections appelées embarras gastrique fébrile, fièvre catarrhale, fièvre gastrique. A la gastrite chronique papillaire qui se manifeste surtout par des douleurs, se rattache ce qu'on appelle la névrose de l'estomac. La forme glandulaire chronique enfin ne se manifeste que par une sensation de pesanteur et de renvois. Les deux formes peuvent d'ailleurs être combinées.

Séance du 25 Août 1897 (Après-midi).

Le vêtement des femmes et la position de leur estomac.

1. — M. le Dr Bendersky (de Kiew). — Le corset comprime la cage thoracique, le foie, et en partie l'estomac ; mais la compression exercée par les ceintures, les liens des jupons, les pantalons de femme, n'est pas moindre, surtout que ces vêtements sont attachés directement sur le corps et non au-dessus du corset. Les liens pénètrent généralement dans l'espace compris entre l'estomac et le côlon transverse. Il en est tout autrement dans les cas où l'estomac n'occupe pas sa position normale, par exemple dans la gastroptose, etc. ; alors les liens ne peuvent pas se placer sous la grande courbure de l'estomac qui est trop abaissée et viennent par conséquent s'appliquer sur l'estomac même, augmentant ainsi la gastroptose de plus en plus avec tous ses inconvénients. Si donc, sous un lien placé dans cette position vicieuse, on trouve un organe qui peut être l'estomac, c'est qu'il s'agit d'une gastroptose, on peut en dire de même pour les hommes qui portent non des bretelles, mais des ceintures de cuir. Il faut donc conseiller aux femmes de nouer leurs vêtements au-dessus du corset ou de les fixer par des bretelles comme font les hommes.

Sur l'utilisation du massage dans le traitement des maladies internes.

M. le Dr Dolega (de Leipzig). — Après avoir fait un aperçu très court de l'histoire de la médecine et plus spécialement des méthodes physiques employées en thérapeutique, M. Dolega démontre que cette histoire de la médecine nous apprend qu'un grand nombre de procédés et de méthodes qu'on croit récents, ont été déjà employés dans l'art médical il y a quelques siècles ou même quelques dizaines d'années. Les méthodes physiques sont dans ce cas ; mais malheureusement on les a oubliées depuis. C'est avec une lenteur extrême que ces procédés ont repris leur valeur dans la science médicale. La médecine interne s'est montrée très sceptique en ce qui concerne le massage et en particulier la mécanothérapie. Cependant tout une série d'expériences physiologiques et cliniques a démontré ces dernières années que la mécanothérapie peut rendre de réels services dans les maladies internes.

Le traitement des maladies croupales et de celles qui se rattachent au croup par la pilocarpine.

3. — M. le Dr Sziklai (de Kis-Lomba).

Traitement du lumbago par l'électricité statique.

4. — M. le Dr Chatsky (de Moscou).

Endocardite blennorrhagique.

5. — M. le Dr Thayer (de Baltimore). — L'auteur, dans un cas d'endocardite gonococcique, a montré la présence de gonocoques dans le sang ; c'est la première fois qu'on a fait une découverte de ce genre. L'auteur en fait une démonstration microscopique.

Discussion. — M. le Dr Michaelis (de Berlin). — La découverte de Thayer présente un très grand intérêt, en ce qu'elle confirme celles de Leyden et celle que l'auteur lui-même a faite en 1893. Depuis, on a trouvé dans douze cas d'endocardite ulcéreuse gonococcique des diplocoques de forme elliptique

© BIU Santé

Leyden et l'auteur ont fait dans les six dernières années des recherches dans soixante cas analogues et ils ont constamment trouvé les diplocoques. La coloration de ces diplocoques se fait d'après le procédé de Gram, et leur présence détermine le diagnostic. Dans quatre cas d'affections blennorrhagiques articulaires on a trouvé le gonocoque.

Essai de synthèse électrothérapique de la franklinisation et des courants de haute fréquence.

M. le Dr Apostoli (de Paris). — L'auteur arrive aux conclusions suivantes : Aucune méthode spéciale d'électrisation ne peut s'appliquer absolument à tous les cas ; chacune convient à des cas particuliers. Les réactions symptomatiques des différentes méthodes peuvent être utilisées pour le diagnostic de la méthode à employer et du meilleur résultat à obtenir.

Contribution à la symptomatologie des maladies du pancréas.

7. — Mme le Dr Antouchevitsch (de Orlov).

Un cas d'ostéo-artropathie hypertrophique pneumique de Marie.

8. — M. le Dr Steven (de Glasgow). [A. P. S.]

CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE, ÉLECTRICITÉ MÉDICALE, HYPNOLOGIE

BRUXELLES 1897.

Séance du Mardi 2 heures 1/2.

Présidence de M. Tamburini (Italie).

Le traitement chirurgical de l'épilepsie. — Ses indications et ses conséquences.

M. le Pr Winckler (d'Amsterdam). — 1° L'épilepsie réflexe et l'épilepsie toxique peuvent se présenter avec des spasmes unilatéraux ou locaux, tout aussi bien que l'épilepsie traumatique et que celle, due à une autre lésion plus ou moins circonscrite du cerveau. Ce n'est donc pas l'épilepsie corticale seule qui débute avec des convulsions locales ou unilatérales. (Obs. I, II, III et IV.) 2° Toute épilepsie est symptomatique. On ne peut pas séparer une épilepsie symptomatique d'une épilepsie vraie ou idiopathique. Par conséquent il n'existe pas une chirurgie des épilepsies. Il y a celle du cerveau et du crâne. 3° Une épilepsie peut nécessiter l'intervention chirurgicale, dans le cas seulement où la lésion cérébrale dont elle relève permet cette intervention ; c'est-à-dire quand cette lésion est localisable avec assez de certitude, assez accessible et assez circonscrite pour pouvoir l'extirper complètement. 4° Ce que je nomme « état de mal avec spasmes unilatéraux » précédé, accompagné ou suivi de monoplégie ou d'hémiplégie dans le côté convulsionné, indique toujours la résection temporaire à grand lambeau osseux sur la zone motrice opposée. (Voir les Obs. V, VI, VII et VIII.) 5° Un spasme tonico-clonique très restreint, agissant comme symptôme initial (signal) des convulsions unilatérales ou généralisées, ou constituant seul l'attaque, sans ou avec perte de conscience, indique une intervention chirurgicale en cas de traumatisme visible du crâne, pourvu qu'il y ait concordance topographique entre le reste visible du traumatisme et le centre qui est présumé être le point de départ du symptôme signal. (Obs. XII.) 6° En cas de discordance topographique entre la cicatrice extérieure et le centre moteur déchargé présumé, ou quand le traumatisme extérieur fait défaut, l'aura précédant le symptôme signal moteur, acquiert, s'il existe, une valeur extrême. 7° L'aura sensorielle d'un membre, dans lequel le symptôme signal moteur commence (accompagnée souvent d'une paralysie du sens musculaire) fait présumer une lésion déchargeante située dans le lobe pariétal, postérieur à la zone motrice. (Ob. XI, XIII, XIV, XV, XVIII.) 8° L'aura visuelle (souvent liée à la précédente), précédant le symptôme signal moteur (dans ce cas la rotation des yeux et de la tête vers le côté opposé) et accompagnée souvent d'une hémianopsie incomplète homonyme de la partie inférieure des champs visuels croisés, fait présumer une lésion déchargeante dans la circonvolution angulaire ou dans le cunéus. (Obs. XI et XIV.) 9° L'aura des réminiscences (intellectual aura) liée souvent à l'aura épigastrique ou olfactive, et accompagnée parfois de l'objectivation de la réminiscence déchargée, précédant le symptôme signal moteur, fait présumer une lésion déchargeante du lobe frontal, surtout du droit. (Obs. XVI et XVII.) 10° Les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale dans les épilepsies sont satisfaisantes, lorsqu'une lésion vraiment saisissable a pu être complètement éloignée. L'extirpation d'un centre qui ne montre aucune lésion à l'œil nu, n'est pas permise, sauf dans le cas où on a pu démontrer que ce centre joue le rôle d'une lésion déchargeante. A présent, le seul moyen de faire cette démonstration consiste à reproduire par l'excitation faradique de ce centre une attaque absolument semblable aux attaques spontanées. (Obs. XVIII.) 11° La chirurgie cérébrale jouera un rôle très grand dans le futur, lorsque la physiologie de l'écorce sera plus connue.

Discussion. — M. Aufredi. — Le rapport de M. Winckler confirme la doctrine que j'aurai l'honneur de soutenir dans ma prochaine communication. Je suis heureux de cette rencontre.

M. Foveau de Courmelles. — Je regrette que l'orateur n'ait pas cité les travaux du Pr Lannelongue, relatifs à cette question.

M. Tamburini. — Les lésions trouvées chez les malades qui font l'objet de la septième conclusion ne prouvent pas que les circonvolutions ne soient pas aussi des centres de sensibilité.

M. J. Voisin. — J'ai décrit une forme d'épilepsie par auto-intoxication, l'attaque étant précédée par des troubles gastriques et l'état de mal peut persister pendant quarante jours, avec état comateux et paralysie. Mais cette dernière, ordinairement, ne reste pas localisée, elle peut passer d'un côté à l'autre et varier même du soir au matin. Il n'y a là qu'un trouble fonctionnel ou circulatoire sans lésion du cerveau et l'intervention chirurgicale ne me paraît pas indiquée.

M. Antonelli. — Le scotome et les étincelles constituent en effet un bon signe de lésion localisée dans l'épilepsie partielle ; mais, est-ce un signe suffisant pour opérer ?

M. Winckler. — Le scotome et les étincelles sont un bon signe pour le chirurgien. J'ai vu, comme M. J. Voisin, des malades présentant l'état qu'il a décrit ; beaucoup sont morts et j'ai pu constater sur l'encéphale une teinte hortensia foncé. Il faut donc les opérer, quand même de peur de les perdre en attendant trop longtemps. Il peut y avoir là, comme l'a démontré Sheglius Jackson, une aura épigastrique. Il faut cependant agir avec beaucoup de prudence. Je ne puis fournir à M. Tamburini la preuve positive ou négative de la propriété sensitive des cellules corticales. Je donne seulement les observations telles qu'elles se sont présentées à moi. Je connais les travaux du Pr Lannelongue ; mais j'estime qu'un rapport d'ensemble ne doit pas être un exposé bibliographique.

M. J. Voisin. — Chez les malades dont je parle, il n'y a pas aura épigastrique, mais une véritable auto-intoxication caractérisée par l'hypotoxicité urinaire qui précède l'état de mal et dure autant que lui. Il faut donc faire avec attention le diagnostic entre l'aura épileptique épigastrique et cet état. C'est l'examen de la toxicité urinaire qui peut seul trancher la question.

M. Winckler. — Lorsqu'il y a intoxication générale, je l'ai dit dans mon rapport, il ne faut pas, en général, intervenir. Cependant, quelquefois, l'intoxication générale détermine une lésion cérébrale partielle et alors, quand il y a danger, mieux vaut opérer ; d'ailleurs la trépanation suffit à décomprimer le cerveau. En n'opérant pas, j'ai perdu beaucoup de ces malades, tandis que j'en ai sauvé davantage en opérant.

M. Van Geruchten. — M. le Dr Sano (d'Anvers) ne croit pas qu'on puisse comparer les expériences faites sur les animaux avec ce qui se passe chez l'homme. Deux cas, le premier : pachyméningite cervicale avec compression de la moelle ayant déterminé des phénomènes de chromatolyse dans la moelle lombaire ; le second, mal de Pott cervical, moelle comprimée, cylindraxes intacts, cependant chromatolyse dans la moelle lombaire. Donc, dans la compression de la moelle cervicale, on peut observer la suppression des réflexes prouvant que la moelle manque, l'excisant supérieur et qui vient à l'appui de l'opinion du rapporteur.

© BIU Santé

M. le Dr Onimus. — Dans toutes les paralysies, les extenseurs sont toujours plus frappés ou premiers frappés, qu'il y ait affection générale ou locale. La contracture est une conséquence de la souffrance du muscle, à condition que le nerf lésé reste en communication avec les centres cérébro-spinaux.

M. le Dr Gilles (de Marseille). — L'électro-diagnostic peut donner des renseignements, car il y a exagération de la contractilité faradique, quelle que soit l'origine de la contracture.

(*A suivre*). [A. P. S.]

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 septembre 1897. — Présidence de M. Caventou.

La cirrhose des buveurs.

M. Lancereaux a depuis longtemps montré que l'abus du vin rouge était la principale cause de la cirrhose dite alcoolique. L'alcool est un facteur étiologique beaucoup moins important. Dans les pays à cidre la cirrhose est rare ; elle est fréquente à Paris et dans les pays vignobles. Dans 210 observations personnelles, M. Lancereaux a toujours observé les excès de vin, soit seuls (68 cas), soit associés aux excès de liqueur, de cidre, de bière.

L'élément nocif du vin rouge est, comme le montre l'expérimentation, non l'alcool, mais le sulfate de potasse. Le sulfate de potasse existe aussi dans la bière : ce qui explique la fréquence de la cirrhose en Allemagne.

Ce fait est important au point de vue hygiénique. Le plâtrage des vins, qui augmente beaucoup la quantité de sulfate de potasse, devrait être absolument interdit.

Lavage de l'intestin par la voie rectale.

Dans quatre cas d'entérites infectieuses, M. Clozier (de Beauvais) a employé avec succès les grands lavages de l'intestin, faits matin et soir. On injectait à chaque séance, en deux ou trois fois, trois ou quatre litres d'eau salée ou salolée.

Séance du 14 septembre.

Le danger des opérations dans le goitre exophtalmique.

M. Poncet (de Lyon), contrairement à l'opinion de M. Péan, regarde la thyroïdectomie comme offrant une gravité spéciale chez les sujets atteints de goitre exophtalmique. Des morts presque subites, mal expliquées, ont été observées. Elles semblent dues, soit aux troubles de l'innervation cardiaque, soit à une autointoxication (toxémie thyroïdienne). La sympathectomie, au moins d'après les faits observés jusqu'ici, semble plus régulièrement inoffensive. Les premiers succès obtenus par M. Jaboulay se sont d'ailleurs maintenus et ont même été en s'accentuant comme amélioration. Au point de vue thérapeutique, voici donc la ligne de conduite qui semble actuellement à adopter. « Dans tous les cas de maladie de Basedow vraie, essayer d'abord des médications internes ; poursuivre leur emploi, même si l'amélioration est lente, chez les sujets qui peuvent faire les sacrifices de toute nature imposés par ce traitement. Chez les malades de la classe pauvre, obligés de compter les jours, chez ceux qui vont rapidement à la cachexie ou qui présentent une récidive après une amélioration momentanée par le traitement médical, conseiller l'opération aussitôt que les troubles fonctionnels deviennent gênants pour les actes de la vie courante, avant que l'état général soit trop altéré, mais en prévenant le sujet et son entourage qu'il y a des risques à courir. Si la tumeur est de volume moyen, l'enlever par l'énucléation massive ou par la thyroïdectomie partielle. Si elle est plus grosse et très vasculaire, donner la préférence à l'exothyropexie, malgré les chances d'insuccès peut-être plus nombreuses. On sera toujours à temps de recourir à l'excision secondaire du goitre lorsque la thrombose partielle de ses vaisseaux par l'exposition à l'air aura diminé les difficultés opératoires et les chances d'intoxication. » Pour ces derniers cas de tumeur charnue volumineuse, pour les cas de maladie de Basedow sans goitre ou avec un goitre de très petit volume et avec des troubles vaso-moteurs très accentués, pour les cas enfin où le malade, averti des dangers qu'il court après une intervention thyroïdienne, s'y refuserait, discuter la sympathectomie.

Le charbon d'origine industrielle.

M. Le Roy des Barres, chez les ouvriers en crins et mégissiers de Saint-Denis, a observé en quelques années 72 cas de pustule maligne siégeant 67 fois au pourtour des lèvres, quatre fois aux paupières, une fois à la verge. Le diagnostic a été vérifié par l'examen microscopique de la sérosité et, au besoin, par l'inoculation au cobaye. Le traitement appliqué a été les cautérisations locales au thermocautère, les injections d'eau iodée au pourtour de la pustule, l'absorption d'eau oxygénée, les inhalations d'oxygène. Ce traitement sauve le malade dans la presque totalité des cas, à condition qu'il soit appliqué d'une façon précoce. Sur 72 malades, j'ai obtenu 62 guérisons, soit une mortalité de 14 0/0. La seule prophylaxie possible paraît être, d'une part, l'extension de la méthode pastorienne dans les troupeaux, d'autre part, une surveillance rigoureuse exercée dans les ateliers pour découvrir les pustules malignes dès le jour même où elles se produisent, puisque quand elles sont traitées dès le premier jour, la guérison est pour ainsi dire constamment la règle.

Des localisations cérébrales.

M. Ferrand montre la complexité d'action des localisations cérébrales. A mesure que l'espèce se perfectionne, la différenciation des organes va, en effet, en s'accentuant. Cette complexité apparaît bien si l'on distingue soigneusement dans les expériences les faits de mouvements simples qui peuvent être d'origine réflexe et les faits de mouvements associés complexes d'origine vraiment corticale. La même différence existe pour les centres sensoriels. Un chien, privé de ses centres corticaux visuels par Munck, voyait, mais ne comprenait pas ; par exemple, il ne fuyait pas devant le fouet, voyait sa soupe, mais n'osait la manger. L'étude de la vision montre que l'association du rôle des ganglions corticaux d'abord, puis de celui des circonvolutions occipitales, est nécessaire pour parfaire l'acte complet de la vision avec toute sa complexité.

Purification de l'eau de boisson des soldats.

M. Lapeyre applique le système de purification de l'eau au bidon du soldat. Une poudre formée d'un mélange de permanganate de potasse, de chaux vive et d'alun, est mêlée à l'eau, et celle-ci est, de plus, filtrée à travers un filtre en tissu de laine ajouté au bouchon du bidon.

A.-F. Plicque.

CORRESPONDANCE

Congrès de Neurologie, Psychiatrie, Électricité médicale et Hypnologie de Bruxelles.

Séance d'Ouverture (1).

Mon cher Rédacteur en chef,

La séance d'ouverture du Congrès a eu lieu mardi matin 14, à dix heures et demie, dans la grande salle du Palais des Académies, magnifiquement décorée pour la circonstance. M. Schollaert, Ministre de l'Intérieur et de l'Instruction publique, Président d'honneur, occupait le fauteuil présidentiel, ayant à sa droite M. Verziest, président ; à sa gauche, M. Crocq père ; sur l'estrade les Prs Eulenburg (Berlin), Lié-

(1) Voici le programme officiel de la séance d'ouverture : Palais des Académies, 14 septembre 1897 à 10 h. 1/2 du matin : Discours de M. Schollaert, président d'honneur, Ministre de l'Intérieur et de l'Instruction publique. Discours de M. le Pr Verriest, président. Allocution de M. le Dr Crocq fils, président du Comité international d'organisation. — A 2 h. 1/2 du soir : Rapport de M. le Pr Winkler (d'Amsterdam). Rapport de M. le Pr Eulenburg (de Berlin). — A 9 heures du soir. Réception chez M. Schollaert, Ministre de l'Intérieur et de l'Instruction publique.

© BIU Santé

geois (Nancy), Mendelsohn (Saint-Pétersbourg), Milne-Braumwell (Londres), Winckler (Amsterdam), Crocq fils, secrétaire-général du Congrès. M. SCHOLLAERT, en ouvrant la séance, a montré l'intérêt qui s'attachera à ces Congrès internationaux de Neurologie dont celui de Bruxelles inaugure la série. Le nombre et la qualité des membres présents en sont un sûr garant. Aussi le Ministre est-il heureux de remercier au nom de son Gouvernement ceux qui ont bien voulu se faire représenter par des délégués spéciaux, ainsi que les membres présents et M. le Dr Crocq fils qui n'a ménagé ni son talent, ni sa peine pour obtenir le brillant résultat d'aujourd'hui.

M. VERRIEST montre que la neurologie est une science nouvelle qui a marché à pas de géant. Elle n'existait pas il y a 30 ans; et la pathologie nerveuse tenait peu de place dans le livre classique de Grisolle. Sous l'influence de Broca, de Duchenne (de Boulogne), etc., le progrès a commencé, pour arriver aujourd'hui aux œuvres si complètes des Déjerine, des Raymond, des Brissaud. L'hypnotisme était à peine connu avant les premiers travaux de Liebault et de Liégeois. Aujourd'hui la neurologie a envahi la psychologie, qui a aussi ses laboratoires. Le XIXe siècle a vu de grands progrès depuis qu'on a su que la matière inorganique était soumise à des lois inébranlables, déterminées par la pesanteur, le nombre, la mesure. Depuis qu'on a commencé à appliquer les mêmes systèmes de recherches à la matière organique, on a vu le rôle de la spontanéité diminuer de plus en plus et on s'est aperçu que l'agrégat vivant peut emmaganiser des forces vives qu'il transforme suivant la loi fondamentale de la conservation et de la transformation des autres forces. Il faut s'appliquer à ramener les phénomènes biologiques à des lois simples. Certes, la nature intime des phénomènes nous échappera toujours; mais ce n'est pas un obstacle aux progrès de l'étude des diverses manifestations de l'activité de ces forces.

Il faut que ces découvertes soient utiles; mais il ne faut pas cependant se cantonner à l'utilitarisme immédiat. Quand Galvani fit sa découverte, il ne prévoyait pas le télégraphe et le téléphone. L'étude des taches du soleil, qui semble une simple curiosité scientifique, a mené à la prévision des tempêtes; l'étude des générations spontanées a donné naissance à l'antisepsie; celle de l'immunité, à la sérothérapie si riche déjà en beaux résultats. Il faut avoir confiance dans la marche de la science; plus nous nous rapprocherons de la nature, mieux nous comprendrons la genèse des maladies et plus facilement nous trouverons les moyens de les combattre. Puisse ce Congrès laisser une trace durable. Il y a trois ans, eut lieu, à Bruxelles, le premier Congrès international de Médecine. On a vu le chemin qu'ils ont parcouru. C'est pourquoi l'orateur adresse un salut chaleureux aux membres présents, surtout aux étrangers qui n'ont pas craint de se déranger pour venir contribuer, par leurs travaux, aux succès du Congrès. Il remercie le Ministre de sa bienveillance à favoriser les efforts de tous, et félicite le Dr Crocq fils du résultat obtenu.

M. le Dr CROCQ fils prend à son tour la parole. Le succès du Congrès international de Neurologie, Psychiatrie, Électricité médicale et Hypnologie est dès aujourd'hui assuré; le résultat obtenu dépasse ses espérances et il est heureux d'avoir réussi. La création d'un Congrès international s'imposait, car les réunions nationales ne donnent pas les mêmes résultats. A son tour, il refait l'historique des progrès accomplis par ces diverses branches et il est le premier, je suis heureux de le constater, à citer le nom de Charcot, et encore seulement à propos de l'hypnotisme. Comme si ses études anatomo-cliniques sur les maladies des centres nerveux n'avaient été pour rien dans les progrès de la neurologie! On paraît cependant les ignorer à Bruxelles. Il est vrai qu'il n'existait pas alors d'Institut de Bibliographie médicale, dont la Belgique semble jalouse! Mais je clos cette parenthèse et me hâte de reprendre mon rôle de reporter. Cet aperçu des progrès réalisés en neurologie dans ces dernières années explique pourquoi son étude est si attrayante. Il croit que les distinctions entre neurologues psychiatres et électrothérapeutes et psychothérapeutes sont peu nettes et plutôt artificielles que pratiques, car la ligne de démarcation entre le champ du neurologiste et du psychiatre n'est pas nette et les uns et les autres ne peuvent ignorer les ressources que leur offrent l'électricité et l'hypnose. D'où la création des quatre sections du Congrès actuel. A cela je n'ai qu'un mot à ajouter : c'est qu'en ce qui concerne l'électrothérapie, son rôle dans la pathologie nerveuse n'est qu'un de ceux qu'elle peut et doit jouer et peut-être le moins étendu. L'hydrothérapie et la climatothérapie devraient avoir dans un congrès de neurologie une place analogue.

Veuillez agréer, mon cher Rédacteur en chef, l'assurance, etc.

Dr L.-R. REGNIER.

ASSISTANCE PUBLIQUE

L'Asile d'Aliénés de Trieste (Italie).

Première Prime accordée à MM. Morin-Goustiaux et Le Cardonel, architectes à Paris.

Le concours international de Trieste avait pour but la création, dans cette localité, d'un asile destiné à recevoir 570 aliénés des deux sexes.

Le but que nous nous proposons ici est de décrire aussi brièvement que possible le plan de MM. Morin-Goustiaux et Le Cardonel, nos compatriotes, qui ont obtenu la première prime : les deux autres distribuées, l'une à M. Peveling de Eberwalde, de Berlin; l'autre à MM. Canetti, de Vercelli, Mazorana et Braidatti, de Trieste, en collaboration.

Disons de suite que la configuration elle-même du terrain constituait une première difficulté pour la confection du plan; en effet, il présentait sur sa diagonale une différence de niveau de 80 mètres. Hâtons-nous d'ajouter que cette difficulté, ou mieux cette complication est en même temps une des qualités primordiales du terrain, car de tous les points de cet amphithéâtre on domine la ville, et la vue, au delà, se perd dans l'immensité de l'Adriatique. Ce terrain, entouré de routes que le programme recommande de respecter, affecte d'autre part une forme assez irrégulière, dont cependant il a fallu s'accommoder.

Le parti adopté dans ce concours est celui des pavillons isolés. Pour allier les difficultés du terrain avec les nécessités du service, de l'orientation et de l'hygiène, le plan général de MM. Morin-Goustiaux et Le Cardonel consiste à grouper les constructions entre les branches d'un X, formé par de superbes avenues plantées d'arbres, et dont le point de rencontre des deux jambages est occupé par les services généraux, établis sur une plateforme créée à cet effet.

Les pavillons des malades furent alors placés à droite et à gauche et rangés perpendiculairement à un axe vertical qui couperait l'X en deux parties égales, et dont la direction est celle des vents « Bora ». Tous ces pavillons construits à la même distance des deux branches s'étagèrent, tout en chevauchant et en suivant dans leur disposition la forme de cette même lettre alphabétique.

La grande innovation de cet asile, celle qui certainement a dû séduire le jury, fut la création de salles de jour, première application à l'étranger du système si heureusement appliqué par un des auteurs du projet de Trieste, M. Morin-Goustiaux, dans le cinquième asile de la Seine, dit de la Maison-Blanche, qu'il construit en ce moment. Cette expression nouvelle de « salle de jour », à première vue ne dit peut-être pas grand'chose, mais cependant, en y réfléchissant, elle dépeint mieux que « salle de réunion » le but qu'on a cherché à atteindre. En effet toute pièce peut servir de salle de réunion; mais dans ce plan on a voulu que le malade eût constamment devant les yeux un panorama intéressant. Ce résultat fut obtenu par cette disposition spéciale des pavillons, disposition telle, qu'aucune des salles de jours n'eut son horizon limité.

En avant du pavillon d'administration, situé entre les deux jambages inférieurs de l'X, se trouve une grande esplanade à laquelle aboutissent toutes les pentes. De chaque côté de cette esplanade et aux deux extrémités, sont situés les pavillons d'isolement. Dans la partie droite du terrain, indépendante du restant de l'asile, se trouvent les pavillons, également isolés les uns des autres, destinés à recevoir les malades payants. En arrière du pavillon d'administration est placée la chapelle. De l'autre côté de la route et à gauche de l'entrée de l'asile, un grand espace de terrain a été réservé dans le but d'y ins-

© BIU Santé

taller une colonie agricole pour les malades capables de travailler à la terre.

Il est probable que la forme irrégulière du terrain avait motivé la condition du programme qui imposait un plan entier symétrique ; comme on l'a vu par ce qui précède, nos auteurs ont cru pouvoir s'affranchir de cette obligation, convaincus, qu'au contraire, dans un plan symétrique, la facilité du service y gagnerait singulièrement, cette symétrie même a dû être un élément de succès pour eux, étant donnée la difficulté vaincue.

Maintenant que d'une façon générale nous avons à grands traits tracé les lignes importantes de ce plan, nous n'ajouterons que quelques détails destinés surtout à montrer quel sentiment (toujours le même) a guidé nos deux compatriotes dans la création de leur œuvre. Les préaux sont disposés de telle sorte que les malades auront toujours la vue égayée par la campagne d'un côté, la ville qui s'étage au-dessous d'eux d'un autre, puis enfin la mer, toujours pareille et cependant toujours si diverse. Répétons enfin pour terminer cette courte notice que l'orientation des constructions les met à l'abri du Bora, vent qui souffle de façon si violente sur cette côte.

Sans être plus chauvin qu'il ne convient et abstraction faite du plaisir qu'ont dû ressentir les deux auteurs du projet que nous venons de décrire, à l'annonce de la suprême récompense qui leur était distribuée, c'est avec plaisir, — nous pourrions dire avec fierté, — que nous voyons, dans les concours internationaux, l'école d'architecture française triompher partout. Après les concours du Caire, de San-Francisco, de Bukarest et de tant d'autres villes, nous sommes heureux d'ajouter cet autre succès à la collection déjà si nombreuse de tous ces vaillants et talentueux architectes.

VARIA

Les incidents du Congrès de Moscou.

« A Moscou, dit l'*Éclair*, le rôle des Congressistes français n'a pas été aussi brillant qu'il aurait pu l'être. L'organisation a quelque peu manqué chez nous. Notre comité aurait dû prendre exemple sur les Allemands et les Autrichiens. Mais il n'y pas, dans le corps médical français, l'union qui existe chez nos confrères étrangers ; la querelle entre les médecins officiels et les autres nous avait suivis à Moscou. C'est ainsi que les médecins français ayant eu la louable pensée d'envoyer une délégation saluer à Saint-Pétersbourg le président de la République, on n'a pu se mettre d'accord pour le choix des onze délégués. On s'en est rapporté au sort : ce qui n'a pas satisfait tout le monde, puisqu'on a pu entendre l'un d'eux protester contre une manière d'agir qui, disait-il, peut faire désigner « des gens à qui on ne serrerait pas la main ». Les incidents ont été si vifs qu'il a failli y avoir des duels. Les autres pays nous donnaient des leçons d'union que nous n'avons pas suivies. Il fallait voir comment les Allemands entouraient leur Virchow de vénération, comment ils l'acclamaient sans cesse, et avec quelle chaleur, avec quelle unanimité! Pour que les leçons nous profitent, il faudrait que disparaissent les raisons qui coupent en deux le corps médical français. »

On nous permettra de faire remarquer que le *Comité français* a fait plus que le nécessaire. Si le Secrétaire général n'a pas été à Moscou, il est probable que cela n'a pas tenu seulement à ce qu'il n'a pas reçu de carte d'invitation, carte qu'il attend encore ; dans le bulletin de ce numéro, il a donné d'ailleurs les raisons de son abstention.

Un écho du Congrès de Moscou : La Maison des Enfants-Trouvés.

Le correspondant de la *Gazette de Francfort*, délégué au Congrès de Moscou, envoie à son journal un article qui montre les institutions russes sous un jour de nature à intéresser les médecins de notre pays.

La Maison des Enfants-Trouvés (*Vospibatelny Dom*) se compose d'un ensemble de constructions hébergeant environ 7.000 personnes. Fondée par Catherine II en 1764, elle possède aujourd'hui, grâce à des donations, des subventions et des prélèvements faits sur différents impôts, tel que l'impôt sur les cartes à jouer, un capital s'élevant à plusieurs millions de roubles, qui lui permet de dépenser annuellement plus d'un million et demi de roubles. Dans cette Maison des Enfants-Trouvés, on accueille journellement une moyenne de 40 enfants, par an 15.000 enfants. On y accueille : les enfants illégitimes privés de leur mère ; les enfants abandonnés, trouvés ; les enfants illégitimes dont les père et mère ne sont pas en état de les élever ; les enfants légitimes dont les mères sont malades et les pères incapables de travailler. A leur entrée, les enfants reçoivent un numéro qu'ils portent à un ruban entourant le cou et dont les parents ou correspondants reçoivent un double.

Au bout d'un jour d'observation médicale, le nouvel arrivé est mesuré, pesé, etc., et versé dans une des divisions de l'établissement. A partir de ce jour, il devient un enfant de l'Etat. Dans le cas où la mère de l'enfant désire rester dans l'établissement, elle est nourrie gratuitement et reçoit par mois 7 roubles et demi de salaire. Sinon, l'enfant est remis à une nourrice et, telles sont les précautions prises, que presque chaque enfant a sa propre nourrice. Au moment où j'ai visité l'établissement, il y avait 900 nourrices et près de 1.400 enfants. Les nourrices qui ont deux enfants à soigner reçoivent une nourriture spéciale et touchent un salaire supérieur.

La plus grande propreté règne dans les salles ; les nourrices sont uniformément et proprement habillées ; chaque enfant a son berceau ; les enfants malades sont soignés dans une division spéciale ; 26 médecins sont attachés à la maison ; les nourrissons faibles ou nés avant terme sont soignés dans des couveuses ou des chauffoirs ; en un mot, les enfants des pauvres, les petits abandonnés, sans patrie et sans mère, sont soignés ici dans des conditions que nous souhaitons depuis longtemps voir adopter dans nos hospices d'enfants et nos refuges de nourrissons en Allemagne.

. . . . . .

Après trois ou quatre mois de soins, ces enfants sont envoyés à la campagne. Sept gouvernements, comprenant 22 districts, subdivisés en 41 arrondissements, reçoivent les pupilles : environ 700 par arrondissement. Le 1er janvier 1897 il y avait 28.982 enfants dans les 22 districts. Là ils sont élevés aux frais de l'Etat, à moins que les parents ne les réclament ; ils doivent fréquenter les écoles : aux plus doués on facilite les études supérieures, même l'entrée à l'École des beaux arts. Depuis 1764 jusqu'à 1864, on a élevé ainsi *quatre cent soixante-huit mille cinq cent soixante* enfants dans cette institution modèle.

FORMULES

XXIII. — Injections sous-cutanées contre les affections rhumatismales (Bozzolo).

R. Salol.	1	gramme.
Chloroforme	1	—
Huile d'amandes stérilisée. . . .	8	—

Deux à quatre seringues de Pravaz par jour. (*Gaz. hebd.*).

XXIV. — Contre le pityriasis versicolor.

Alcoolat de lavande.	120
Sublimé	1
Huile de lavande	4
Savon vert.	80

Cette friction, d'odeur agréable, appliquée sur la peau, sans l'essuyer, fait disparaître rapidement les plaques de pityriasis. On prend un grand bain trois jours après la lotion.

XXV. — Cachets digestifs et stimulants.

Poudre de fèves de Saint-Ignace.	3	centigr.
Pepsine extractive	30	—
Maltine.	10	—
Poudre récente de noix de kola.	20	—

Pour un cachet. Un cachet au milieu du déjeuner et du dîner.

XXVI. — Pâte contre le lupus (M. P. Unna).

Acide salicylique cristallisé. . .	10	grammes.
Créosote.	20	—
Cérat	15	—
Carie blanche.	5	—

Mêlez. — Usage externe. (*Sem. méd.*)

XXVII. — Traitement de la pharyngite sèche.

Acide phénique	4	grammes.
Teinture d'iode.	0 gr. 03	centigr.
— d'aloès	0 — 04	—
— d'opium.	X	gouttes.
Glycérine Q. S. p. f.	30	grammes

D. S.

A prescrire en spray répété plusieurs fois par jour.

© BIU Santé

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.—Du dimanche 29 août au samedi 4 septembre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.157, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 420, illégitimes, 178. Total, 598. — *Sexe féminin* : légitimes, 397, illégitimes, 162. Total, 559.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 29 août au samedi 4 septembre 1897, les décès ont été au nombre de 703, savoir : 391 hommes et 312 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 6 T. 10.—Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 0, T. 3. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 0, F. 2, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 0, F. 0, T. 0. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 92, F. 53, T. 145. — Méningite tuberculeuse : M. 8, F. 12, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 6, T. 13. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 29, T. 43. — Méningite simple : M. 11, F. 10, T. 21. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 12, F. 10, T. 22. — Paralysie, M. 4, F. 2, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 4, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 23, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 0, F. 3, T. 3.— Bronchite chronique : M. 7, F. 8, T. 15 — Broncho-pneumonie : M. 8, F. 8, T. 16. — Pneumonie : M. 9, F. 8, T. 17. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 12, F. 6, T. 18. — Gastro-entérite, biberon : M. 47, F. 31, T. 78 — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 3, T. 7.— Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 4, F. 3, T. 7. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2 T. 3 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 10 F. 8, T. 18 — Sénilité : M. 8, F. 17, T. 25. — Suicides : M. 13, F. 2, T. 15 — Autres morts violentes : M. 15, F. 2, T. 17. — Autres causes de mort : M. 65, F. 41, T. 106. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 3, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 80, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34, illégitimes, 22 Total : 56. — *Sexe féminin* : légitimes, 17, illégitimes, 13 Total : 30.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE DE BRUXELLES. — Par un arrêté en date du 25 août, M. le Dr Chervin est délégué pour représenter M. le Ministre de l'Instruction publique au Congrès international de Neurologie qui se tiendra à Bruxelles du 14 au 19 septembre 1897.

CONGRÈS DES MÉDECINS DE CHEMINS DE FER. — Le dernier Congrès des médecins du P.-L.-M. s'est tenu à Evian-les-Bains.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Les médecins auxiliaires.* — Le Ministre de la guerre vient de décider que les étudiants en médecine, dispensés de l'article 23, qui, par suite de la perte de leurs droits à la dispense ou de leur renonciation au bénéfice de cette disposition de la loi, sont rappelés à l'activité pour accomplir deux années complémentaires de service actif, en qualité de médecins auxiliaires, recevront une indemnité de première mise d'équipement de 350 francs. Les médecins auxiliaires ont, dans la hiérarchie militaire, la même position que les adjudants élèves d'administration des hôpitaux, reçoivent la même solde et se trouvent, comme ces adjudants, dans l'obligation de pourvoir à la dépense d'achat de leur uniforme.

Réserve et armée territoriale. — Un décret en date du 9 août 1897, publié dans le *Journal officiel* du 15 du même mois, porte règlement sur le recrutement et l'avancement des médecins de réserve et de l'armée territoriale.

Nominations. — Sont nommés dans le cadre du corps de santé militaire : Au grade de médecin-major de 1re classe : M. Berthier, médecin-major de 2e classe au 110e d'infanterie, en remplacement de M. Lamps, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; maintenu à son poste actuel. — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Ausset, médecin aide-major de 1re classe hors cadre, en remplacement de M. Berthier, promu ; maintenu dans sa position actuelle ; — Barré, médecin aide-major de 1re classe au 73e d'infanterie, en remplacement de M. Ausset, mis hors cadre ; maintenu à son poste actuel.

Réserve. — Sont nommés au grade de médecin principal de 1re classe : M. Oberlin, médecin principal de 1re classe de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les Drs Fournié, Gorodichze, Chalufour, Donnet, Bourdais, Chenu, Dayot, Gaillardie, Dolbeau, Bergeron, Ouvry, Brodier, Ayasse, Dudouy, Giresse, Hinglais, Gautier, Engelhardt, Bouquet, Bès, Daleine, Delarmoise, Lemasle, Chaumier, Marson, Meslier, Allemand, Apert, Blondel, Hérard, Jacqueau, Grangier, Sautieux, Jourdan, Lahonda, Claude, Marion, Guilleminot, Dujon, Auzias, Cortyl, Enouf, Bibard, Curie, Bossan, Moracchini, de Bourdineau, Cornet, Arrault, Cairel, Trogneux, Bories, Cabanes, Graille, Boudeau, Legendre, Ramond, Orlowski, Sainz, Choyau, Aulès, Bensa, Maffre, Judet de la Combe, Caminade, Marty, Destribats, Bouveyron, Beaudranc, Philbert, Guillemaut, Pechin, Monnet, Baderot, Hernette, Murat, Dreyer, Dufer, Baruk, Dubos, Oberthur, Delaunay, Gros, Veau, Delguel, Dreyfus, Reniez, Patry, Berbineau, Carret, Baudouin, Péronnet.

Armée territoriale. — Sont nommés au grade de médecin-major de 1re classe : M. Burlureaux, médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les Drs Gastinel, Tournier, Klein, Faure, Miller, Boniface, Gellé.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT. — *Promotions.* — Au grade de médecin en chef de 1re classe : M. Clavel. — Au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Canolle.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Promotions.* — Au grade de médecin en chef : M. Balbaud. — Au grade de médecin principal : MM. Raffaëlli, Grand-Mourset, Jabin-Dudognon, Gazeau. — Au grade de médecin de 1re classe : MM. Viancin, Conan, Masurel, Moussoir, Lefèvre.

Liste de départ pour les colonies des officiers du service de santé de la marine du service des troupes : MM. les médecins principaux : 1 Siciliano, 2 Cauvet, 3 Trabaud, 4 Thémoin, 5 Négadelle, 6 P. Alix, 7 Kermorvant, 8 Curet. — MM. les médecins de 1re classe ; 1 Severe, 2 Brochet, 3 Séguin, 4 Arami, 5 Branellec. — MM. les médecins de 2e classe : 1 Lecœur, 2 Carbonel, 3 Brugère, 4 Reboul, 5 Damian, 6 Condé, 7 Liffran, 8 Rigaud, 9 Duranton, 10 Ruelle, 11 Roudié, 12 Parin.

Liste d'embarquement des officiers du service de santé : *Brest.* M. le médecin en chef : 1 Ségard. — MM. les médecins principaux : 1 Gayet, 2 Miquel, 3 Brédiam, 4 Guintran. — MM. les médecins de 1re classe : 1 Hutre, 2 Marchandou, 3 Briend, 4 Keisser, 5 Denis, 6 Lorin, 7 Fallier, 8 Le Franc, 9 Guillarmou, 10 Caraës. — MM. les médecins de 2e classe : 1 Lallemand, 2 Henry, 3 Porquier, 4 Barillet, 5 Béguin, 6 Barret, 7 Grimaud, 8 Avérous, 9 Taburet, 10 Chapuis, 11 Kéraudren, 12 L'Eost. — *Cherbourg.* MM. les médecins de 1re classe : 1 Berriat, 2 Jourdan, 3 Audiat, 4 Retière, 5 Vallot, 6 Berthier, 7 Sadoul. — *Lorient.* MM. les médecins principaux : 1 Ventalon, 2 Alix. — MM. les médecins de 1re classe : 1 Mortreuil, 2 Rousseau, 3 Lacarrière, 4 Kergrohen, 5 Mayolle, 6 Lefebvre. — MM. les médecins de 2e classe : 1 Reygondaud, 2 Gourtier. — *Rochefort.* MM. les médecins en chef : 1 Vincent, 2 Fontorbe.— MM. les médecins principaux : 1 Burot, 2 Brou-Duclaud. — MM. les médecins de 1re classe : 1 Roby, 2 Avrilleaud, 3 Galbruner, 4 Bertrand. — MM. les médecins de 2e classe : 1 Lamort, 2 Massiou, 3 Marcourt, 4 Etourneau, 5 Lasselves.— *Toulon.* MM. les médecins principaux : 1 Maurin, 2 Magnon-Pujo, 3 Riche. — MM. les médecins de 1re classe : 1 Santelli, 2 Touren, 3 Ilbert, 4 Castellan, 5 Grognier, 6 Tréguier, 7 Millou, 8 Féraud, 9 Daliot, 10 Durand, 11 Bourit, 12 Audibert, 13 Arène, 14 Long, 15 Bohéas, 16 A. Castellan. — MM. les médecins de 2e classe : 1 Frézouls, 2 Aldebert, 3 Hernandez, 4 Giraud, 5 Rey.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé *Officier de la Légion d'honneur* : M. le Dr Vaillant (médecin de réserve de la marine). — Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'honneur* : MM. les Drs Chiron (de Chambéry) ; Dupont (de la Roche-sur-Foron) ; Fernand Lavergne (de Biarritz) ; Boucher, médecin-major de 1re classe au 15e régiment d'artillerie ; Delamare, médecin-major de 1re classe au 17e régiment d'artillerie.

Est nommé *Officier du Mérite agricole* : M. le Dr Longy (d'Eygurande).

RÉCOMPENSES. — Une *médaille d'argent* de deuxième classe a été décernée à M. Reverdy (médecin auxiliaire de l'armée active), pour acte de courage et de dévouement. — Le Ministre de la Marine a accordé un *témoignage officiel de satisfaction* à M. le Dr James Warde, pour acte de courage et de dévouement.

LES RESSOURCES DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS.— Le secrétaire général de l'Assistance publique a déclaré, l'autre jour, à la séance tenue en comité du budget, par le Conseil municipal, que les bureaux de bienfaisance des vingt arrondissements de Paris avaient des excédents de recettes dépassant 800.000 francs.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr Vergniaud est nommé médecin du grand lycée de Brest. — M. le Dr Carade est nommé médecin du petit lycée de Brest.

LA SITUATION SANITAIRE EN CRÈTE. — Les troupes européennes du corps d'occupation de la Crète sont très éprouvées par le climat, depuis la fin de l'été. Il y a des fièvres un peu partout. La garnison la plus entamée est celle de Candie, où les troupes anglaises ont perdu quatre officiers et plusieurs hommes, de la fièvre typhoïde. Notre 8e bataillon d'infanterie de marine de

© BIU Santé

Sitia est fortement atteint de paludisme et de dysenterie. Une de ses compagnies a été transportée près de la Canée, dans une huilerie française, au bord de la mer et au bon air. Il est probable qu'une partie du bataillon la rejoindra ici ou sera envoyée ailleurs, car Sitia, aujourd'hui paisible, ne vaut pas une aussi nombreuse occupation. Les highlanders de la Canée ont dû aussi être transférés à Halepa, où nous avons une compagnie du 4e d'infanterie de marine et une ambulance dans des conditions excellentes. Halepa devient le sanatorium du corps d'occupation. Le colonel Famin, très soucieux de la santé de ses hommes, y fait stationner successivement nos compagnies, pendant quelques semaines, pour se refaire. (*Revue méd.*)

FIÈVRE TYPHOÏDE. — *L'épidémie du 3e chasseurs.* — L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit actuellement sur le 3e bataillon de chasseurs à pied, en garnison à Saint-Dié, a fait de trop nombreuses victimes. Sur soixante-six soldats soignés à l'hôpital, neuf ont succombé à la maladie. Le bataillon est parti pour les grandes manœuvres samedi il y a 8 jours et déjà 6 chasseurs, ramenés en toute hâte, sont venus grossir le nombre des malades à l'hôpital. Trois autres soldats, dont l'état n'a pas permis le transport, sont restés à Provencinères. — Mais une grande amélioration s'est produite à St-Dié, ces jours derniers, dans l'état des malades de la garnison. L'état de trois d'entre eux seulement inspire des inquiétudes. Aucun nouveau cas ne s'est déclaré depuis le 8 septembre. M. le Dr Dujardin-Beaumetz a visité samedi et dimanche derniers l'hôpital et les baraquements et a approuvé toutes les mesures prises. Il s'est montré satisfait des soins donnés aux malades.

La cause de l'épidémie de fièvre typhoïde est établie ; on a découvert sous le plancher d'une chambrée un amas de détritus de viande et de restes de gamelles déposés là par des soldats. C'est de ce foyer d'infection que sont partis les germes de la maladie. L'explication par l'absorption de mauvaise eau aux environs de Biffontaine pendant une marche ne saurait être admise, puisque les premiers cas se sont produits avant le départ du bataillon pour cette localité. Il est inexact aussi que depuis le commencement des grandes manœuvres on ait dû ramener à Saint-Dié plusieurs malades ; il n'est revenu que quelques éclopés. Il n'y a pas eu de nouveaux décès depuis ; le nombre des décès reste à six. Deux malades ont été guéris ; ils ont quitté l'hôpital le 9.

LE CHOLÉRA DANS LES INDES. — De Saint-Pétersbourg, le 9 septembre, le *Messager du Gouvernement* a annoncé que, d'après les rapports officiels reçus par le département des affaires médicales, des cas de choléra asiatique se sont produits à Bombay au mois de juillet, et que cette maladie a pris rapidement un caractère épidémique. Pendant la semaine allant du 28 juillet au 3 août, 220 personnes sont mortes du choléra à Bombay. Le 16 août, le bateau à vapeur *Britannia*, qui venait de Bombay, est arrivé à Suez, ayant à bord trois personnes atteintes du choléra, dont l'une est morte quatre heures après être tombée malade. Le département des affaires médicales invite les autorités chargées d'appliquer les règlements relatifs à la quarantaine, de consacrer leur attention aux maladies intestinales dont peuvent être atteints les passagers des navires venant de l'Inde, afin de prendre les mesures nécessaires pour empêcher le choléra de se propager en Europe.

LA FIÈVRE JAUNE EN AMÉRIQUE. — La fièvre jaune s'est déclarée à Ocean-Springs, villégiature du littoral très fréquentée dans le Mississipi. La ville a été mise en quarantaine. — On signale un cas de fièvre jaune à Mobile et sept nouveaux cas à la Nouvelle-Orléans.

LA LÈPRE EN ESPAGNE. — La lèpre est encore, à l'heure qu'il est, très répandue en Espagne. *El Pueblo*, un journal de Valence, déclare que la lèpre a envahi un grand nombre de localités de la côte levantine. Il paraît qu'il y a des villages, dans les provinces de Valence et d'Alicante, où il y a 10 à 12 familles affectées de la terrible maladie. *El Pueblo* cite les localités suivantes comme infestées de la lèpre : Valence, Cruz Cubierta, Cabagual, Aleira, Carcagente, Puebla Largna, Villanueva, Alberique, Algemesi, Alcudia, Catarraja, Paterna, Liria, Benidorm, Alemblas, Gandia, Simat, Benifayo, Tabernes, Olion, Lauri, Enguera, Olleria, etc., etc. Ce dernier village est le seul où il y a une léproserie. Pour le reste, les autorités ne se préoccupent nullement de l'affection.

LA PESTE. — Le danger de l'introduction de la peste en Europe a beaucoup diminué, grâce aux mesures de précautions qui ont été prises au Turkestan, où un grand nombre de postes d'observations avaient été établis. Plusieurs de ces postes, tels que ceux de Kala et Koumlé, viennent d'être abolis par suite de l'amélioration sanitaire des régions voisines.

LES OISEAUX DANS LES HÔPITAUX ANGLAIS. — Dans une visite faite récemment à l'Hôpital de Middlesex, un des mieux tenus de la Métropole, un journaliste eu la bonne fortune de rencontrer une des plus jolies formes de bienfaisance qui se puissent concevoir. Une patiente admise d'urgence l'autre jour dans une des salles de chirurgie du rez-de-chaussée, la « Bird Ward », s'avisa en quittant l'hôpital que, malgré les délicates attentions des « nurses », ces grandes salles pleines de douleurs étaient bien tristes et surtout bien muettes. Elle alla trouver le médecin en chef, le remercia des soins dont elle avait été comblée, et lui demanda l'autorisation d'envoyer des oiseaux aux malades de la « Bird Ward ». On le lui permit, et voici maintenant une vingtaine de lits entourés de volières, avec toutes les chansons des bois fredonnant autour des pauvres blessées.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr JACQUEMOND (de Moutiers). — M. le Dr HAMARD (de Montaillé). — M. le Dr JUNIN (de Saintes). — M. le Dr LALAGUT (de Jaux). — M. le Dr MARZELLES (de Mont-de-Marsan). — M. le Dr MONNIER (de La Roche-Bernard). — M. le Dr BOISMARTEL (de Bain de Bretagne). — M. le Dr BOUCHET (de Mortagne). — M. le Dr BRASSEUR (de Romorantin). — M. le Dr CHABENAT (de Lyon). — M. le Dr DEBROU (d'Orléans). — M. le Dr DELBEC (d'Estains). — M. le Dr GUILLOTTE (de Rouen). — M. le Dr PRIVAT (de Lamalou). — M. le Dr SERRES (de Limoux). — M. le Dr BART (de Steenbecque). — M. le Dr LOMBARD, ancien député du Jura, ancien vice-président du Conseil général, est décédé dimanche dernier, chez son fils, sous-préfet de Bergerac, nommé ces jours-ci préfet de la Drôme. Élu député de Dôle après l'élection de M. Grévy à la présidence de la République, il fut réélu en 1881 et échoua en 1885. Il donna alors sa démission de conseiller général et se retira complètement de la vie politique. Il était âgé de soixante-treize ans. Les obsèques ont eu lieu à Orchamps, près de Dôle. — M. le Dr GOIX (de Paris), doyen des médecins d'état civil.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL NECKER. — Service de M. le Pr Le Dentu. — Pendant les vacances, M. le Dr MAUCLAIRE, chef de clinique, fera à 9 h. 1/2 à l'amphithéâtre, le mardi, une leçon de pathologie externe ; le vendredi, une leçon de diagnostic chirurgical.

MATERNITÉ DE BEAUJON, 51, rue de Courcelles (service du Dr Ribemont-Dessaignes). — M. le Dr G. LEPAGE a commencé, le vendredi 3 septembre, à 4 heures du soir, des conférences de *Clinique obstétricale* ; il les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Anémie, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale : *Biosine Le Perdriel.*

Savon dentifrice Vigier, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES.

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER. — Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 39. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 25 SEPTEMBRE 1897

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les opérations nouvelles et rares sur les voies biliaires (1).

La Chirurgie du Canal Hépatique

Par **Marcel BAUDOUIN**,
Préparateur du Cours d'Opérations à la Faculté de Médecine de Paris,
Rédacteur en chef des *Archives provinciales de Chirurgie.*

On peut dire que la chirurgie du *Canal Hépatique* est encore dans l'enfance, puisque, malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu découvrir dans la littérature médicale que quelques très rares cas d'interventions sur cet organe, d'ailleurs profondément situé, mais cependant d'un accès presque aussi facile, dans sa portion extra-hépatique, que le cholédoque.

Jusqu'à présent, les opérations qu'on a pratiquées se réduisent à trois, analogues du reste aux opérations faites sur le cholédoque et le cystique. Ce sont : l'HÉPATICOTOMIE ; l'HÉPATICOSTOMIE et la LITHECTOMIE DE L'HÉPATIQUE, dont les dénominations indiquent nettement la nature précise.

I-III. — LES OPÉRATIONS POSSIBLES SUR L'HÉPATIQUE.

I. — Mais d'autres interventions sont parfaitement possibles. C'est ainsi que l'HÉPATICO-LITHOTRIPSIE a pu être proposée, dès 1890, par Kocher (de Berne). « La lithotritie, a dit Kocher (2), a l'avantage de pouvoir être employée même dans le cas de calcul de l'hépatique. » Mais cet excellent chirurgien, pas plus que d'autres, ne paraît encore y avoir eu recours.

II. — On a pratiqué quelquefois peut-être le *refoulement des calculs* de ce conduit soit dans le cholédoque, soit dans le cystique et la vésicule (MASSAGE DE L'HÉPATIQUE), sans les briser au préalable, et sans les extraire ultérieurement ; mais ces tentatives n'ont pas été publiées d'une façon spéciale et on a encore à ce sujet moins de données que sur le massage du cystique.

III. — On a dit et démontré pièces en main que, dans certains cas, l'HÉPATICO-ENTÉROSTOMIE était parfaitement possible (Bezançon) (3). Ce que nous admettons très bien, car la dilatation de l'hépatique peut atteindre parfois des dimensions considérables et aussi importantes pour cet organe que pour le cholédoque et le cystique.

Nous devons reconnaître pourtant que jamais jusqu'ici cette opération n'a été exécutée sur le vivant ; mais il ne faudrait pas hésiter à la tenter, si, à la laparotomie exploratrice, on se trouvait dans des conditions analogues à celles mentionnées par notre collègue M. Bezançon, dans l'observation qu'il a présentée à la Société anatomique de Paris. On opérerait exactement comme pour la cholédocho-entérostomie ou la cystico-entérostomie.

(1) Voir *Progrès médical*, 25 juillet et 1er août 1896 ; 5, 12 juin, 3, 24 juillet, 21 et 28 août 1897.

(2) Kocher. — *Deut. med. Woch.*, 1890, nos 13, 14 et 15.

(3) Bezançon. — *Ictère chronique par rétention biliaire due à un rétrécissement du canal cholédoque. Atrophie de la vésicule biliaire. Insuffisance hépatique* ; in *Bull. de la Soc. Anat.*, 1893, n° 6, février.

IV. — LITHECTOMIE DE L'HÉPATIQUE.

Définition. — Nous désignons sous ce nom, comme nous l'avons fait pour le cystique, l'*ablation des calculs de l'hépatique* à l'aide d'une incision ou taille portant sur une ou plusieurs autres parties des voies biliaires, soit la vésicule biliaire (*voie cholécystique*), soit le cystique (*voie cystique*), soit le cholédoque (*voie cholédochienne*), soit sur plusieurs de ces conduits à la fois (*voies combinées*).

Dans ces circonstances, on peut avoir pratiqué, ou non, au préalable, l'*Hépatico-lithotripsie*, c'est-à-dire une lithotritie plus ou moins complète du calcul. La *Lithectomie* n'est alors qu'une opération SECONDAIRE.

Histoire. — Cette opération a été plusieurs fois exécutée par la voie cholédochienne et même par les voies combinées, au dire d'Abbe. — Il paraît évidemment plus simple de choisir, du moins quand le calcul peut descendre facilement, la voie cholécystique ou cystique ; et ce n'est qu'en l'absence de vésicule biliaire ou quand le cystique est rétréci, ou bien encore quand il y a en même temps un calcul du cholédoque, qu'on s'efforcera d'atteindre par ce canal le calcul de l'hépatique. Mais, en réalité, comme les calculs du cholédoque accompagnent très souvent ceux de l'hépatique, on a presque toujours incisé au préalable le cholédoque.

On trouvera-ci-dessous une observation déjà ancienne de Courvoisier qui, le 23 mars 1890, fit une *Lithectomie hépatique* par la voie cholédochienne, c'est-à-dire accompagnée de *cholédochotomie*, et la mention d'une autre due à R. Abbe (de New-York) de 1891. Parmi les observations récentes, nous en avons trouvé deux autres de Kehr, dont nous nous bornons également à citer les titres, ces observations ayant déjà été publiées ici même.

OBSERVATION I.

COURVOISIER (Cas I) (23 mars 1890).

Traduction *in extenso* (1).

Calcul de la vésicule. Calcul du cholédoque. — Cholécystostomie à fixation dernière. — Cholédocholithotripsie. — Fistule. — CALCUL DE L'HÉPATIQUE *et du cholédoque. — Cholédochotomie. Cholécystentérostomie. Extraction de calculs de l'hépatique ou* LITHECTOMIE DE L'HÉPATIQUE par voie CHOLÉDOCHIENNE. — *Oblitération de la fistule. — Guérison.*

Femme âgée de 31 ans. Depuis 1883, elle présente souvent des accès de coliques hépatiques avec ictère et vomissements. Depuis un an, douleurs continues, plus fortes la nuit. Ictère un peu variable depuis trois semaines. Frissons quotidiens ; fièvre ; amaigrissement. Tuméfaction du foie. Vésicule non appréciable. On diagnostique un *calcul du cholédoque.*

PREMIÈRE OPÉRATION. — *Cholédocholithotripsie et cholécystostomie.* — Le 5 mars 1889, incision, à droite, sur le bord du muscle droit, et incision transversale par le milieu. Vésicule fortement adhérente avec le côlon et dont la libération est difficile. Incision. On en retire un calcul. — *Ecrasement*

(1) Courvoisier (Bâle). — *Casuit. statist. Beitr. zur Path. u. Chirurgie der Gallenwege.* — Leipzig, 1890, p. 281-282 (cas 1658).

© BIU Santé

dans le cholédoque d'un calcul gros comme une noix, par le procédé de Tait. Suture de la vésicule à la paroi. Drainage.

Suites. — Pas de fièvre. — Le 7 *mars*, commence un fort écoulement de bile. — Le 12 *mars*, les débris du calcul écrasé dans le cholédoque sont éliminés par la fistule. — Le 15 *mars*, disparition de l'ictère. Selles biliaires (1). — Le 27 *juillet* 1889, sortie de l'hôpital avec une *fistule* biliaire qui donnait abondamment. Plus tard, et peu à peu, toute la bile s'écoula par cette voie. Les selles se décolorèrent complétement. A la fin de 1889, de petites concrétions à facettes furent évacuées par la fistule, lors d'accès de coliques. Fistule donnant 500 à 750 cc. m. de bile par jour. Amaigrissement, mauvaises digestions. Le 17 mars 1890, la malade était retombée dans un état pitoyable.

Diagnostic : *Fistule biliaire complète; calcul de l'hépatique et calcul dans le cholédoque.*

Deuxième Opération.— *Cholédochotomie.* — Ce diagnostic fut complétement confirmé par une nouvelle opération pratiquée le 28 mars 1890. Incision parallèle au bord du foie. Je trouvai un calcul gros comme une noisette à l'entrée du cholédoque. Je pratiquai une incision et je suturai l'ouverture faite comme dans les cas précédents.

Extraction à la cuillère d'une multitude de petits calculs du canal hépatique *et des deux branches principales, en partant de l'incision faite au cholédoque, et d'un peu de boue biliaire* (2).

Immédiatement, on exécuta encore la *cholécystentérostomie*, d'après la méthode Kappeler. Excision de la fistule ; libération de la vésicule de la paroi. Incision de la face inférieure de la vésicule. Suture de cette dernière avec le *côlon* (aucune anse de l'intestin grêle n'était libre). Suture sur un rang de la séreuse, puis incision du côlon. Fermeture de la suture séreuse. Enfin, résection des parties fistuleuses de la vésicule. Suture et drainage.

Suites. — Apyrétiques.

Du 2 au 8 *avril*, bile dans le pansement, provenant de l'incision du cholédoque.

Le 6 *avril*, selle biliaire.

Le 8 *avril*, ablation des drains et des sutures.

Le 15 *avril*, lever. L'ictère a disparu.

Au milieu de *mai*, sortie. Guérison.

Au milieu de *juillet* 1890, état général satisfaisant. Plus de colique, ni d'ictère (3).

Observation II.

R. Abbe (Cas I) (13 avril 1894).

Résumé (4).

Calcul de la vésicule biliaire, du cholédoque et du cystique. Calcul de l'hépatique. — *Cholécystotomie et cysticotomie*, suivies de *cholécystectomie* et de *cysticectomie secondaire. Cholédocholithotripsie. Cholédochotomie.* Lithectomie de l'hépatique par voie cholédochienne. — *Guérison* (5).

Observation III.

Kehr (Cas I) (20 février 1894).

Résumé (6).

Calculs de la vésicule. Abcès et adhérences péricholécystiques. Angiocholite suppurée. Calculs du cystique enclavés. — Cholécystostomie et cysticotomie. — Fistule persistante. — Calculs du cholédoque. Calcul de l'hépatique. — *Essai de refoulement du calcul du cholédoque. Cholédochotomie.* Lithectomie de l'hépatique par voie cholédochienne. — *Guérison* (7).

(1) Courvoisier. — *Loc. cit.*, p. 214-215 (cas 1658; n° 100 du tableau).

(2) Courvoisier. — *Loc. cit.*, p. 282 (cas 1658).

(3) Courvoisier. — *Loc. cit.*, p. 250-251 (cas 1658; n° 7 du tableau).

(4) R. Abbe. — *Cases of Gallbladder Surgery ;* in *The New-York Med. J.*, 1892, 30 janvier, p. 121.

(5) Voir cette observation à l'article Cysticotomie (§ B. *C. atypique*, Obs. II).

(6) Kehr. — *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1894, 15 juin, p. 367, 387.

(7) Voir l'observation à l'article Cysticotomie (Obs. XI).

Observation IV.

Kehr (Cas II) (26 février 1894).

Résumé (1).

Calculs de la vésicule, du cystique et du cholédoque. Calcul de l'hépatique. *Abcès péricholécystique. Adhérences. — Laparotomie paracholécystique. Nettoyage de l'abcès. Cholécystotomie. Cysticotomie. Cholédochotomie.* Lithectomie de l'hépatique *par voie* cholédochienne. — *Guérison* (2).

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire est évidemment des plus simples. Une fois l'incision faite, soit au cholédoque (ce qui est la règle), soit à la vésicule (ce qui a dû être très rarement pratiqué), on s'efforcera de dégager, sans le briser si possible, le calcul enclavé dans l'hépatique. On y parviendra facilement à l'aide d'une sorte de petite cuillère, quand les calculs sont petits, comme dans le cas de Courvoisier. S'ils sont plus gros et adhérents, on les extraira avec précaution à l'aide d'une petite pince à mors *ad hoc*.

Comme les opérations précédentes le montrent, on opère presque toujours par une incision faite au cholédoque. Cela tient à ce que généralement on ne découvre les calculs du canal hépatique qu'après avoir recherché et enlevé ceux du cholédoque. Il n'en sera peut-être plus ainsi ultérieurement, quand on sera plus au courant de la chirurgie biliaire.

Indications.— Cette opération peut entrer en balance, dans les cas de *calculs de l'hépatique*, avec l'*Hépaticotomie*, autre opération dont nous allons parler. Reste à savoir si, comme elle le paraît à première vue, elle est réellement plus facile et moins sérieuse que l'incision simple du conduit. La lithectomie par les voies cholécystique et cystique semble être évidemment plus bénigne que l'hépaticotomie ; pourtant il ne doit pas y avoir une grande différence, en fait de gravité, entre l'hépaticotomie et la cholédochotomie.

Mais ce ne sont là que réflexions théoriques, car les faits manquent en ce qui concerne l'hépaticotomie ; et cette discussion pêche par la base : ce qui se comprend, vu la rareté relative des calculs de l'hépatique. Il est, ce nous semble, prudent d'attendre, avant de s'engager dans la discussion des indications de cette intervention, que des observations plus nombreuses aient été publiées.

V. — Hépaticotomie.

Définition.— L'*Hépaticotomie* est l'incision du canal hépatique, comme la cholédochotomie est la taille de ce conduit.

Cette intervention n'a jusqu'ici été faite chez l'homme qu'une seule fois et par hasard. Par suite de circonstances très spéciales, elle n'a pas été suivie de guérison.

Historique. — Cette opération a été pratiquée pour la première fois par M. le Pr Kocher (de Berne), le 8 novembre 1889, pour un gros calcul du canal hépatique, chez une femme absolument épuisée et présentant des lésions qui, à elles seules, aurait suffi à causer la mort. Ce chirurgien n'a pas encore trouvé d'imitateur.

Voici d'ailleurs *in extenso* cette très intéressante observation, aussi remarquable par la nature des accidents qui ont amené le décès que par la hardiesse de l'acte opératoire, tenté à une époque où la chirurgie biliaire venait à peine de naître. Il est vrai qu'on n'avait pas fait de diagnostic, et qu'en incisant l'hépatique on croyait attaquer la vésicule biliaire. Mais il n'en de-

(1) Kehr. — *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1894, 15 juin, p. 391.

(2) Voir l'observation à l'article *Cysticotomie* (Obs. XII).

© BIU Santé

meure pas moins acquis que Kocher a le premier extrait par la taille de ce conduit un calcul de l'hépatique.

Au point de vue de la médecine opératoire, cette erreur de diagnostic est donc une réelle bonne fortune, malgré le décès qui en a été la conséquence, car elle a ouvert la voie à la chirurgie de l'Hépatique (1889), après celle de Thornton (1888)!

OBSERVATION.

KOCHER (Cas I) (8 novembre 1889).

Traduction *in extenso* (1).

Coliques hépatiques. Abcès péricystique avec calculs biliaires. Disparition de la vésicule biliaire, probablement ouverte dans le duodénum. Oblitération par sutures de la fistule, allant du duodénum à l'abcès. Gros CALCUL DU CANAL HÉPATIQUE. — HÉPATICOTOMIE *à sutures perdues intrapéritonéales, avec fixation de la poche du calcul refermée à la plaie abdominale. Cathétérisme des voies biliaires. Drainage sous-hépatique. — Accidents péritonitiques (?). — Entérostomie. — Mort. — Autopsie : coudure du cholédoque par fixation de l'hépatique à la plaie. Epanchement de bile dans le péritoine par un vaisseau ouvert. Cirrhose biliaire.*

HISTOIRE CLINIQUE. — Femme, âgée de 47 ans. Entrée à l'hôpital, le 26 octobre 1889.

Antécédents. — Père mort en 1863 d'une affection du cœur. Mère morte à l'âge de 42 ans d'une *tumeur* de l'abdomen.

Cette malade a toujours été bien portante jusqu'il y a cinq ans. Ses règles ont cessé il y a deux ans. Elle est mariée et a eu neuf enfants, dont sept vivent encore et sont bien portants. Les accouchements ont été faciles, sauf un il y a dix ans, qui fut compliqué de placenta prævia et d'hémorragies.

Début. — La maladie actuelle a débuté il y a cinq ans, à la suite de chagrins. Au printemps et à l'été de cette année, cette femme a été souffrante et souvent constipée. En septembre, elle a eu des crampes d'estomac et de la constipation. A cette époque, il n'y avait pas d'ictère, et les selles n'étaient pas décolorées. Puis, pendant deux jours, la malade se sentit fort bien, lorsque subitement, elle fut prise d'*ictère*. Les selles n'étaient pas décolorées; il n'y avait pas de douleurs dans la région du foie, ni de fièvre. Jamais elle n'a eu de coliques hépatiques proprement dites. Ce n'est qu'au printemps de 1885 qu'elle a eu quelques coliques insignifiantes qui l'obligèrent pourtant à garder le lit. En mai, elle alla à Carlsbad, et fut un peu soulagée.

Les *douleurs* revinrent pourtant peu de temps après; elles survenaient toutes en deux à trois semaines et la peau devint complètement brune. Au printemps de 1886, elle alla de nouveau à Carlsbad et fut encore une fois un peu soulagée. Mais l'estomac devint de plus en plus faible, et la malade souffrait beaucoup des *démangeaisons*. Au printemps de 1887 elle prit froid. En été, elle fit une cure de petit lait, et un accès de coliques plus violentes survenaient de une à quatre semaines, en s'accompagnant quelquefois de fièvre. En janvier 1888, elle fit une cure d'eau de Tarasp et s'en trouva très améliorée; mais, au mois de mai, son état s'aggrava de nouveau. Une nouvelle cure d'eau de Tarasp, faite en juillet, amena une amélioration qui persista jusqu'en décembre. A ce moment les *crises* devinrent encore plus fortes et la malade refit une nouvelle cure d'eau de Taraspe en janvier 1889. Au printemps, la situation s'aggrava de nouveau, et son estomac devint plus sensible, plus faible. Il existait aussi des douleurs dans l'épaule droite, mais d'une façon peu régulière.

Les crises, dont parle la malade, débutaient ordinairement l'après-midi par des douleurs entre les épaules et dans la région stomacale. La douleur se localise ensuite dans la région du foie. La malade est alors obligée de se mettre au lit, et souffre ordinairement encore toute la nuit. Les douleurs durent de 8 à 24 heures, et pendant ce temps la malade ne peut rien prendre. Les selles sont décolorées, l'urine trouble et foncée, les démangeaisons très vives. On ne lui a jamais donné de morphine ni de bains tièdes. Le foie n'était pas augmenté de volume. La malade n'a jamais vu des calculs dans ses selles.

Etat actuel (2 août 1889). — La malade est pâle; son teint est jaune tirant sur le *vert*. Abdomen peu tuméfié. Dans la fosse iliaque droite, on sent le cæcum un peu épaissi, l'S iliaque est également gros. Sous le rebord costal droit, on sent une *induration irrégulière*; l'épigastre est libre; la TUMEUR située très en dehors se laisse facilement soulever et séparer du foie. Son diamètre est de 5 centimètres, et pendant la respiration la tumeur descend, est repoussée en bas. La pression exercée à son niveau provoque une vive douleur. En dedans de cette tumeur, se trouve une autre petite. Elle est située au niveau du bord du foie, et sa forme est telle que si elle était remplie de calculs. Ailleurs, le foie et son bord sont impossibles à sentir.

Les bruits du cœur sont normaux. Le pouls est petit, facilement dépressible. La respiration est normale à la base des poumons.

L'urine, de coloration normale, est limpide et de réaction acide. Poids spécifique, 1.022. Pas de pigments biliaires.

OPÉRATION. — Le 8 novembre 1889. Incision oblique le long du rebord costal. A la place de la vésicule, on trouve une *masse adhérente* (1), à laquelle est uni le foie, dont le parenchyme est transformé à ce niveau en une masse cicatricielle blanche. En libérant cette masse, on constate tout d'abord qu'elle est recouverte par l'épiploon. Celui-ci étant séparé, on trouve tout d'abord un *abcès* (2), rempli d'un pus gris-verdâtre non fétide et renfermant dans sa cavité un certain nombre de *calculs biliaires* jaunes, fragiles, emprisonnés dans une membrane dure, à surface interne granuleuse. Cette membrane a pu être en grande partie séparée du côlon et excisée. Mais en haut et un peu plus en dedans, une autre portion de l'intestin était adossée à la paroi, et, en l'examinant attentivement, on trouva que la paroi adossée à l'abcès présentait un *orifice*, qui laissait passer le petit doigt et qu'il s'agissait de la partie du duodénum qui se trouve à côté du pylore (3). Cette région fut libérée avec le doigt et une *suture à deux étages* appliquée à ce niveau. — Maintenant, on pouvait sentir très profondément sous le foie, un *calcul*, gros comme une cerise, qu'on supposait logé dans ce qui restait de la vésicule (?). Pour arriver jusqu'à la vésicule (?), il a fallu séparer du foie les parois de l'abcès, avec le thermo-cautère, dans une étendue de 3 à 4 centimètres, et sur une épaisseur de 1 à 1 centimètre 1/2. Ce n'est qu'après cette séparation qu'on put parvenir sur la vésicule (?) et essayer de la décoller. Mais le décollement fut trouvé bientôt impossible, et il ne resta plus qu'à l'*inciser*. On retira ainsi *un gros calcul*, noirâtre, et cette extraction fut suivie d'un écoulement de bile en telle quantité, qu'on a eu toutes les peines à la recevoir sur des tampons de gaze (HÉPATICOTOMIE). L'écoulement une fois arrêté, on introduisit d'abord le doigt, ensuite une sonde, et on constata qu'il n'y avait plus de calculs. Fait très curieux, la sonde (n° 5 et 6 de l'échelle anglaise) a pu pénétrer sur une étendue de 10 à 12 centimètres sans rencontrer d'obstacle (*cathétérisme des voies biliaires*).

Comme on devait admettre que l'écoulement de la bile dans le duodénum pouvait s'effectuer librement, puisque le gros calcul a pu fort bien pénétrer jusque dans le cholédoque et qu'il n'existait pasd'occlusion complète de celui-ci avant l'opération; et comme d'un autre côté la vésicule (?) incisée ne pouvait à aucun prix être attirée au dehors, on ferma la vésicule (?) avec un fil de soie et on fixa le pédicule, lié avec un second fil de soie, à la plaie, c'est-à-dire au péritoine et à l'aponévrose (4).

(1) Kocher (T.). — *Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege;* in *Deut. Med. Wochenschrift*, 1890, nos 13-14 et 15, p. 255-257 [Tr. — I. B. S.].

(1) Vestige de la vésicule probablement (*N. d. T.*).

(2) Abcès péricystique (*N. d. T.*).

(3) La vésicule avait dû, atteinte de cholécystite suppurée, s'ouvrir dans le duodénum (*N. d. T.*).

(4) Plus loin, au cours du même article, Kocher donne les détails suivants sur cette *Hépaticotomie idéale* : « Nous avons eu dans ce cas, dit-il, recours à la modification proposée par Czerny pour la cholécystotomie idéale, à savoir : incision de la vésicule avec extraction des calculs, *suture de l'incision* et *fixation de la partie suturée* à la plaie abdominale, afin de prévenir sûrement

© BIU Santé

Pour parer à l'éventualité d'une perforation suivie d'écoulement de bile, on plaça de chaque côté de la vésicule un *drain* en verre, et on sutura le reste de la plaie.

Suites opératoires. — Aussitôt que la malade fut réveillée, elle fut prise de douleurs dans la région du foie, douleurs qu'on expliqua par les tiraillements que devait subir la vésicule du côté du foie qui ne pouvait plus revenir en arrière.

Les jours suivants, les douleurs ne cessèrent pas; et, dès le lendemain, la malade accusa des picotements et des élancements dans la région stomacale, puis dans tout le ventre. Mais, comme il n'y avait pas encore de nausées ni de vomissements et que la malade supportait fort bien le thé, l'eau d'Ems et le lait, on ne crut pas devoir attribuer l'élévation progressive de la température jusqu'à 39°, ni à la perforation de l'ulcération du duodénum au niveau du pylore, ni au commencement d'une péritonite septique. Toujours est-il que l'abdomen était un peu tuméfié et devenu sensible à la pression. L'écoulement qui se faisait par les drains n'évoquait pas non plus l'idée d'une péritonite.

Ce qui était inquiétant dès le début, c'était la fréquence du pouls, qui ne descendait pas au dessous de 120 et se maintenait constamment autour de 140-150. En même temps, il existait une *dyspnée* assez intense, qu'on pouvait expliquer au commencement par les douleurs de la région hépatique et la bronchite que la malade avait prise avant l'opération.

Le soir du troisième jour, la température redevient normale; mais le pouls et la respiration restent accélérés comme avant.

Aussi le quatrième jour, la malade fut examinée par le Pr Sahli, pour voir si la fréquence du pouls et de la respiration et la faiblesse générale ne pouvaient être attribuées à la cholémie. La *coloration ictérique de la peau avait décidément augmenté* depuis deux jours; mais les phénomènes ne pouvaient pourtant pas être attribués à la cholémie, car l'ictère n'était pas très accusé, et les urines ne renfermaient que des quantités insignifiantes de substances colorantes de la bile. Il était donc plus rationnel d'admettre l'existence d'une légère *péritonite*, consécutive à la pénétration inévitable d'un peu de pus de l'abcès dans le péritoine. Quant à la dyspnée et à la fréquence du pouls, elles pouvaient dépendre du tympanisme de l'intestin et de la congestion des vaisseaux de l'abdomen. Aussi se décida-t-on à pratiquer une fistule stercorale au dessus du ligament de Poupart, du côté gauche.

Anus contre nature. — On trouva les anses intestinales très peu distendues, le péritoine absolument normal, lisse et et brillant. Il s'évacua fort peu de chose par la fistule, et la tension de l'abdomen devient un peu moindre. Mais, comme au matin du cinquième jour, on ne trouva aucune amélioration, on se décida à ouvrir la plaie très bien accolée et soumettre les parties à un examen à fond. Il s'écoula par les drains qui restaient toujours en place, la valeur d'une cuillerée à soupe de bile noire; quand la plaie fut largement ouverte, on trouva derrière le foie une accumulation de bile et une coloration verte des tissus et organes voisins. Malgré l'établissement d'un drainage parfait et le lavage avec de l'eau salicylée, la malade mourut le soir du même jour sans qu'il survînt d'autres symptômes que ceux qui viennent d'être décrits.

Suites détaillées. — Immédiatement après l'opération, la malade se plaint de douleurs dans la région de la vésicule et dans la fosse épigastrique. Les douleurs persistent malgré les injections de morphine et l'administration de laudanum. Les douleurs sont attribuées aux tiraillements de la vésicule. Chaque inspiration profonde provoque de la douleur.

10 novembre 1889. — La malade a souffert pendant la nuit. On trouve maintenant de la tuméfaction de l'abdomen, et des douleurs dans tout le côté droit et l'épigastre. Le pouls est petit, fréquent, la respiration superficielle. L'ictère a un peu augmenté.

Le soir, il y a un peu d'amélioration.

11 novembre. — Nuit très agitée. La tuméfaction de l'abdomen a encore augmenté et la malade ne rend plus de gaz par l'anus. La malade se plaint de douleurs du côté gauche. On enlève les sutures. La plaie est très bien réunie jusqu'à l'endroit où se trouvent les drains. A la percussion on trouve un son tympanique très élevé dans la fosse iliaque gauche. Dans les urines, très peu de matières colorantes de la bile, de sorte que la perforation de la vésicule et l'occlusion complète du cholédoque paraissent impossibles. Il paraît inutile d'ouvrir la plaie, d'autant plus qu'il ne s'écoule pas une goutte de bile par les drains. Comme le pouls devient petit, on donne, toutes les deux heures, 0 gr. 10 cent. de caféine.

Comme l'état reste le même, on a, à 11 heures, du soir, une consultation avec le Pr Sahli, qui ne croit pas à la perforation de la vésicule biliaire, ni à l'occlusion du cholédoque, mais admet plutôt l'existence d'un iléus par péritonite localisée. Pour combattre le tympanisme on fait une entérostomie dans la fosse iliaque gauche. Il s'écoule peu de liquide, un peu de gaz. Pour assurer l'écoulement on introduit une petite sonde.

12 novembre. — Pas d'amélioration; ictère plus intense encore. La tuméfaction de l'abdomen est à peine diminuée, le ventre toujours douloureux. On se décide à ouvrir la plaie. La plaie est parfaitement bien fermée. A son ouverture, il s'écoule, de la cavité péritonéale, derrière le foie, une quantité notable de bile noirâtre, et ce fait frappe d'autant plus que par les drains il ne s'écoulait rien. On introduit un drain et de la gaze thymolée qu'on renouvelle fréquemment. Compresses chaudes sur tout le ventre.

La malade se sentit mieux après cette opération. Les douleurs persistent pourtant dans le côté gauche. La fréquence du pouls reste la même, et comme le pouls devient de plus en plus faible, on fait une injection d'une solution de sel de cuisine. Cette injection est faite le 13 novembre. On injecte ainsi dans la veine médiane céphalique du bras droit 800 cmc. d'une solution de sel de cuisine de 0,7 0/0 à 37°. Aucune amélioration. Mort à 4 heures.

Autopsie. — On n'a pu faire que l'autopsie des organes abdominaux.

Ce qui a été pris pour la vésicule renfermant un calcul de dimension d'une cerise, était en réalité le *canal hépatique* et la terminaison du canal cystique, dans lequel s'ouvrait le cholédoque libre. Par l'accolement de cette partie énormément distendue en ampoule à la paroi abdominale, le cholédoque est *resté obturé, malgré l'ablation du calcul*. La bile s'accumulait dans le canal hépatique énormément dilaté et dans les conduits biliaires également distendus, de façon à atteindre, à la périphérie, l'épaisseur d'une plume. *Par un de ces conduits*, qui aboutissait à la section du foie, faite avec le thermocautère, la *bile s'écoulait dans le péritoine.*

C'est ainsi que, lentement, et sans qu'il s'écoulât une goutte de bile par les drains, il se forma un épanchement diffus de bile dans le péritoine, jusque sous le diaphragme et dans la cavité de Douglas. Cet épanchement ne devint probablement considérable qu'au quatrième jour, car, au moment où l'on avait fait l'*entérostomie*, le péritoine fut trouvé intact. De minces membranes jaunes indiquaient l'existence d'une péritonite légère là où le péritoine se trouvait en contact avec la bile. La paroi du duodénum fut réunie d'une façon parfaite; au niveau de la fistule stercorale, les deux feuillets du péritoine étaient soudés on ne peut mieux. Quant à la mort, elle pouvait être attribuée à l'hépatite interstitielle, sur laquelle le Pr Langhaus nous remit la note suivante :

« Capsule de Glisson épaissie, renferme des conduits biliaires néoformés et est fortement infiltrée de corpuscules lymphoïdes. Dans les veines, on trouve des concrétions biliaires qui d'après leurs formes et leurs dimensions ont dû se former dans les capillaires biliaires dilatés. »

Il est inutile d'insister sur les détails de cette belle observation. Nous relèverons seulement ici les points qui ont trait à l'hépaticotomie.

Manuel opératoire. — L'opération a été, comme on vient de le voir, dès le début, presque exécutée suivant les règles. Et, si aujourd'hui on avait à la refaire, il faudrait, sachant cette fois qu'on opère bien sur le canal hépatique, imiter le chirurgien de Berne dans la première partie de son intervention.

un épanchement de bile. Effectivement la suture tint fort bien. » On ne peut donc avoir le moindre doute : il s'agit bien là d'une *Hépaticotomie à sutures perdues intrapéritonéales. (N. d. Tr.).*

© BIU Santé

Sentant un gros calcul, profondément logé sous le foie et le supposant placé dans le reste de la vésicule, Kocher incisa le conduit dilaté, retira le corps étranger et ferma ultérieurement la plaie avec des fils de soie.

Mais il eut le tort de fixer ensuite à la paroi abdominale cette partie des voies biliaires, dans le but de prévenir l'écoulement de bile dans l'abdomen. Il compliqua ainsi l'*Hépaticotomie idéale*, qu'il venait, sans le savoir, de parfaitement exécuter par le procédé des sutures perdues intrapéritonéales. Il en résulta, comme l'a prouvé l'autopsie, une coudure du cholédoque par déplacement de l'hépatique amené et fixé à la paroi abdominale. Ce qui contribua certainement à amener la mort de la patiente, qui aurait cependant succombé très probablement, en raison des autres lésions qu'elle présentait.

Le cholédoque était déplacé : d'où stase biliaire assez considérable au-dessus du coude formé ; ce qui fut probablement la cause de la rupture de l'un des rameaux d'origine des voies biliaires et de l'épanchement de bile post-opératoire.

Si donc on avait à pratiquer à nouveau une opération de ce genre, il faudrait bien se garder de faire cette fixation, inutile certainement, ainsi que l'établissent les nombreux cas de cholédochotomies avec ou sans sutures publiés jusqu'à présent. Si la suture était possible, on la ferait avec soin. Si elle ne l'était pas, on se contenterait de pratiquer un drainage sous-hépatique à la gaze iodoformée ou stérilisée. Ce qui donnerait une fistule de l'hépatique, d'ailleurs temporaire, si tous les calculs avaient été enlevés de l'hépatique et du cholédoque (*Hépaticostomie secondaire ou spontanée*).

Indications. — Nous n'insisterons pas davantage sur ce cas unique, qui, s'il n'a pas été suivi de succès, n'en démontre pas moins qu'on a la possibilité (anatomique au moins) d'enlever, grâce à cette intervention, les *calculs de l'hépatique*, simples ou multiples, petits ou gros. Mais, avant d'apprécier la portée thérapeutique de cette opération et de la comparer à d'autres, portant sur le même organe, attendons que les chirurgiens aient l'occasion de rencontrer des lésions de ce genre : ce qui serait plus fréquent qu'on ne croit, si les médecins voulaient comprendre l'avenir de cette chirurgie biliaire. (*A suivre*).

Les Dépenses médicales d'un Ménage parisien. — Voici les dépenses diverses d'un ménage parisien pendant les vingt-cinq années, de 1872 à 1897 : Mobilier, 15.808 fr. 65. — Nourriture, 59.864 fr. 20. — Cave, 13.814 fr. 80. — Blanchissage, 5.589 fr. 80. — Chauffage, 1.823 fr. 55. — Eclairage, 2.566 fr. 35. — Loyer, 41.367 fr. 48. — Toilette de madame, 7.115 fr. 68. — Toilette de monsieur, 7.953 fr. 90. — Toilette du garçon, 6.905 fr. 90. — Toilette de la fille, 4.878 fr. 90. — Ecoles du garçon, 26.603 fr. 65. — Cours de la fille, 8.360 fr. 20. — Couturière, 12.339 fr. 50. — Médecin, 3.735 fr. 90. — Voyages, 37.219 fr. 40. — On remarquera le chiffre *vraiment dérisoire* relatif au médecin. Cela fait une moyenne de 150 fr. par an pour 4 personnes et une famille dépensant près de 15.000 fr. par an !

Les bacilles de la coqueluche et de la fièvre jaune. — Il ne se passe pas de mois où les journaux n'annoncent la découverte de quelque nouveau bacille, et si le quart seulement des découvertes annoncées reposait sur un fondement sérieux, le moment serait proche où le dernier des fléaux qui déciment l'humananité disparaîtrait sous la dernière des inoculations exterminatrices. Malheureusement il faut en rabattre ; la découverte et l'isolement du bacille de la coqueluche par MM. les Drs Czaplerski et Hensel, paraît ne devoir pas être prise en considération jusqu'à nouveaux renseignements ; tel est du moins l'avis de quelques personnes de l'Isntitut Pasteur, au dire du *Figaro*. Par contre, la découverte du bacille ictéroïde, ou bacille de la fièvre jaune, par M. le Dr Sanarelli, promet de merveilleux résultats. D'ores et déjà elle serait un fait qu'expliquera d'ailleurs, dans le prochain numéro des *Annales de l'Institut Pasteur*, un mémoire de son auteur.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Médecins historiens.
Le Cabinet secret de l'Histoire du Dr Cabanès (1).

La Deuxième Série du *Cabinet de l'Histoire* de Cabanès vient de paraître ; et ce n'est point la moins intéressante. Quelle assemblage bizarre de documents, mais combien intéressants ! Quel trésor ! Lecteurs, oyez plutôt.

Le médecin de Louis XI, qui commence le volume, le père Coitier, ne doit pas être une découverte, due uniquement à notre érudit confrère. Il nous semble bien que Léo Claretie piocha récemment, un des premiers, dans le champ inculte des souvenirs du Lycée Fénelon et fit part aux lecteurs du *Temps*, un soir, de sa curieuse trouvaille ; que d'autre part le *Progrès médical* consacra quelques lignes à ce petit fait-divers. Mais qu'importe, puisque le vrai biographe de Jacques Coitier est un médecin, le vénérable et regretté Chéreau, érudit comme on n'en voit plus ! Coitier, dont les écrivains ont estropié le nom de vingt façons diverses, fut d'abord praticien de campagne, puis médecin du duc de Savoie, avant de devenir le consultant de Louis XI. Son principal mérite a été d'avoir su se faire des rentes — et de solides ! — avec la santé de son souverain, dans le « séjour de Navarre ». Nous ne lui en ferons pas un crime. N'est-il pas bon de toujours garder une poire pour la soif ; de se créer un *abri* pour ses vieux jours ? D'où sans doute l'enseigne à rébus, connue dans le quartier, *A l'abri Cotier !*

L'idée du deuxième article, *Les avatars du cadavre de Richelieu*, aurait été aussi puisée dans des lectures du *Progrès médical* que cela ne nous étonnerait pas. Quelques-uns savent en effet que l'un des premiers sans doute, — notre origine vendéenne excusera cette prétention —, nous avons déniché dans le journal de notre savant ami, M. René Valette, la *Revue du Bas-Poitou*, la relation de l'autopsie de Richelieu, peut-être même le procès verbal officiel de cette importante opération cadavérique. Mais avouons de suite qu'à part ces premières lignes, nous déclinons toute responsabilité ; nous ne réclamons rien pour le reste du chapitre. M. Cabanès y est chez lui et tout à fait chez lui, comme il l'a montré dans le *Journal de Médecine* et la *Gazette des Hôpitaux*, à l'entière satisfaction des érudits.

Les *Dents de Louis XIV* constituent un récit qui ne manque pas de piquant et qui pourrait s'intituler aussi bien, sinon les *Nourrices du Roi*, du moins : *Les Dentistes au temps de Louis XIV*. Cette histoire de ses dents est un peu comme celle de son grand royaume. Grâce au régime suivi, chaque année, il en perdait un morceau. Un de ses successeurs sur le trône de France fit encore mieux : grâce à Sedan (oh ! pardon), il réussit à perdre le même empire d'un seul coup : il est vrai qu'on était alors au XIXe siècle et qu'au siècle de l'électricité tout doit aller plus vite !

Les *Accouchements clandestins de Mlle de La Vallière* mériteraient d'être rédigés sous forme de leçon de clinique obstétricale, à l'usage des femmes du monde. Le rôle du grand Colbert, en l'affaire, pourrait aussi être offert comme modèle à certains habitués des boulevards extérieurs. On a cru longtemps que l'accoucheur de la grande et belle Mademoiselle, — comment peut-on être tout cela avec une coxalgie ! —, était une femme. M. Cabanès a prouvé qu'il fallait en rabattre. C'était un homme, un simple homme, qui, à ce qu'il paraît, n'était Boucher — ou bouché — que de nom ! Et ce n'est certes pas à lui qu'il faut attribuer la déchéance physique de la royale amante. Il semble avoir pris, en effet, tous les soins voulus pour conserver au grand Louis un périnée intact ; mais, cependant,

On dit que La Vallière
S'en va sur son déclin,
Ce n'est que par manière
Que le Roi suit son train...
Montespan prend sa place.

(1) Deuxième Série.

© BIU Santé

Passons donc à *la Montespan, à ses couches et à sa mort*, avec le distingué historien de ses nombreux accouchements. Cette nouvelle maîtresse eut au moins huit enfants de souche royale, tandis que la La Vallière n'en avait eu que quatre. Peut-être est-ce parce que, en puissance de mari légitime, elle avait plus d'entraînement qu'une simple demoiselle! En tous cas, elle devint si souvent enceinte qu'elle dut inventer une robe spéciale pour grossesse, à laquelle d'ailleurs nos rusées bourgeoises semblent revenir actuellement sans la moindre vergogne.

Une robe de chambre étalée amplement
Qui n'a point de ceinture et va nonchalamment...

C'est Clément, le fameux accoucheur de ce temps et le premier accoucheur à la Cour, qui fut chargé des diverses délivrances. Madame de Maintenon, avec Lauzun, dut jouer le rôle de Colbert. Mais elle fut plus intrigante et plus habile que ses deux devancières. Après avoir supplanté à son tour, dans l'esprit du roi, la Montespan, qui avait eu à soixante ans le mauvais esprit de trouver que les pieds du roi ressemblaient trop à ceux d'un gendarme à pied ou d'un facteur rural, Mme de Maintenon oublia justement de devenir enceinte, — et pour cause! Elle n'était pas pour rien la veuve du comique Scarron. Aussi resta-t-elle... en place tout le temps qu'elle voulut, ou plutôt jusqu'au moment d'avoir épousé son cher Louis *devant Dieu*, sinon *devant les hommes*! Madame de Maintenon était décidément d'une force de quarante chevaux, pardon, d'un cinquantaine de... mules!

Il paraît que les os de cette femme extraordinaire, au cerveau organisé pour la conquête des rois, sont maintenant encore dans la chapelle de l'Ecole de Saint-Cyr. M. Cabanès nous l'affirme. En effet, l'on y aurait déposé, à nouveau, sous Louis-Philippe, après avoir violé son tombeau, son squelette. Il ne doit pas pourtant y être entier, s'il est vrai qu'un soir, un nommé Paluel ait dévoré, après dîner, chez M. Gille, qui avait recueilli les os, un morceau du crâne de l'illustre amie de Louis XIV. Mais tout se compense en ce monde, puisque, raconte-t-on encore, un misérable abbé y aurait ajouté un tibia de... vache. Peut-il être permis, — surtout à un abbé de Saint-Cyr, — d'injurier pareillement Mme de Maintenon! Ce n'était pas une raison, parce qu'elle demeura toujours si solide sur ses jambes, en face de son royal seigneur, pour la supposer capable d'avoir trois tibias, dont au moins un de vache!

Où M. Cabanès est encore dans un domaine qui lui appartient bien en propre, c'est quand il décrit les trop *nombreux crânes de Mme de Sévigné*; ne l'oubliez pas, en effet, à l'heure actuelle, cette remarquable intelligence a déjà au moins deux crânes à sa disposition! Pour une femme de génie, nous aurions en effet été très étonné de constater qu'elle n'avait qu'une seule tête, à l'instar des simples dames du monde! Pour rester dans l'exacte vérité, remarquons qu'on ne possède en réalité qu'un crâne et demi. L'autre moitié aurait-elle été avalée, comme pour Mme de Maintenon, ou bien y a-t-il un crâne qui n'est pas authentique? A notre humble avis, l'hésitation n'est pas possible : Mme de Sévigné se respectait trop pour n'avoir... qu'une calotte cranienne! M. Cabanès reste perplexe, car, entre ces deux débris, son cœur balance! Il a bien tort. Au lieu de rester indécis, comme l'âne de Buridan, nous préférons avaler successivement les deux picotins d'avoine. En fait de débris anatomiques, on ne saurait trop en prendre, et, en fait d'histoire, il ne faut surtout rien laisser passer.

La vie du *médecin de Mme de Pompadour*, c'est-à-dire du célèbre Dr Quesnay, est assez connue et nous pouvons aller vite, pour arriver,... par le toucher rectal, à la *Maladie de Sophie Arnould*, qui paraît, quoi qu'on en ait dit, avoir succombé au fameux rétrécissement du rectum, dit toujours syphilitique, plutôt qu'à un véritable *squirrhe*, c'est-à-dire à un cancer. N'empêche qu'elle est bien bizarre, cette histoire des médecins qui soignèrent l'adorable et spirituelle chanteuse! Ils répétaient sans cesse que tout allait très bien et précisément Sophie s'empressa d'en mourir. *Quantum*... non *mutatus ab illo!*

Lâchons également *Guillotin et sa guillotine*. Il a fait là quelque chose d'assez peu banal, mais qui n'a rien de curieux pour le corps médical. Attirons plutôt l'attention sur le chapitre consacré à *Charlotte Corday*, dont l'*autopsie* mériterait quelques réflexions, et le *crâne* une discussion serrée. Nous l'avons vu, nous, ce crâne célèbre, chez M. le Prince Roland Bonaparte! Nous l'avons examiné, palpé, retourné sur toutes les... sutures, ce crâne qui a fait tant courir, — et en vain —, notre excellent confrère! Eh bien! nous ne sommes pas encore convaincu. Souvenons-nous que nous avons déjà deux crânes pour Mme de Sévigné!

Les historiettes qui suivent ne sont pas moins dignes de l'auteur; mais ce qu'il faut lire, ce sont les deux dernières : d'abord *le cas de Mme de Récamier*, l'éternelle blessée, chez qui

Le Ruisseau des Amours se trouvait endigué,

tout comme chez la reine Elisabeth d'Angleterre. Heureusement qu'on sait aujourd'hui parer à ces accidents-là!

Enfin le volume se termine par le triomphe du Dr Cabanès : *Un roman vécu à trois personnages*, que nous avons déjà eu le plaisir d'analyser dans ce journal (1). Cette affaire de reportage historique a été le coup de maître qui a classé notre auteur. Il était juste que nous le disions, en terminant cette humoristique analyse que nous avons pris tant de plaisir à penser et à écrire (2).

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE, ÉLECTRICITÉ MÉDICALE, HYPNOLOGIE

BRUXELLES 1897.

I. — Section de Neurologie (*suite*).

Séance du mercredi 14 septembre (matin).
Présidence de M. le Pr Winkler (d'Amsterdam).

Rapport sur la valeur pathogénique et sémeiologie des réflexes.

M. le Dr Mendelsshon (de Saint-Pétersbourg). — Il résulte des expériences de M. Rosenthal et des miennes que les réflexes normaux, c'est-à-dire ceux provoqués par l'excitation minima suivent dans la moelle les trajets longs et passent à l'état normal par la partie supérieure de la moelle cervicale et la partie du bulbe qu'on désigne sous le nom de bulbo-cervico-spinale et qui est le siège de nombreux appareils réflexes. Plus exactement on peut dire que le réflexe suit le trajet de moindre résistance. La lésion expérimentale de cette région bulbo-cervico-spinale détruit tous les réflexes normaux, qui peuvent cependant se frayer un chemin par d'autres voies, mais il faut alors une augmentation considérable de l'intensité du courant excitateur. Les faits cliniques sont en faveur de cette opinion. On compte, en effet, actuellement dans la littérature médicale plusieurs cas où une lésion complète de la partie supérieure de la moelle abolit complètement les réflexes cutanés et tendineux. Dans tous ces cas l'intégrité absolue de la partie lombaire de la moelle a été constatée. Les réflexes jouent un grand rôle dans la pathologie des maladies du système nerveux, car beaucoup de phénomènes moteurs qu'on observe en clinique doivent être considérés comme réflexes, l'absence de tout substratum anatomique ne veut pas dire forcément qu'un symptôme donné ne soit pas d'origine réflexe. Le réflexe peut être modifié en plus ou en moins; en plus, on a affaire à la convulsion; en moins, à la paralysie. Or les convulsions et paralysies peuvent être l'une et l'autre d'ordre réflexe ou d'ordre anatomique. C'est pourquoi la valeur

(1) *Progrès médical*, 1896, 2e sem., p. 391-392; et 1897, n° 1, p. 12.
(2) Nous préférerions, dans des éditions ultérieures, voir disposer les notes justificatives au bas même des pages. Cela rend la lecture et la consultation des documents beaucoup plus facile.

© BIU Santé

des réflexes est très grande pour le diagnostic différentiel. Si on veut en tirer tout le bénéfice possible, il faut les étudier non seulement au point de vue de leur intensité, mais aussi examiner la courbe de la contraction musculaire produite par l'excitation sensitive (Babinski). D'ailleurs la valeur séméiologique des réflexes est relative et non absolue.

M. le Dr Babinski. — Je profite de l'occasion pour donner quelques renseignements complémentaires sur la recherche du réflexe cutané. Quand chez un sujet normal on chatouille ou on pique légèrement la plante du pied, il se produit une flexion des orteils. Quelquefois cependant, chez les sujets peu excitables, ce mouvement ne se produit pas et est remplacé par un mouvement de flexion du pied sur la jambe, on a alors l'impression de l'extension des orteils. Mais en regardant attentivement l'articulation métatarso-phalangienne, on voit qu'il se produit une flexion. Dans certaines affections de la moelle ou du cerveau ce mouvement normal de flexion est remplacé par un mouvement d'extension soit des cinq orteils soit du premier seul. On l'observe dans les myélites transverses et le mal de Pott; c'est surtout dans la paraplégie spasmodique qu'il est bien net. Si la paralysie est unilatérale, c'est du côté malade que le mouvement d'extension se produit; de l'autre côté le réflexe reste normal. Dans l'hémiplégie par ramollissement ou hémorragie on peut l'observer 15 à 20 heures après l'accident et il est même plus net que plus tard. C'est un élément de diagnostic important dans les affections du système nerveux central surtout quand le système pyramidal est atteint. Dans l'hystérie on ne le constate jamais. Ceci ne s'applique qu'aux adultes; chez les nouveau-nés le mouvement d'extension des orteils est très net.

M. Crocq père. — Si le réflexe doit passer par les parties supérieures de la moelle comment se fait il que quand la moelle est sectionnée le réflexe se reproduit tout de même? Dans le mal de Pott quand il y a paralysie les réflexes sont pourtant exagérés. Le réflexe doit donc se faire alors par le chemin le plus court. Dans les maladies des articulations il y a une contracture des muscles d'origine réflexe, puisqu'elle persiste lorsque la douleur a disparu. On ne peut donc pas admettre que dans tous les cas le réflexe suit le chemin le plus long.

M. Van Geruchten. — Je crois d'après l'expérience même de M. Mendelsshon que le réflexe normal doit prendre le chemin le plus court. Dans certains cas cliniques où il y a lésion transversale complète de la moelle le réflexe cutané plantaire persiste et cependant la moelle cervicale est lésée. L'excitation prend donc alors la voie la plus courte.

M. Sanos reprend ses observations d'hier pour appuyer la thèse de M. Mendelsshon.

M. Mendelsshon. — Le réflexe prend surtout la voie la moins résistante; or pour que le réflexe passe par la voie transversale il faut une excitation plus forte. Dans les expériences de Rosenthal, le temps ni l'intensité d'excitation ne changent pas. Ce sont ces faits et les miens qui ont motivé mes conclusions.

La valeur diagnostique des symptômes prodromaux, qui précèdent de longtemps les manifestations de la paralysie générale.

M. le Pr Thomsen (de Bonn). — Le fait incontestable que la paralysie générale souvent n'est pas reconnue par les médecins praticiens, même dans des cas tout à fait manifestes pour le spécialiste neurologiste, s'explique par les raisons suivantes : 1° La durée de la paralysie générale est souvent beaucoup plus longue que l'on ne croit : une durée de 5, de 7 et de 10 ans n'est pas une rareté. 2° Au commencement de la maladie, les symptômes purement physiques peuvent prévaloir tellement que le diagnostic erroné d'une neurasthénie ou d'une syphilis cérébrale peut être fait. D'ailleurs on constate souvent des rémissions très longues et très fortes, pendant lesquelles tous les symptômes psychiques peuvent disparaître. La base anatomique de la paralysie générale est un processus qui subit beaucoup de rémissions et qui attaque des parties très différentes du système nerveux: d'où résulte la différence très prononcée des symptômes et de la marche de la maladie; lorsque la paralysie est manifeste, le processus anatomique est déjà bien avancé. 3° Il n'est pas suffisamment connu que certains symptômes caractéristiques de la paralysie peuvent précéder la manifestation de la maladie déjà *longtemps, un très grand nombre d'années*, comme des symptômes prodromaux plus ou moins isolés. Le symptôme d'Argyll-Robertson, le siège de Westphal, les ophthalmoplégies fugitives, les attaques paralytiques ou aphasiques, les troubles de l'articulation, l'atrophie du nerf optique et plusieurs autres, moins significatifs, appartiennent à ces prodromes très importants. Dans des cas où ces symptômes prodromaux sont constatés dans le status presens ou dans l'anamnèse, il est très souvent possible de faire le diagnostic certain ou probable de la paralysie générale longtemps avant la manifestation des symptômes psychiques : leur prise en considération met souvent à l'abri d'une confusion possible avec la neurasthénie ou la syphilis cérébrale. Il est très important de faire le diagnostic de la paralysie générale dans la première phase de la maladie.

M. le Dr Regnier (de Paris). — Je partage l'avis de M. le Pr Thomsen qu'il faut prêter la plus grande attention aux premiers signes physiques de la paralysie générale progressive. D'après une observation personnelle il peut s'écouler 3 ans entre l'apparition de ces premiers symptômes et l'apparition de la période confirmée. Il y a lieu de rechercher la syphilis chez ces malades, mais il ne faut pas croire que la syphilis cérébrale à forme de paralysie générale et la paralysie générale vraie soient identiques. La première a un début plus brusque, une évolution plus rapide et souvent elle guérit par le traitement spécifique. La syphilis chez le paralytique général n'est qu'une tare occasionnelle de plus. Mais anatomiquement aussi bien que cliniquement ce sont deux affections distinctes.

M. le Dr Antonelli (de Paris). — Un diagnostic erroné peut être fait dans les troubles oculaires entre la paralysie générale et la syphilis. Je ne pense pas qu'au début elle ait une grande importance. Souvent au début on trouve des troubles circulatoires du côté de la papille.

M. le Pr Thomsen attache une grande importance aux signes physiques. La tendance est trop exclusive; il faut aussi rechercher les troubles prodromiques intellectuels et moraux, car l'asthénie cérébrale est difficilement différenciable des simples troubles de la paralysie générale au début.

M. Crocq père a vu les rémissions de la paralysie générale durer 20 ans, il peut s'associer aussi des signes de tabes.

M. le Pr Thomsen. — L'inégalité pupillaire se trouve souvent aussi dans d'autres maladies, de même que l'atrophie du nerf optique et ces deux signes ne suffisent pas à eux seuls. Je n'attache pas une grande importance à l'existence de la syphilis. Je ne ne connais pas de cas ayant duré 20 ans; 10 ans ne sont pas rares, et je crois rare qu'on trouve des signes de tabes. J'attache en effet une grande importance aux signes physiques et je ne crois pas qu'on puisse faire un diagnostic sûr lorsqu'ils manquent, car on les trouve toujours au début, tandis que les signes psychiques peuvent ne pas exister.

Influence de l'accouchement sur les maladies nerveuses que présentent ultérieurement les enfants et en particulier sur la maladie de Little ou sur des états analogues.

M. le Dr Verrier (de Passy). — Après avoir rappelé les travaux de Duchenne et constaté l'insuffisance de sa classification, qui ne comprend que les paralysies infantiles obstétricales, M. Verrier propose une nouvelle classification, où il fait rentrer *toutes les maladies nerveuses infantiles* suites d'accouchement. La première classe comprend tous les traumatismes et les paralysies infantiles obstétricales de Duchenne; la deuxième classe, les maladies nerveuses d'origine infectieuse et toxique provenant de la mère, du père et de l'enfant; la troisième classe, celles d'origine *intra-utérine*, ou se produisant au moment de l'accouchement.

Il rapporte une observation pour chaque classe, prise dans le service de M. le Pr Raymond, avec son autorisation et conclut à introduire dans le cadre qu'il a tracé la paralysie spasmodique infantile, *ou spastic rigidity* de Little, ainsi que les origines de certaines syringomyélies, dues à des hématomyélies traumatiques survenues au moment de l'accouchement.

Mais il insiste sur l'insufflation de bouche à bouche ou avec le tube de Chaussier, qu'il accuse de produire des accidents toxiques par l'envoi dans les poumons de l'enfant d'acide car-

© BIU Santé

bonique, qui ne serait pas sans influence sur les spasmes paralytiques des nouveau-nés, et qu'il range pour cette raison dans sa deuxième classe. Enfin M. Verrier soutient la théorie de M. Raymond pour le diagnostic clinique de la maladie de Little. 1° Etat spasmodique limité aux membres inférieurs; 2° troubles de la sensibilité avec anesthésie dissociée; 3° troubles du côté des sphincters; 4° naissance en état d'asphyxie par suite des difficultés de l'accouchement.

Si tout le monde est d'accord sur ce syndrome, on n'aura pas de peine à s'entendre sur le diagnostic anatomique. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et l'on a souvent pris des affections spasmo-paralytiques de l'enfance pour la maladie de Little vraie. D'où, les uns, avec M. Pierre Marie, assignent à la maladie de Little l'arrêt de développement du faisceau pyramidal ou sa dégénérescence, et, comme condition étiologique, la naissance avant terme, sans qu'il soit besoin d'y ajouter les difficultés de l'accouchement. Les autres, avec M. le Pr Raymond, prétendent que le fait d'être né avant terme n'est pour rien dans le développement de la maladie de Little; la production d'une lésion cérébrale antérieurement à la naissance ou au moment d'une naissance laborieuse est tout. M. Verrier se range à cette opinion et ajoute que l'insufflation par suite de l'asphyxie, notée par Little lui-même, est aussi un facteur important dans la production de la lésion cérébrale, et conclut à ranger la maladie de Little dans la 3e classe de sa classification.

M. le Pr Van Geruhten. — On a eu tort de mettre toutes les affections de paralysie spasmodique infantile dans le même groupe. On doit les différencier suivant la cause. Accouchement à terme et laborieux, accouchement avant terme et sans peine. J'ai pu examiner la moelle d'un fœtus de sept mois prise vingt heures après la mort. J'ai constaté que les filets nerveux des faisceaux pyramidaux de la moelle allongée n'étaient pas encore descendus dans la moelle. Ils mettent donc longtemps à y parvenir. Ceci explique pourquoi chez certains enfants la guérison est possible si l'évolution continue, tandis que chez d'autres elle ne l'est pas parce que l'évolution s'est arrêtée. Ceux-là seuls devraient être considérés comme atteints de la maladie de Little.

M. Glorieux a observé deux cas de paralysie obstétricale survenus dans une même famille. Le premier accouchement avait été laborieux, mais sans nécessiter une intervention. Le second avait été normal. Il y a donc dans certains cas une prédisposition.

M. le Dr Verrier. — Il ressort de cette discussion que le diagnostic de la maladie de Little est difficile.

Séance du 14 septembre (après-midi).

Présidence de M. le Pr Mendelsshon.

A l'occasion du rapport de M. le Pr Eulenburg.

M. le Dr J. Voisin. — M. le Pr Eulenburg a fait allusion dans le résumé du rapport que nous avons eu tous sous les yeux, au traitement thyroïdien. J'ai communiqué au Congrès des Neurologistes de Bordeaux cinq observations de malades que j'avais soumises à ce traitement et qui ont guéri. Depuis j'en ai soigné d'autres avec succès. Je donne pendant 10 jours 2 à 3 grammes de corps thyroïde, puis je suspend pendant 2 jours pour reprendre ensuite pendant 10 autres jours et ainsi de suite jusqu'à guérison. Les symptômes fonctionnels sont ceux qui disparaissent le plus facilement. Depuis les succès de cette méthode je me rallie à la théorie thyroïdienne de l'origine de la maladie. Seulement le traitement doit être attentivement surveillé pour éviter les accidents.

M. le Dr Foveau de Courmelles s'étonne que la glande thyroïde qui fait engraisser les bien portants fasse maigrir les obèses. Il signale de bon effets de ce traitement pour le goitre exophtalmique.

M. le Dr Regnier. — A la théorie de l'origine thyroïdienne de la maladie de Basedow, on peut objecter que tous les goitreux ne sont pas des Basedowiens. Ceux qui le deviennent ont des tares nerveuses personnelles ou héréditaires, si on compare le goitre exophtalmique à la neurasthénie, on voit que dans cette dernière il y a aussi un trouble secrétoire, c'est la déphosphatisation. Si on soigne ces malades par les injections de glycérophosphates, on peut les guérir; mais la guérison ne se maintient qu'à la condition que la médication soit maintenue pour ainsi dire indéfiniment tandis que si on les soigne soit par l'hydrothérapie, soit par la suggestion, soit par l'électricité, en un mot par un agent physique agissant sur le système nerveux, on les guérit au bout d'un temps plus ou moins long, mais la guérison se maintient. Il en est de même dans la maladie de Basedow. En somme dans les névroses les modifications des sécrétions sont sous la dépendance de la perturbation fonctionnelle du système nerveux, et c'est à lui que doit s'adresser le traitement.

M. Debray (de Charleroi). — J'apporte deux observations de goitre exophtalmique. Il s'agit premièrement d'une dame de 29 ans, qui portait un goitre exophtalmique. Je l'ai traitée par l'application directe de courants continus sur le cou. Comme elle était anémique, je lui ai fait prendre aussi de l'iodure de fer. Au bout d'un certain temps j'ai constaté chez cette dame une augmentation de poids de 9 kilos. Le pouls qui était de 140 avant le traitement était tombé à 90. L'exorbitisme avait beaucoup diminué. Mon autre observation a trait à une autre dame qui depuis trois ans souffre d'une déviation utérine et d'un goitre exophtalmique, les pulsations étaient au nombre de 180, l'exorbitisme assez prononcé. Au bout de trois mois de traitement par séances bi-hebdomadaires d'applications directes de courants continus sur le cou, le poids de la malade était monté de 3 kilos, le pouls était à 160, le tremblement avait disparu. Je crois pouvoir conclure que ce sont les troubles nerveux qui tenaient sous leur dépendance les modifications sécrétoites et je partage sur ce point l'opinion du Dr Regnier.

Sur l'acromégalie.

M. le Pr Tamburini. — 1° Dans les cas typiques d'acromégalie (30 avec autopsie, recueillis jusqu'à présent) ne manque jamais la tumeur de l'hypophyse. Cette tumeur est constituée ordinairement, ou par la simple hypertrophie de la glande, ou par un adénome total de l'organe, dans lequel sont conservés les principaux éléments constitutifs du corps pituitaire; 2° dans tous les crânes des géants observés (12) on trouve un agrandissement et une excavation de la *sella turcica*, telle qu'on est autorisé à en conclure qu'il y avait toujours tumeur de l'hypophyse; 3° donc l'accroissement pathologique des os, soit pendant la période de formation et d'évolution de l'organisme (gigantisme), soit pendant une période plus avancée (acromégalie), s'accompagne toujours d'une tumeur de l'hypophyse; 4° le fait qu'on ne trouve jamais dans l'acromégalie l'atrophie de l'hypophyse, et qu'on ne trouve jamais de phénomènes d'acromégalie dans les cas de tumeurs éthérologues (atypiques) de l'hypophyse, démontre que cette maladie n'est pas liée à l'abolition de la fonction de cet organe; 5° la présence constante de la tumeur de l'hypophyse dans l'acromégalie et dans le gigantisme, et la nature de la tumeur, hypertrophie ou adénome typique total de l'organe avec conservation de ses éléments constitutifs, parlent en faveur de l'hypothèse que l'acromégalie soit liée à l'hyperfonction du corps pituitaire.

(*A suivre*). [A. P. S.]

II. — Section de Psychiatrie.

Des relations entre les psychoses, la dégénérescence mentale et la neurasthénie.

M. le Dr Lentz. — La nature des transmissions héréditaires est encore trop incertaine. Il vaut mieux étudier les signes objectifs par lesquels cette hérédité a l'habitude de se déclarer dans la descendance, c'est-à-dire des tares ou stigmates. L'auteur croit que la névrose, la psychose, la neurasthénie, etc., constituent des états évolutifs comprenant tout un ensemble de manifestations, depuis la simple prédisposition jusqu'à l'affection la plus développée. Même, il est déjà possible, dans l'état actuel de la science, pour plus d'un cas, de décider dès la première enfance si l'enfant deviendra épileptique, hystérique, neurasthénique ou psychosique. La dégénérescence comprend trois groupes d'affections : d'un côté, tous les états neurasthéniques, d'un autre côté les infériorités mentales évidentes, enfin les affections psychosiques.

M. Verhoogen (de Bruxelles). — Je crois qu'actuellement nous faisons de la neurasthénie, ce qu'il n'y a pas bien longtemps encore nous faisions de l'hystérie, une sorte de *caput mortuum*. Personne ne s'entend sur une acception précise et

© BIU Santé

rigoureuse de la neurasthénie. Il est cependant une neurasthénie à symptômes cliniques constatables et constants. Il serait bon de la définir exactement et de rétrécir le cadre au lieu de l'agrandir indéfiniment en y faisant entrer un nombre variable d'états nerveux divers.

M. LENTZ. — J'ai simplement voulu protester contre la tendance actuelle à étendre le cadre de la dégénérescence. Je suis cependant d'avis qu'il ne faut pas s'en tenir à des types trop restreints de dégénérés, mais qu'il vaut mieux étudier les types de transition, ainsi nous arriverons à faire un ensemble assez nettement caractérisé pour nous entendre.

Psychoses et Rêves.

M. le Pr SANTE DE SANCTIS (de Rome). — L'objet de ce rapport est de faire un examen critique de tout ce que nous savons eu égard aux relations qui peuvent exister entre les rêves et l'aliénation mentale et de contribuer, avec des observations personnelles, à éclairer et à compléter les diverses parties de cette question. Dans la première partie de mon travail, je parle des rapports d'*identité*, de *ressemblance* et d'*analogie* entre les rêves et les psychoses. Le rapport d'identité, admis par J. Moreau et A. Maury, n'est qu'une exagération; entre le rêve et la folie ne peut exister, en général, qu'un simple rapport d'analogie, dans certains cas particuliers on peut seulement parler d'un rapport de ressemblance. Ces cas concernent quelques psychoses aiguës provoquées par des intoxications, et les cas dénommés *états de rêve* (Traumzustände, Halbtraumzustände, stati 10 juanti, etc.). A propos de ces derniers, je trouve que l'idée que l'on a d'eux aujourd'hui en Allemagne et en Italie est indéterminée. C'est pour cela que je fais des distinctions que je crois utiles pour la nosographie psychiatrique. Aux rapports d'identité, de ressemblance et d'analogie entre le rêve et la folie, j'y ajoute un *rapport d'équivalence*, qui jusqu'ici n'a pas été pris en considération par les auteurs. En m'appuyant sur des observations personnelles, j'admets l'existence d'*équivalents oniriques* et *hypnagogiques* des attaques épileptiques et hystériques, et des délires hallucinatoires épisodiques des alcooliques. De même, j'établis quels sont les caractères principaux d'un équivalent oniro-hypnagogique en général. Dans la deuxième partie de mon travail, je m'occupe des *rapports étiologiques* entre le rêve et la folie; rapports, qui bien qu'ils soient admis par tous les auteurs, méritent pourtant une étude plus complète. Mon but est de déterminer les *différentes manières*, par lesquelles un songe peut donner origine à une maladie mentale. Pour arriver à cette détermination, j'examine les cas connus de la littérature et j'analyse un grand nombre d'observations personnelles. Le songe peut être cause de folie de deux manières différentes : 1° Il agit comme un *trauma* psychique ou comme une cause épuisante; dans ces cas la maladie qui en dérive a les caractères des neuro-psychoses traumatiques ou des psychoses par épuisement (Erschöpfungspsychosen); 2° c'est la matière même du songe, qui passe dans l'état de veille en arrêtant, en interrompant ou en troublant le cours régulier de l'association des idées. Ce deuxième cas présente bien des variétés. Je parle d'*états émotionnels* et d'*hallucinations oniriques prolongées*, d'*états émotionnels* et d'*hallucinations post-oniriques*, d'*états de croyance onirique*, parmi lesquels je place aussi les *paramnésies*, qui prennent leur contenu du songe. Ces formes sont toutes transitoires; ce sont des fragments, pour ainsi dire, de conscience onirique, qui se transportent dans la conscience de la veille. Mais, dans ces cas, la conscience de la veille peut se comporter de différentes manières; tantôt elle est suspendue, et alors l'hallucination, l'état émotionnel onirique, etc., suivent leur cours indépendamment; tantôt elle se confond avec l'état de conscience onirique même. Outre les formes transitoires, il y a des vraies psychoses complexes, à cours aigu, subaigu et chronique, qui ont leur origine dans l'activité onirique. Toutes les observations que je rapporte en montrent les caractères.

(*A suivre*). [A. P. S.]

III. — SECTION D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Séance du 17 septembre 1897 (matin).

PRÉSIDENCE DE M. REUTHERGEM.

De la valeur séméiologique des réactions anormales des muscles et des nerfs.

Rapport présenté par M. le Pr E. DOUMER (de Lille).

L'auteur établit que ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on peut exciter électriquement *uniquement* la fibre musculaire. Dans la plupart des cas les réactions musculaires que l'on obtient par l'application de l'excitant électrique aux *points d'élection* des muscles sont dues, pour la plus grande part, à l'excitation des filets terminaux des nerfs moteurs. Le terme d'*exploration des muscles* que l'on emploie si souvent en électro-diagnostic est donc tout à fait impropre. Il étudie ensuite par quel mécanisme se fait la réaction du muscle sous l'influence de l'excitation portée sur le nerf et il montre que cette excitation est *transformée au point excité* en onde nerveuse qui, à son tour, agit sur le muscle.

Après avoir dit que la plupart des réactions anormales décrites jusqu'ici (*réaction de dégénérescence, réaction myotonique, réaction de compression, réaction de la diathèse de contracture*, etc.), sont en réalité des *syndromes électriques* constitués par des *réactions élémentaires* plus ou moins nombreuses, il passe à l'étude successive de ces réactions élémentaires et arrive aux conclusions très importantes suivantes :

1° L'*hypoexcitabilité faradique*, qu'il propose de désigner sous le nom de *Réaction de Duchenne*, peut aussi bien tenir à une altération de l'organe réagissant (*le muscle*) qu'à une altération de l'organe excité (*le nerf*); elle correspond toujours à une *altération du système nervo-musculaire située en aval du point excité ou au niveau de ce point.*

2° L'*hypoexcitabilité voltaïque* conduit aux mêmes conclusions, c'est-à-dire qu'*elle correspond toujours elle aussi à une altération du système nervo-musculaire siégeant en aval du point excité ou tout au plus au niveau de ce point.*

3° Parmi les modifications *qualitatives* des excitations voltaïques, l'auteur étudie plus particulièrement les variations qu'il propose d'appeler *Réaction d'Erb*. Il montre que cette *Réaction d'Erb correspond toujours à une altération plus ou moins profonde des neurones moteurs périphériques au point même où porte l'excitation.* Elle est absolument indépendante des lésions qui peuvent être situées en amont ou en aval de ce point.

4° Les autres réactions anormales élémentaires sont encore trop peu connues, pour que l'on puisse en tirer des indications cliniques certaines.

5° Il est nécessaire d'adopter dans les recherches d'électrodiagnostic des méthodes d'exploration, permettant de connaître exactement la *caractéristique de l'excitation* et *la courbe de la réaction.*

Le rapporteur estime que l'on pourrait trouver dans les remarquables travaux du Pr d'Arsonval les éléments nécessaires à l'institution de pareilles méthodes.

M. FOVEAU DE COURMELLES. — Il y a des hystériques qui ont de l'insensibilité au courant faradique; il faut tenir compte de ce fait pour ne pas l'attribuer, à l'occasion, à une dégénérescence.

M. VERHOOGEN (de Bruxelles). — L'hyperexcitabilité galvanique du muscle est un des signes qui manquent le plus souvent dans la réaction d'Erb. Il faudrait, en effet, reprendre d'une façon plus scientifique l'étude des réactions électriques. D'autre part, dans un cas où toute réaction faradique et galvanique a disparu, l'étincelle produisait encore une contraction, qui permit de porter un pronostic moins désespéré; et la guérison complète survint en effet.

M. ALLARD (de Paris) a fait connaître un procédé qui permet d'évaluer très suffisamment la valeur qualitative de la contractilité musculaire en se basant sur le nombre des secousses par seconde qu'il faut donner au muscle pour obtenir la contraction tétanique. Celui-ci est normalement de 18 à 20. S'il y a hyperexcitabilité musculaire, il en faut moins; s'il y a au contraire affaiblissement, il en faut plus.

M. MARÉCHAL (de Bruxelles). — M. le rapporteur dit que l'excitation électrique des nerfs et des muscles n'agit qu'en aval du point excité. Pourquoi alors, dans l'hémiplégie, l'électrisation ne donne-t-elle pas d'indications sur les modifications de la contractilité?

M. DOUMER. — Je n'ai pas cherché à décrire d'autres réactions que celles qui sont classiques. Leduc a montré aussi la contraction localisée du muscle à l'étincelle statique; mais, si l'étincelle est dirigée sur le point moteur, il y a contraction en masse. Les trois réactions que j'ai signalées ont toujours été obtenues avec l'intensité minima.

M. le Dr REGNIER a constaté aussi, dans plusieurs cas où les réactions galvanique et faradique étaient éteintes, la persis-

© BIU Santé

tance de la réaction à l'étincelle. Il faudrait donc étudier désormais les réactions électro-statiques des muscles. Il voudrait savoir si les diverses formes de contraction signalées par le rapporteur sont obtenues indifféremment sur tous les nerfs et avec la même intensité.

La valeur thérapeutique des courants de haute fréquence.

M. le Pr J. Bergonié (de Bordeaux). — La question à résoudre est quelque peu prématurément posée, car les courants de haute fréquence et de grande tension ne sont véritablement entrés dans la thérapeutique courante que très récemment. D'autre part la réponse à une semblable question, j'entends une réponse limitée et complète, est toujours fort difficile, quel que soit le médicament ou la médication dont on veuille parler et l'on en trouverait très peu en thérapeutique générale dont on puisse résumer en quelques lignes les propriétés physiologiques et surtout les vertus thérapeutiques certaines. En ce qui concerne les courants de haute fréquence on peut dire que dès aujourd'hui leurs effets physiologiques sont nettement démontrés, que leur valeur thérapeutique est hors de doute, mais qu'il reste à déterminer mieux par une pratique plus longue et plus générale leurs indications et leurs contre-indications. C'est au Pr d'Arsonval, de l'Institut de France, que nous devons, non seulement tout ce que nous savons sur les courants de haute fréquence, mais encore leur introduction en électrothérapie. Il en a créé la technique, déterminé les effets physiologiques, indiqué enfin les propriétés thérapeutiques essentielles, que d'autres sont venus confirmer par la suite. Ce rapport n'est qu'un résumé de ses travaux et de ceux encore malheureusement trop peu nombreux qu'il a inspirés.

Production des courants de haute fréquence. — Les dispositif d'Arsonval pour produire des courants de haute fréquence utilisables en électrothérapie consiste à employer la décharge oscillatoire d'un condensateur s'effectuant à travers un solénoïde de très faible résistance. Ce condensateur est d'ailleurs chargé par une source appropriée, bobine ou transformateur industriel. Le solénoide à gros fil est donc la source secondaire des courants de haute fréquence et de grande tension que l'on applique directement ou indirectement aux malades.

Méthodes d'application. — La première méthode d'application utilisée par d'Arsonval est celle de l'*auto-conduction*. Elle consiste à enfermer l'être à électriser dans un solénoïde ou cage sans aucune communication métallique avec lui. Ce solénoïde étant parcouru par le courant à haute fréquence, induit des courants énergiques dans toute la masse vivante soumises à son action. Une deuxième méthode consiste à relier le malade à l'aide d'électrodes appropriées aux spires de solénoïde primaire et à choisir le nombre de spires électromotrices convenable pour obtenir l'intensité désirée. Une troisième méthode (lit.) consiste à agir par condensation. Le sujet dans ce cas constitue l'armature d'un condensateur dont l'autre armature est très voisine de lui. Le diélectrique est formé soit par l'air soit par le matelas sur lequel repose le malade.

Enfin une quatrième méthode imaginée par le Dr Oudin consiste à utiliser un solénoïde supplémentaire ou *solénoïde résonnateur* et réuni au premier par l'une de ses extrémités l'autre étant utilisée monopolairement pour des applications sur la peau ou les muqueuses d'effluves extraordinairement abondantes.

Effets physiologiques des courants de haute fréquence. — C'est sur ces effets qu'est basé leur emploi thérapeutique. Le premier et le plus singulier c'est leur absence totale d'action sur la sensibilité; les nerfs moteurs ne sont pas davantage affectés pas plus que les muscles et le passage de ces courants, même à intensité formidable, ne provoque ni sensation ni mouvement. Mais l'action la plus remarquable de la haute fréquence, c'est l'activité extraordinaire qu'elle imprime aux échanges nutritifs. D'Arsonval a démontré cette action si remplie de promesses, par la mesure de l'augmentation de CO^2 produit et d'O absorbé, par l'évaluation de la chaleur produite en plus sous leur influence, enfin par la diminution du poids plus rapide des animaux.

Valeur thérapeutique, indications et contre-indications des courants à haute fréquence. — La valeur thérapeutique des courants à haute fréquence se déduit naturellement de leurs effets physiologiques. Cette valeur est considérable, car l'on ne possédait pas avant leur introduction dans la thérapeutique de moyen aussi simple et d'une innocuité parfaite, pour augmenter passagèrement tout en réglant cette augmentation, les échanges nutritifs de la vie cellulaire. Leur application est donc nettement indiquée dans cette grande classe si naturelle de maladies établie par le Pr Bouchard et qu'il a nommée maladies par ralentissement de la nutrition. On pourrait même dire que les courants de haute fréquence sont leur médication spécifique.

Résultats obtenus. Bien que déjà nombreux, les résulats obtenus n'ont pas encore la généralité qu'ils pourront avoir dans quelques années lorsque l'outillage qui sert à obtenir les courants de haute fréquence se sera plus répandu et que le nombre des observateurs aura augmenté. Cependant les premières observations ont été publiées par d'Arsonval et Charrin, puis d'autres beaucoup plus nombreuses et à deux reprises différentes par Apostoli et Berlioz. Les conclusions de ces auteurs sont concordantes. Ils ont trouvé une augmentation des combustions révélée surtout par l'analyse des urines. Au point de vue clinique, ils ont constaté entre autres phénomènes une amélioration certaine et progressive de l'état général. D'autre part d'Arsonval et Charrin expérimentant sur des cultures microbiennes et leurs produits ont constaté que les courants de haute fréquence atténuent les toxines bactériennes et que les toxines ainsi atténuées peuvent devenir des vaccins. La haute importance de ce fait vous échappera pas.

Enfin les applications percutanées des courants de haute fréquence ont donné entre les mains du Dr Oudin et de ceux qui l'ont suivi des effets très brillants dans les maladies de la peau. Ils font prévoir que là encore la valeur thérapeutique des courants de haute fréquence se montrera supérieure.

L'obésité et les courants de haute fréquence.

M. le Dr Foveau de Courmelles. — Les courants de haute fréquence du Pr d'Arsonval ont des effets puissants d'autoconduction, de self-induction organique se traduisant par la combustion inconsciente du tissu adipeux, par la régularisation de la chaleur animale, par un meilleur équilibre du système nerveux, et la récupération des forces. La température s'élève pendant les séances, et si la température ordinaire est au-dessous de la normale, cette normale se rétablit très vite et subsiste. Les règles se régularisent en quantité et en espace. L'obésité quelle que soit sa cause, cède rapidement et peu à peu, sans que le malade en éprouve aucune gêne. L'opothérapie (médication thyroïdienne) qui n'est pas toujours supportée quand elle est le seul traitement, devient, combinée à la haute fréquence, un adjuvant précieux de celle-ci, et nullement débilitante. La facilité d'application de la haute fréquence que le patient peut prendre sans préparation aucune, tout habillé, en fait également une médication de choix. (Suivent des observations nombreuses d'amaigrissement sans fatigue d'un kilogramme par semaine, par la haute fréquence seule ou combinée, et de récupération de température allant de quelques dixièmes de degré à 1 et même 2 degrés).

M. Regnier. — Il faut encore être très réservé pour se prononcer sur les avantages de la haute fréquence sur les autres modalités de l'agent électrique. Je n'ignore pas que M. le Pr d'Arsonval a fait magistralement ressortir l'action énergique de ces hautes fréquences sur la nutrition cellulaire. Cependant, ni dans le traitement du diabète ni dans celui de la neurasthénie, où la franklinisation a depuis longtemps fait ses preuves, la supériorité de la haute fréquence n'a été démontrée, au contraire. Et mon avis est que les médecins devront attendre encore, avant de faire l'achat d'un matériel encombrant et coûteux, que les indications et contre-indications des hautes fréquences soient mieux déterminées.

M. Gilles (de Marseille), garde aussi de grandes réserves au point de vue de l'action thérapeutique des hautes fréquences. Elles semblent agir par voie réflexe sur les centres nerveux, comme la faradisation généralisée. Quelquefois l'emploi des hautes fréquences donne de mauvais résultats. Dans la paralysie agitante, il a vu le tremblement augmenter; dans l'hémiplégie par hémorragie cérébrale la contracture musculaire se produire rapidement; pour la neurasthénie elle est aussi contre-indiquée au moins dans un grand nombre de cas. Quant aux applications locales dans les névrites, elles présentent les mêmes contre-indications que la faradisation ordinaire.

L.-R. Regnier.

© BIU Santé

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(*Moscou*, 19-26 *Août* 1897) (*suite*) (1).

SECTION DE CHIRURGIE.

Le traitement du mal de Pott.

M. le Dr CALOT (Berck-sur-Mer). — Je suis le premier à dire que, dans la voie du redressement de la bosse pottique, il faut avancer lentement et prudemment et quelques chirurgiens sont allés trop loin dès le début de leur pratique. Ces excès ne peuvent que retarder la vulgarisation d'une méthode appelée à rendre les plus grands services. Ces exagérations et ces excès appelaient logiquement une réaction qui, à son tour, a dépassé le but. Il ne pouvait en être autrement. Une adoption enthousiaste et une application trop étendue au début et peu après une réaction trop violente, allant jusqu'à la désapprobation, ne retrouvons-nous pas ces deux phases dans l'histoire de toutes les nouvelles conquêtes de la science? Ainsi en a-t-il été par exemple pour les traitements de la luxation congénitale de la hanche! Le temps a peu à peu raison des exagérations qui se sont produites dans l'un et l'autre sens et précise les cas où l'utilité de la méthode est indiscutable.

Pour que le traitement nouveau entre dans la pratique courante il faut, en premier lieu, *assurer sa parfaite innocuité*. Je suis bien d'accord avec les opposants là-dessus. Ma technique primitive avait paru demander trop de force; je l'ai modifiée de point en point, sans relâche, jusqu'à ce que j'aie été enfin bien assuré d'avoir atteint le but.

Actuellement, la manœuvre de correction dure quelques secondes; elle se fait sans secousses avec une douceur extrême. Elle consiste dans une traction du rachis d'une valeur de 20 à 60 kilog., suivant les âges. Cette traction est suivie immédiatement de l'application des pouces d'un assistant de chaque côté de la gibbosité pour réaliser une pression de 15 à 30 kil. Le redressement est fini; je construis aussitôt l'appareil plâtré; j'estime qu'ainsi modifiées les manœuvres de redressement représentent un traumatisme absolument insignifiant, ne pouvant jamais amener d'accident, soit dans le présent, soit dans l'avenir, et c'est aussi l'avis, je me permets de l'ajouter, des nombreux chirurgiens qui m'ont vu opérer à Berck.

Tenez-vous-en dans votre pratique pour le traitement de la tuberculose vertébrale à la correction obtenue par ces manœuvres si simples et si douces, que j'ai reconnues être suffisantes; elles vous donneront, en effet, dans les gibbosités récentes le redressement complet, et dans les gibbosités anciennes et plus marquées, la seule correction qu'il vous soit permis de rechercher au moins dans une première séance. Dans ce dernier cas vous recommencerez ces manœuvres tous les trois ou quatre mois au moment du renouvellement de l'appareil. Quant aux gibbosités qui résistent entièrement à une traction de cette valeur, soyez très circonspect pour l'instant s'il s'agit d'un mal de Pott: des manœuvres deux ou trois fois plus vigoureuses étant au contraire permises lorsque vous êtes en présence de déviations rachidiennes non tuberculeuses, par exemple dans la scoliose.

Un redressement, fait avec la douceur que j'ai dite, suivi d'un appareil de contention absolument parfait: voilà en deux mots ce qui caractérise ce traitement nouveau du mal de Pott, traitement très simple, qui est à la portée de tous les médecins. Il nous permettra d'améliorer plus ou moins grandement les gibbosités volumineuses encore en évolution; mais, surtout, ce qui est d'une importance absolument capitale à mes yeux, il nous permettra d'obtenir la guérison complète sans difformité dans tous les cas peu avancés, c'est-à-dire en réalité pour tous les maux de Pott à venir (puisque en pratique nous voyons tous ces enfants lorsque leur gibbosité ne date que de quelques mois au maximum). Voilà le bilan du traitement nouveau. Faites le bilan des traitements anciens et vous comprendrez que j'attende avec confiance votre jugement et le jugement de l'avenir.

(1) Voir *Progrès médical* des 28 août, 4, 11 et 18 septembre 1897.

Étude sur les végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance.

M. le Dr CUVILLIER (H.) (de Paris). — Les végétations adénoïdes sont loin d'être rares chez les nourrissons; cette affection revêt à cet âge une forme clinique spéciale et doit être ici considérée comme congénitale; elle se développe sous la double influence de l'hérédité similaire et de terrain et s'aggrave sous l'action de causes infectieuses. Les symptômes fonctionnels sont en premier lieu l'obstruction nasale et rétro-nasale, d'où troubles de la respiration et de l'alimentation, troubles qui amènent la cachexie adénoïdienne. Les signes physiques sont ici moins importants qu'à un âge plus avancé. Cependant, il faut signaler le facies déjà caractéristique, surtout pendant le sommeil du petit adénoïdien; la lèvre supérieure, se relevant plus ou moins, découvre les gencives et forme un arc à concavité inférieure. Le thorax peut aussi se déformer. L'examen du pharynx nasal ne peut se faire que par le toucher digital; on sent une tumeur molle et friable située entre la paroi postérieure du pharynx, la partie supérieure du voile et l'arrière-cavité des fosses nasales. On peut aussi observer des accidents auriculaires (surdité, écoulements, etc.). La marche de l'affection est essentiellement chronique. Le diagnostic différentiel est fait avec: 1° le coryza simple; 2° le coryza syphilitique; 3° la coqueluche; 4° une affection des voies respiratoires profondes; et 5° l'adénopathie trachéo-bronchique. Le pronostic est grave. Le traitement est médical (huile mentholée ou résorcinée) ou chirurgical (ablation des végétations).

Emploi des machines électrostatiques pour la radiographie et la radioscopie.

M. le Dr LEDUC (Stéphane) (de Nantes). — L'auteur est d'avis qu'il y aurait un intérêt pratique évident à remplacer les bobines par les machines électro-statiques, puisqu'un seul appareil, simple et d'un prix comparativement peu elevé, remplacerait la source d'électricité, rhéostats, galvanomètres, interrupteurs, bobine, etc. La machine Wimshurst, à chaque pôle de laquelle on suspend une bouteille de Leyde, dont l'armature externe est pourvue d'une chaîne traînant sur la table de bois, anime très bien les tubes de Crookes et peut par conséquent servir à radiographier toutes les parties du corps. Il existe de nombreux dispositifs à l'aide desquels les machines électro-statiques peuvent rendre aux médecins presque tous les services que la médecine peut attendre de la radiographie et de la radioscopie.

Traitement abortif de la blennorrhagie aiguë masculine par les pansements intra-uréthraux combinés avec les lavages antiseptiques de l'urèthre.

M. le Dr BOUREAU (de Paris). — La méthode des pansements intra-uréthraux, que je préconise dans le traitement de la blennorrhagie aiguë, enraye l'écoulement dans les 24 heures, quand elle est appliquée dès l'origine de cet écoulement; il ne reste plus qu'à maintenir la *guérison apparente* pendant quelques jours à l'aide de lavages antiseptiques de la portion pénienne du canal pour la transformer en guérison définitive. Un pansement intra-uréthral, que j'ai imaginé en 1891 (1), et que j'ai appelé uréthro-mèche, est fait en coton; il est souple et on l'introduit dans le canal à l'aide d'un mandrin souple également. L'uréthro-mèche peut être enduit de toutes les compositions médicamenteuses; celle que j'emploie est une pommade au sublimé au millième.

De 1892 au mois de mai 1897, j'ai traité par la méthode abortive 93 malades; je ne parle pas des malades que j'ai soignés en 1891; c'était la période de tâtonnement. Sur ces 93 malades j'ai obtenu 73 guérisons définitives, après 8 à 12 jours de traitement; 10 insuccès relatifs, puisque la guérison a été obtenue après un traitement d'un mois à deux mois et demi; enfin 10 insuccès complets. De ces derniers il faut en retrancher 3, les malades ayant abandonné le traitement le deuxième et le cinquième jour. En réalité, je compte 7 échecs sur 93 cas, soit un peu moins de 8 0/0.

Manuel opératoire. — Après les précautions antiseptiques

(1) *Annales de Méd. scient.*, 19 juillet et 2 août 1893.

© BIU Santé

d'usage, j'introduis mon pansement, préalablement enduit de pommade au sublimé; je laisse pendre au dehors le fil du pansement; je recouvre le méat d'un morceau de coton hydrophile et je ramène le prépuce par dessus; chez les circoncis, je place le gland dans une espèce de sac fixé à un suspensoir. Ce pansement doit être gardé de 3 à 7 heures, selon l'époque de l'intervention après l'infection; il doit être expulsé par l'urine et non arraché.

Il n'y a plus qu'à maintenir la guérison pendant une huitaine de jours, en faisant d'abord un lavage toutes les 12 heures, puis un seul par 24 heures, au sublimé, de la *région pénienne*. La surveillance des malades ne doit être supprimée qu'après la reprise complète des anciennes habitudes.

Les lavages doivent être faits avec une sonde Nélaton n° 10 (1). Il faut s'entourer de toutes les précautions pour que le liquide ne pénètre pas dans la vessie. C'est pour avoir négligé plusieurs fois de prendre ces précautions que j'ai eu les insuccès signalés ci-dessus.

En vertu de mes nombreuses observations, je me déclare l'ennemi formel des lavages vésicaux, faits pendant la période aiguë de la blennorrhagie; je les accuse de déterminer souvent des blennorrhagies chroniques très tenaces, sinon incurables.

De l'administration des poudres et des liquides par les voies respiratoires.

M. le Dr Leduc (de Nantes). — Les médicaments solides, sous forme de poudre, et les médicaments liquides (huile mentholée, etc.), sont depuis longtemps administrés par les voies respiratoires en insufflations pratiquées par le médecin en s'aidant du laryngoscope. Ce procédé présente beaucoup de défectuosités par suite desquelles il ne peut donner qu'une très faible partie des possibilités thérapeutiques de la médication. Ces défectuosités sont : 1° les difficultés de l'opération pour le malade et pour le médecin, résultant de la nécessité de l'emploi du larynxscope; 2° l'insufflation étant souvent pratiquée par le médecin ou moment de l'expiration, la poudre ou le liquide, repoussé par le courant d'air, ne pénètre pas dans les voies respiratoires et, se répandant dans la gorge et dans la bouche, ne produit aucune action thérapeutique; 3° Le défaut, de beaucoup le plus grave, de ce mode d'administration des médicaments, celui qui lui enlève toute sa valeur thérapeutique, c'est l'éloignement des séances d'insufflation qui, devant être pratiquées par le médecin, ne sauraient guère être renouvelées plus d'une fois par vingt-quatre heures. Il est absolument impossible, dans ces conditions, de se faire une idée des effets que peut produire l'introduction, fréquemment répétée, dans les voies respiratoires, de poudres ou de liquides médicamenteux. Pas plus que nous ne pourrions connaître la valeur thérapeutique du mercure dans la syphilis, ou de la quinine dans la fièvre paludéenne, si nous n'avions pu administrer la dose convenable de ces médicaments qu'une fois par mois, par exemple. Le procédé décrit dans cette note permet aux malades d'introduire, dans les voies respiratoires, les poudres ou les liquides médicamenteux, sans l'emploi du laryngoscope, sans le concours du médecin, et aussi fréquemment qu'il convient de le prescrire. Ce procédé consiste dans l'emploi d'un tube de verre de six millimètres environ de diamètre intérieur, de vingt à vingt-cinq centimètres de longueur ayant à l'une de ses extrémités une crosse d'un centimètre de longueur et faisant environ un angle de 100° avec le corps du tube; à quatre centimètres de l'autre extrémité se trouve une courbure d'environ 145°. Pour se servir de ce tube, on répand sur une assiette la poudre à aspirer, le malade introduit le tube dans la bouche, l'angle de la crosse contre la paroi postérieure du pharynx, la crosse en bas; il applique l'autre extrémité sur la poudre et aspire; la poudre entraînée par le courant d'air pénètre profondément dans les voies respiratoires, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par un examen laryngoscopique pratiqué aussitôt après l'aspiration; on voit alors le larynx et la trachée complètement recouverts de poudre; si l'opération est bien faite, la poudre ne se répand ni dans la bouche, ni dans le pharynx. Pour l'aspiration des liquides, on fait plonger l'extrémité inférieure du tube dans un verre à liqueur dans lequel on a mis la dose de liquide à aspirer. Dans les maladies du larynx, et en particulier dans la laryngite tuberculeuse, ce procédé nous a donné des résultats bien supérieurs à ceux de toutes les autres méthodes de traitement que nous avions employées jusque-là; par l'aspiration pratiquée quatre à six fois par jour de di-iodoforme en poudre fine, la laryngite tuberculeuse au début, et lorsque l'état général est bon, se guérit; dans la dernière période de la phtisie laryngée, ce traitement procure aux malades un soulagement qu'ils ne peuvent obtenir autrement; nous employons alors la formule suivante :

Di-iodoforme	10 grammes.
Chlorhydrate cocaïne . . .	0 gr. 10 centigr.
Chlorhydrate morphine . .	0 gr. 04 centigr.

en poudre impalpable; quatre à dix aspirations par jour. Ce mode de traitement permet d'employer toutes les poudres médicamenteuses, salol, calomel, acide borique, etc. On peut également aspirer des liquides variés; huiles mentholées, phéniquées, gaïacolées, cocaïnées, etc. Toutes les laryngites sont justiciables de ce mode de traitement. Chez la plupart de nos malades, nous avons vu, sans autre modification dans le régime et le traitement, que l'aspiration de poudres ou de liquides, l'état des bronches, des poumons, et l'état général s'améliorer notablement ce qui peut être attribué à l'amélioration du larynx; mais ce qui peut aussi être dû à la pénétration des médicaments dans les bronches, dans les alvéoles pulmonaires et dans la circulation générale; il est évident que les médicaments solubles peuvent être absorbés par cette voie; l'anthracose et la sidérose nous montrent que les poussières insolubles absorbées avec l'air inspiré peuvent pénétrer à travers les plus fines ramifications bronchiques jusqu'aux alvéoles pulmonaires; il doit donc en être ainsi des poudres médicamentaires insolubles introduites dans les voies respiratoires.

Les fausses cystites.

MM. les Drs F. de Grandcourt et A. Guépin (de Paris). — Par « fausse cystite », il faut entendre, selon nous, toute affection dont la symptomatologie peut faire conclure à l'existence d'une cystite, c'est-à-dire d'une inflammation vésicale, alors qu'en réalité la vessie reste saine. En effet, les lésions des organes de l'appareil génito-urinaire et même du voisinage, peuvent rapprocher et combiner leurs manifestations, de telle sorte que l'ensemble de signes ordinairement considéré comme pathognomonique de la cystite surgisse en dehors de toute altération vésicale. L'association des trois faits principaux (fréquence, douleurs, pyurie), qui suffit souvent à déceler le cystite, n'a rien d'absolument caractéristique, quel que soit l'ordre d'apparition et de succession des symptômes. La présence de microbes dans l'urine, la pénétration dans la vessie d'un pus septique et son passage prolongé par le réservoir urinaire, ne suffisent point toujours, même à la longue, à développer une inflammation vésicale. Et inversement, certaines cystites de la plus haute gravité évoluent dans des vessies insensibles et pour cette raison restent souvent ignorées.

Connues depuis Morgagni, les fausses cystites furent longtemps considérées comme un retentissement sur la vessie saine des lésions calculeuses du rein. Puis, peu à peu, et seulement de nos jours, on vit que les abcès, le cancer rénal et même les néphrites médicales pouvaient avoir une action à distance absolument identique. Souvent la lésion causale échappa aux observateurs; ils pensèrent à des vessies irritables, à des névralgies vésicales, à des cystites douloureuses, entretenues par la congestion locale ou par une infection propagée. Mais aujourd'hui, en utilisant les lois de Reliquet sur les réflexes génito-urinaires (1878) et tout ce qu'il a fait sur cette question (1885), il est devenu facile de comprendre le sujet dans son ensemble et de trouver la cause réelle de l'excitation vésico-uréthrale réflexe dans tous les points dont elle peut partir. Depuis quelques années, nous avons repris cette étude et elle fait l'objet de plusieurs publications détaillées (Thèse de doctorat, Paris, 1895. Revue générale de la *Gazette des Hôpitaux*, 1896, etc., etc.).

(1) Communication faite en 1892 à l'Académie de Paris. *Annales de méd. sc.*, 1892.

© BIU Santé

Dans la fausse cystite tout est réuni pour simuler une cystite vraie; cependant l'état d'excitation vésico-urétrale est sous la dépendance de lésions éloignées, rénales, urétérales, urétrales, chez l'homme et chez la femme; sous la dépendance de lésions de voisinage, périrénales, périurétérales, péricystiques; d'affections du système nerveux; de certaines diathèses ou intoxications. La congestion locale vient aggraver les accidents dont elle est la conséquence.

Le diagnostic avec la cystite est toujours chose délicate. L'examen complet du malade qui révèle en même temps une cystite présumée, une ou plusieurs des lésions causales admissibles de la fausse cystite, doit faire formuler toutes réserves sur l'état de la vessie et sur la thérapeutique locale à instituer. L'étude de la sensibilité vésicale, les caractères du pus des urines n'ont que peu de valeur. L'anesthésie générale serait, le cas échéant, un moyen de différenciation (Reliquet).

Mais le point capital sur lequel nous voulons encore une fois attirer l'attention, est le suivant : *les fausses cystites ne guérissent qu'avec leurs causes; elles sont toujours aggravées par le traitement intra-vésical.* Il en résulte que, contrairement aux données classiques, on ne devra pas toucher à la vessie au moindre signe de cystite (présumée) pour ne point compliquer souvent l'excitation vésico-urétrale réflexe, d'une irritation chimique, traumatique, ou même d'une infection. Nous avions jadis conclu ainsi et les faits observés depuis lors renforcent nos convictions. « A part des circonstances relativement rares, le malade atteint de fausse cystite bénéficiera toujours de l'abstention des moyens usuels de traitement local des cystites, autant que de l'application du traitement rationnel de l'affection dont il souffre.

La fréquence des fausses cystites, l'importance d'un diagnostic exact portant les indications curatives, attachent à cette question le plus vif intérêt.

Section de Pathologie générale.

Séance du 23 août.

De l'agglutination.

M. F. Widal. — Nous ne savons pas encore ce qui produit le phénomène de l'agglutination. Existe-t-il une substance chimique spéciale, apparaissant dans le sérum des infectés, et capable de produire le phénomène de l'agglomération? Ne s'agit-il que d'une qualité physique purement dynamique acquise par les albuminoïdes? Ce sont là autant de questions qui n'ont pas jusqu'ici trouvé leur solution. Les études que j'ai faites avec M. Sicard sur les matières albuminoïdes des humeurs agglutinatives et sur leur dialyse artificielle ne permettent pas de conclure. Si nous ne savons pas ce qu'est la matière albuminoïde, nous savons du moins ce qu'elle n'est pas. Nous avons montré avec MM. Sicard et Nobécourt qu'elle pouvait être dissociée d'autres qualités acquises par le sérum au cours de l'infection. Les preuves tirées de l'observation humaine et de l'observation expérimentale abondent pour montrer que la propriété agglutinante est indépendante de la propriété préventive et curative; elle n'est pas, comme on l'avait soutenu, une réaction d'immunité, mais elle est avant tout, comme nous l'avons montré, une réaction de la période d'infection. C'est là une simple constatation de fait qui, nous l'avons sans cesse répété, ne comporte pas de théorie. Ce fait reçoit chaque jour sa confirmation; s'il n'était pas exact, le sérodiagnostic n'existerait pas.

La propriété bactéricide *in vitro* peut également se trouver dissociée de la propriété agglutinative.

L'action lysogène des humeurs des vaccinés sur les bacilles introduits dans l'organisme animal, action dont le type est fourni par le phénomène de Pfeiffer, est indépendante, de son côté, de tout phénomène d'agglutination.

La transformation granuleuse *in vitro* subie par les bacilles sous l'influence de certains sérums est également indépendante de la réaction agglutinante.

Les qualités les plus diverses peuvent se superposer: ainsi, dans le sérum des infectés, elles coexistent mais peuvent être dissociées.

On peut créer des superpositions à volonté. Nous avons vu, avec M. Sicard, que l'on pouvait doter un même sérum de propriétés agglutinatives multiples pour différentes espèces microbiennes par inoculations successives à l'animal de cultures diverses.

L'agglutination artificielle produite par l'action de certaines substances chimiques n'a pas le caractère spécifique de l'agglutination produite par le sérum des organismes infectés.

Nouveaux procédés de séparation de l'échidno-vaccin et de l'échidnase du venin de vipère.

M. Phisalix.— J'ai démontré antérieurement que la matière vaccinante préexiste dans le venin de vipère et qu'elle ne provient pas de la transformation des substances toxiques : il suffit, en effet, de filtrer sur porcelaine une solution de venin pour lui enlever ses propriétés toxiques tout en lui conservant ses propriétés vaccinantes. Je suis arrivé au même résultat par un autre procédé qui offre certaines analogies avec la filtration, c'est-à-dire par la dialyse à travers du papier parchemin. Une solution de venin de vipère diluée à 1 p. 5.000 est versée dans un dialyseur. Au bout de 24 heures, l'eau extérieure est inoculée à un cobaye qui n'éprouve aucun symptôme d'envenimation et qui est *parfaitement vacciné*. On renouvelle cette eau extérieure et on recommence la même expérience 24 heures plus tard. Cette fois, l'animal inoculé avec cette eau de deuxième dialyse éprouve quelques symptômes d'envenimation et n'est *pas du tout vacciné*. Que conclure de ces faits, sinon que l'*échidno-vaccin* traverse la membrane du dialyseur plus rapidement que l'*échidnase* et que l'*échidno-toxine*. La préexistence dans le venin d'une matière vaccinale semble donc absolument démontrée et justifie la dénomination d'*échidno-vaccin*. Quant à l'*échidnase*, j'ai réussi à l'isoler par plusieurs précipitations alcooliques successives. Une solution de venin est précipitée par l'alcool : le précipité est redissous dans de l'eau et on ajoute de nouveau de l'alcool : nouveau précipité et ainsi de suite. Après 3 ou 4 manipulations de ce genre, l'*échidno-toxine* est détruite, et l'*échidnase* résiste; même à doses élevées elle ne produit aucun trouble général; comme elle détermine des accidents locaux très analogues à ceux de la pepsine ou de la pancréatine, et qu'elle est très altérable par la chaleur, le nom d'*échidnase* semble parfaitement légitime.

Sur les propriétés antitoxiques du sérum de vipère comparées à celles du sérum antivenimeux obtenu artificiellement.

M. Phisalix.— En 1894 (1), nous avons les premiers, M. Bertrand et moi, démontré que le sang des animaux vaccinés contre le venin de vipère possède des propriétés antitoxiques remarquables, et qu'il peut être considéré comme l'antidote physiologique du venin. Je n'insiste pas sur ces faits aujourd'hui bien connus et j'arrive immédiatement à la question qui fait l'objet de cette note. Les substances antivenimeuses qui apparaissent dans le sang des animaux immunisés artificiellement, existent-elles aussi dans le sang des animaux à immunité naturelle? C'est là un problème dont l'étude peut apporter quelque lumière dans les théories générales de l'immunité, et c'est à ce point de vue que je me suis attaché à le résoudre. Nous avons donc recherché si dans le sang de vipère dont on connaît, depuis Fontana, la grande résistance à son propre venin, il n'existerait pas des principes capables de neutraliser l'action physiologique du venin. C'est ce que l'expérience a pleinement confirmé. Il y a dans le sang de vipère, à côté de la substance toxique, une substance antitoxique. Pour mettre cette dernière en évidence, il suffit de détruire la première. On y arrive de deux manières : 1° en chauffant le sérum à 58° pendant 15 minutes; 2° en précipitant le sérum par 5 à 6 fois son volume d'alcool à 95°. Cette dernière méthode est préférable. La chaleur, en effet, non seulement détruit la substance toxique, mais affaiblit sensiblement la substance antitoxique, de sorte que, pour neutraliser une dose mortelle de venin, il faut une assez grande quantité de sérum chauffé, tandis que le précipité obtenu par addition d'alcool, séparé par filtration, desséché et redissous dans l'eau a perdu toute toxicité et possède au plus haut degré des propriétés antivenimeuses. Il suffit de mélanger une

(1) Voir *Semaine médicale* du 7 février 1894.

© BIU Santé

solution de ce précipité correspondant à deux ou trois centimètres cubes de sérum à une dose mortelle de venin pour rendre cette dernière inoffensive. Bien plus, on peut attendre 20 à 25 minutes après l'inoculation du venin pour injecter cette antitoxine naturelle ; dans ce cas elle agit aussi efficacement que le sérum antivenimeux artificiel. Ces faits ont été établis par des expériences exécutées parallèlement, dans les mêmes conditions, et par conséquent comparables. Ils montrent que, dans le sérum de vipère, il existe des substances dont l'action physiologique est identique à celles du sérum antivenimeux artificiel, et il est probable que ces substances jouent dans l'organisme de la vipère le même rôle que chez les animaux immunisés artificiellement. Cela nous amène à conclure que l'immunité naturelle, du moins en ce qui concerne les venins, se rapproche beaucoup de l'immunité artificielle, et que l'une et l'autre sont vraisemblablement engendrées par le même mécanisme. (*A suivre.*) [A. P. S.]

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. LE Dr NOIR.

XII. — La Cure d'altitude ; par le Dr P. REGNARD, membre de l'Académie de Médecine. — Paris, Masson et Cie, éditeurs, 1897.

XII. — M. le Dr P. Regnard écrit dans sa préface que son livre est un acte de reconnaissance, qu'il doit beaucoup à la montagne, peut-être d'exister encore. Empressons-nous de dire que la reconnaissance de M. P. Regnard a été large et que son beau livre sur la cure d'altitude paie avec usure ses dettes à la montagne.

L'ouvrage débute par une étude de climatologie des altitudes. La montagne a une atmosphère plus pure, l'oxygène n'y est pas en plus grande quantité, mais l'acide carbonique y est plus rare, l'ozone y est en proportions plus élevées. Dès l'altitude de 1.000 mètres, l'atmosphère ne contient presque plus de germes pathogènes ou autres. Les habitants de la montagne jouissent d'une immunité phtisique bien établie, et M. Regnard l'attribue : 1° au terrain mauvais pour le tubercule à cause de la puissance de l'hématose ; 2° à la rareté sinon à l'absence de l'agent infectieux (de Freudenreich) et à la dégénérescence de ce bacille par sa vie au froid pendant de longs mois d'hiver.

Le climat d'altitude a ses caractères particuliers : l'air y est raréfié et par conséquent contient *en poids* moins d'oxygène par litre et conduit moins bien les ondes sonores. Cet air plus frais en été qu'en plaine, est plus chaud en hiver au soleil et très froid à l'ombre. Il est très sec sauf durant les périodes de pluie. Le vent est rare en hiver dans la montagne. Les microorganismes sont rares et l'insolation y est très vive. Tous ces éléments concourent aux résultats physiologiques et thérapeutiques qu'on a réunis sous le nom de cure d'altitude.

Etudiant l'action physiologique des altitudes, M. Regnard décrit l'anoxhémie aiguë ou mal des montagnes et sa pathogénie. D'après lui la diminution de la pression atmosphérique est en cause mais par un procédé indirect. Sous faible pression l'oxygène fixé par l'hémoglobine diminue dans le sang et si l'action musculaire vient à se produire, la faible provision d'oxygène se consomme et l'asphyxie se produit. En séjournant dans la montagne, on s'acclimate facilement, une compensation hématopoiétique se produit par une véritable explosion de microcytes qui, se transformant en hématies, fixent de l'oxygène. Ces hématies en excès se résorbent lentement si l'on retourne dans la plaine. Chez les anémiques au retour dans la plaine, d'après les recherches d'Egger, le nombre des hématies diminue, mais cette diminution s'arrête quand il a atteint le taux normal. Il semble que là est le principal agent de la cure d'altitude. Toutes les fonctions nutritives sont par suite influencées par l'altitude. Le nombre des respirations et des pulsations augmentente d'abord pour se rapprocher ensuite de la normale lorsque l'hématopoièse compensatrice s'est opérée. A ce propos M. Regnard fait justice d'un préjugé accepté même par des pathologistes comme Eickhorst : c'est que l'altitude prédispose les tuberculeux aux hémoptysies. Expérimentalement M. Regnard établit que la vie à l'altitude ne modifie pas sensiblement la tension artérielle, les *hémoptysies* attribuées à ce genre de tension ne pourraient en dépendre et de fait elles n'existent pas.

Après ces études physiologiques, solidement étayées par l'observation directe et les nombreuses expériences de laboratoire, l'auteur aborde la thérapeutique par l'altitude : l'*hypsiätrie*.

Parmi les éléments de la cure d'altitude, nous avons vu qu'en première ligne il faut placer l'hypercythémie, mais à côté il faut signaler l'augmentation de l'appétit, la dilatation compensatrice du poumon qui déplisse toutes ses alvéoles pour résister à l'asphyxie physiologique antérieure à l'acclimatement. Selon l'expression de Lagrange, le principal élément curatif est dans l'effort que fait l'organisme pour s'acclimater.

Le choix d'une station est difficile. On ne peut trouver la station idéale privée de vent, de brouillard, de pluie, de froid, de chaud, gaie, reposante, bien installée et peu coûteuse, mais on peut se rapprocher de cet idéal. Le choix de l'altitude doit varier. Le malade doit tout d'abord se fixer à une moyenne altitude et ne monter plus haut qu'après un acclimatement préalable. En hiver peu de stations sont habitables. En été la meilleure époque pour aller à la montagne est du 1er juillet au 15 septembre.

La durée du séjour n'est pas fixe, elle doit être aussi longue que possible, et la cure doit se répéter indéfiniment. Le séjour routinier de 21 jours est absolument insuffisant.

Les *indications de la cure d'altitude* sont les anémies et plus particulièrement l'anémie palustre, les convalescences, certaines dyspepsies, les bronchites chroniques peu étendues, la neurasthénie, le morphinisme, l'hypochondrie, la mélancolie, etc. La tuberculose fera le sujet d'une étude spéciale.

Par contre, la cure d'altitude est nettement contre-indiquée dans tous les états aigus, aux phtisiques manifestement perdus, aux cardiaques ; les athéromateux, les emphysémateux, les bronchiectasiques souffriront de la montagne si leur affection est avancée. Les rhumatisants peuvent vivre dans les climats d'altitude sans dangers en prenant des précautions. L'épileptique, l'hystérique ne doivent pas aller dans la montagne qui les excite et leur nuit. Les enfants se trouvent admirablement de l'altitude qui est contre-indiquée aux vieillards. M. Regnard insiste sur une contre-indication d'ordre intellectuel qu'il considère comme absolue, c'est l'état d'esprit dit mondain. Dans les stations d'altitude on ne doit songer ni aux casinos, ni aux tripots, ni aux toilettes, ni à la musique, ni aux excès de restaurant qui règnent malheureusement dans trop de stations thermales.

L'ouvrage de M. Regnard se termine par une sorte de géographie hypsiatrique. Il divise les stations d'altitude en stations d'été et stations d'hiver. La France serait tout particulièrement bien douée au point de vue des stations d'altitude. Malheureusement le nombre des établissements organisés est très restreint.

Les stations intermédiaires au-dessous de 1.260 mètres doivent servir de transition. De 1.200 mètres à 1.800 mètres on a les stations d'altitude et de 1.800 mètres à 2.600 mètres sont les hautes stations que l'on ne doit recommander qu'aux personnes robustes bien que fatiguées.

Les stations d'été peuvent se diviser en groupe du Pelvoux avec les stations d'altitude de Monnetier (1.495 m.), de la Grave (1.526 m.) et la haute station du Lautaret (2.070 m.), le groupe des stations savoisiennes qui comprend les stations intermédiaires de Corbières (700 m.), de Treize-Arbres (1.171 m.), celles d'altitude du Praloguan, des Voirons, du Regard (1.400 à 1.500 mètres).

Les stations jurassiques comprennent Macolin, Saint-Cergues et Chaumont comme stations intermédiaires et Weissenstein (1.248 m.) comme station d'altitude. Il y a encore le groupe des stations du Mont-Blanc (Salvan, Chamonix, Champéry et la haute station du Montauvert à 1.921 m.), le groupe des stations vaudoises avec la station de Naye a 2.045 mètres, le groupe du Mont-Rose, dont la plus haute station est le Lac Noir, à 2.589 mètres ; le groupe du Haut-Valais, le groupe bernois, dont la haute station de Faulhorn est à 2.683 mètres, c'est la station la plus élevée d'Europe. Les stations abondent au Titlis, au Righi, dans l'Engadine.

Le groupe des stations d'hiver plus spécialement destinées au traitement de la tuberculose comprend les stations intermédiaires des Avants à 985 m., les stations d'altitude d'Ander-

© BIU Santé

matt (1.444 m.), de Leysin (1.450 m.), de Wiesen (1.454 m.), d'Hospenthal (1.484 m.), de Davos (1.558 m.), et la haute station d'Arosa (1.892 m.). Ces stations d'hiver ont comme qualité : pas de vent et beaucoup de soleil. Les prédisposés à la tuberculose mais surtout les tuberculeux confirmés doivent bénéficier du séjour dans ces stations. Elles ne sont réellement contre-indiquées qu'à ceux qui sont absolument perdus.

La lecture de la cure d'altitude de M. Regnard nous oblige à constater avec regret l'infériorité de notre pays au point de vue de l'organisation des stations sanitaires. Si ces stations sont peu développées chez nous, cela tient plus aux mœurs de la classe aisée en France qu'au manque d'initiative. Cette classe, en effet, est plus à la recherche des villes de plaisir et de jeux que des stations dont la situation géographique et climatérique peut assurer le rétablissement de leur santé physique affaiblie et l'équilibre de leurs fonctions psychiques surmenées.

Le livre de M. P. Regnard, outre la savante étude qui en fait le fond, donne des renseignements précis sur les stations des Alpes, des planches, des cartes, des figures très nombreuses ajoutent à l'intérêt du texte, il est édité avec luxe et toutes ces qualités réunies nous font présumer qu'il trouvera sa place dans bien d'autres bibliothèques que dans celles des médecins et des hygiénistes. J. Noir.

VARIA

Un Incident à la Maison Dubois.

M. le Dr Lucien Picqué, chirurgien à la maison Dubois, était appelé jeudi, vers onze heures du soir, par son interne pour donner des soins à un malade opéré l'avant-veille, et dont l'état s'était soudain aggravé. Le chirurgien demanda le transport du malade à la salle d'opérations. Mais comme il ne se trouva pas d'aide, M. Picqué envoya chercher l'économe, avec lequel il eut une altercation des plus vives. A la suite de cet incident, le chef de la direction des hôpitaux, interviewé, donna une version différente des faits avancés par le chirurgien de la maison Dubois : ce qui motiva, de la part de ce dernier, une lettre de protestation à l'adresse de l'Inspecteur général de l'Assistance publique et une autre lettre au Directeur de l'Assistance publique, pour se plaindre, étant appelé à minuit et demi pour une opération urgente, de n'avoir trouvé à leur poste ni le directeur, ni l'économe, bien qu'ils aient été prévenus par l'interne de garde.

Un caissier, dit M. Picqué, s'est présenté à leur place ; je n'ai pu accepter ses services, puisqu'il n'avait aucune qualité pour donner des ordres au personnel... Le service de nuit n'existe pas. J'ai été peiné de voir qu'on avait requis d'office pour ce service les filles attachées à mon service de jour, service pénible qui dure seize heures consécutives. Je les ai renvoyées dans leur dortoir, n'ayant pas la cruauté de leur imposer une fatigue bien au-dessus de leurs forces. Je vous adresse, Monsieur le Directeur, une protestation contre l'insuffisance du service de nuit et la négligence de la direction de l'hôpital Dubois, qui trouve un appui coupable chez certains employés de votre administration.

Ces jours-ci, M. le Dr Lucien Picqué a fait les déclarations suivantes à un journaliste :

L'incident doit être considéré comme clos à partir d'aujourd'hui. J'ai le plaisir de reconnaître que l'Assistance publique, désireuse de donner satisfaction à tous les chefs de service, a décidé d'organiser sans retard le service de nuit. Déjà, à mon insu et sur une demande antérieure, la création d'un deuxième poste de surveillante de nuit a été décidée, et dorénavant le service de la maison Dubois sera largement assuré. Je n'ai, du reste, qu'à me déclarer très satisfait de la courtoisie que l'Assistance publique a manifestée dans cette circonstance.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Louis CAMUSET (de Bonneval).

M. le Dr Louis Camuset, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Bonneval, chevalier de la Légion d'honneur, est décédé le 11 septembre à Bonneval (Eure-et-Loir).

Né le 8 décembre 1841 à Lyon, Camuset fit ses études à la Faculté de Médecine de Paris et fut nommé externe des hôpitaux. De 1862 à 1867, il fut médecin de marine, en Guyane, d'où il revint épuisé par l'anémie tropicale. Il passa alors sa thèse et se livra à la pratique médicale dans l'Eure-et-Loir, à Bonneval, pendant 13 ans. Il entra dans l'Administration comme médecin des asiles en 1881. Successivement médecin-adjoint et médecin en chef aux asiles de Vaucluse, Saint-Alban, Cadillac, Clermont, il revint en 1888 à Bonneval, où il vient de mourir à l'âge de 56 ans.

Membre de la Société médico-psychologique, lauréat de l'Académie de Médecine (prix Civrieux), en 1871, pour un travail sur la *Paralysie générale*, il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur à la suite d'une épidémie de choléra à Bonneval, en 1893.

Pendant ses 17 années de service, il a publié un grand nombre de travaux de clinique mentale, de médecine légale et d'anthropologie. Il a été un collaborateur actif des *Archives de Neurologie* et des *Annales médico-psychologiques*. On lui doit entre autres le rapport sur le *Délire des négations* au *Congrès des Médecins aliénistes* de 1892.

Les obsèques ont eu lieu à Bonneval le 14 septembre dernier. Cinq discours ont été prononcés : par M. le Sous-Préfet de Châteaudun, délégué de l'Administration ; par M. Isambert, député, vice-président de la Chambre ; par M. Jouanneau, conseiller général ; et les Drs Larrieu, représentant de l'Association des Médecins d'Eure-et-Loir, et Charon, médecin-adjoint.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 5 au samedi 11 septembre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.115, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 409, illégitimes, 161. Total, 570. — *Sexe féminin* : légitimes, 359, illégitimes, 186. Total, 545.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 au samedi 11 septembre 1897, les décès ont été au nombre de 736, savoir : 400 hommes et 336 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 3, T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 1, F. 0, T. 1. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0, — Coqueluche : M. 1, F. 1, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 1, F. 0, T. 1. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 93, F. 54, T. 147. — Méningite tuberculeuse : M. 13, F. 9, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 5, T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 37, T. 57. — Méningite simple : M. 8, F. 8, T. 16. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 15, F. 29, T. 44. — Paralysie, M. 3, F. 3, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 4, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 25, T. 55. — Bronchite aiguë : M. 1, F. 3, T. 4. — Bronchite chronique : M. 9, F. 8, T. 17. — Broncho-pneumonie : M. 5, F. 10, T. 15. — Pneumonie : M. 11, F. 8, T. 19. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 11, F. 8, T. 19. — Gastro-entérite, biberon : M. 26, F. 23, T. 49. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 5, T. 12. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 0, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 3 T. 5. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6. — Débilité congénitale : M. 16, F. 8, T. 24. — Sénilité : M. 8, F. 12, T. 20. — Suicides : M. 13, F. 5, T. 18. — Autres morts violentes : M. 13, F. 6, T. 19. — Autres causes de mort : M. 66, F. 42, T. 108. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 3, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 18. Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 14, illégitimes, 14. Total : 28.

Ecole de Santé de la Marine. — Sont admis, après concours, comme élèves du service de santé de la marine à l'Ecole de Bordeaux : 1° *Ligne médicale* : MM. Lafolie, Bougenault, Léger, Boussenot, Manine-Hintou, Roustan, Chagnolleau, Lamoureux, Verdier, Coquin, Latour, Margerie, Braud, Bellamy, Grostillez, Montel, Allain, Chemin, Balcam, Sorel, Donnet, Jousset. — 1° *Ligne pharmaceutique* : M. Lambert.

Conférence internationale de la Croix-Rouge. — La conférence internationale de la Croix-Rouge a été ouverte solennellement à Vienne (Autriche), par l'archiduc Louis-Victor, qui a salué les congressistes au nom de l'empereur François-Joseph. Il a exprimé la vive sympathie de l'empereur pour les travaux de la conférence. L'archiduc a relevé que, malgré les efforts des

© BIU Santé

grandes puissances pour maintenir la paix générale et empêcher toute perturbation. Les événements de ces derniers temps ont prouvé la nécessité de la création de sociétés de secours dues à l'initiative privée. La tâche principale de la conférence sera d'étudier les moyens de développer ces sociétés.

UN MÉDECIN ARRÊTÉ. — A la suite d'un accouchement malheureux, ayant amené la mort d'une femme, le mari a adressé au parquet une plainte contre le médecin appelé à cette occasion. M. Cochefert, chef de la sûreté, a fait procéder à l'exhumation du cadavre de l'enfant, pendant que le corps de la mère, qui venait de mourir à l'hôpital, était amené à la Morgue. On reproche à M. le Dr X..., qui est l'objet de cette plainte, de s'être servi, à défaut d'un forceps convenable, d'instruments de menuiserie pour opérer une version. Cette manœuvre aurait provoqué une péritonite. Telle est, du moins, la conclusion de M. Socquet, médecin légiste, chargé de l'autopsie. M. le Dr X... a été confronté à la Morgue avec les deux cadavres, et il a discuté sur son opération avec M. le Dr Socquet. Pour sa défense, il a déclaré que quand un médecin n'a pas sous la main les instruments chirurgicaux nécessaires, il peut, si le temps presse, se servir de n'importe quel objet. Il fallait, dans le cas en question, sauver la mère en sacrifiant l'enfant, et M. le Dr X... prétend avoir fait tout ce qu'il était possible de faire dans ce but.—Malgré ces explications, M. le Dr X... a été mis en état d'arrestation.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par arrêté ministériel en date du 22 août 1897, M. le Dr Monglond, président-fondateur du Comice agricole de Sornac (Corrèze) a été décoré du *Mérite agricole*.

LA FIÈVRE JAUNE EN AMÉRIQUE. — La fièvre jaune continue ses ravages dans la région du bas Mississipi. L'inquiétude règne. Dans les districts infectés, le service des trains est suspendu ou réduit. Jacksonville est à peu près dépeuplée par suite de la panique qu'a causée l'apparition de la maladie. Dans le voisinage de la Nouvelle-Orléans, 19 cas seulement de fièvre jaune bien définie ont été constatés. Les villes non atteintes observent maintenant une quarantaine rigoureuse. — De New-York, le 21 septembre, on signale deux cas de fièvre jaune bénigne dans l'Illinois. — A Madrid, le 21 septembre, le Ministre de l'Intérieur a recommandé aux préfets des provinces du littoral une surveillance spéciale des provenances des Etats-Unis, à cause de la fièvre jaune.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — *Au 64e d'infanterie.* — On écrit d'Ancenis qu'un nouveau décès causé par la fièvre typhoïde vient de se produire au 64e de ligne, en garnison à Ancenis. C'est celui d'un militaire qui, malade avant le départ de son régiment pour les manœuvres, n'était pourtant point allé à la visite médicale. En route son état empira et, ne pouvant plus marcher, il dut aller à l'ambulance et fut aussitôt évacué de la Roche-sur-Yon sur l'hôpital d'Ancenis. Il est décédé dimanche soir. Quatre autres malades sont en traitement au même hôpital pour la fièvre typhoïde ; leur état paraît plutôt satisfaisant.

A Saint-Dié. — La situation sanitaire s'est un peu améliorée à Saint-Dié; il n'en est pas de même à Gérardmer. Lundi, on enterrait encore un soldat de la garnison : c'est le neuvième ou dixième. Le directeur général du service de santé, M. Dujardin-Beaumetz, arrivait au moment même des obsèques. Il y a, en outre, beaucoup de malades qui ont été laissés à Gérardmer, pendant que leurs camarades se rendaient aux manœuvres.

En Tunisie. — On télégraphie de Tunis qu'on a exagéré les ravages de l'épidémie de fièvre typhoïde au 4e chasseurs d'Afrique à Tunis. Il est nécessaire de rétablir la vérité pour rassurer les familles. La fièvre typhoïde a fait pendant tout le mois d'août 26 victimes dont 20 chasseurs; depuis le 3 septembre, il n'y a eu aucun décès.

LA PESTE ET LE CHOLÉRA AUX INDES ANGLAISES. — A Bombay, au passage de l'*Ernest-Simon*, arrivé ces jours-ci à Marseille la peste et le choléra continuaient leurs ravages. Dans une semaine quinze cas de peste bubonique et soixante de choléra s'étaient produits. Le médecin du bord, interviéwé, croit plutôt à une recrudescence de l'épidémie.

LES MALADIES PRINCIÈRES. — *La Maladie de Henri XXVI.* — Les médecins ont prononcé leur diagnostic définitif sur l'état mental du prince Henri XXVI de Reuss. Le prince souffre d'une *maladie cérébrale*, dont il a subi les premières atteintes il y a deux ans et qui n'a cessé de se développer depuis cette époque. Entre autres symptômes de son mal, on constate une faiblesse de mémoire et de volonté, dont le malade souffre surtout depuis plusieurs semaines. Comme conséquence de ce diagnostic, on a déjà commencé les démarches nécessaires pour mettre le prince en interdit.

GRAVE ACCIDENT A UN PHARMACIEN. — Un jeune pharmacien, M. François Guiboulin, demeurant rue de la Tour, sortait de chez lui à bicyclette, se promettant de faire une joyeuse excursion aux environs de Paris. Un quart d'heure après, on le transportait à l'hôpital Beaujon, Au tournant des rues de Passy et de Boulainvilliers, une voiture l'avait pris en écharpe et renversé sur le pavé, lui passant sur le corps. Son état est grave : il a l'épaule gauche fracassée et se plaint de vives douleurs internes.

LE VOL AU NARCOTIQUE. — On télégraphie de Marseille que la justice vient d'être saisie d'une plainte d'un M. R..., employé de commerce, qui a été victime d'un vol en wagon, entre Nimes et Marseille. M. R... était employé à Nimes dans une maison de commerce depuis douze ans. Il rentrait à Marseille pour s'installer auprès de sa famille. Le vol a été commis dans des conditions qui rappellent celui du mois de juillet, où un négociant a été dépouillé de 60.000 francs, après avoir été endormi à l'aide d'un narcotique. En effet, M. R... a été seulement endormi, mais des individus avec lesquels il s'était lié à Nimes depuis quelques jours lui firent boire au buffet de Tarascon un breuvage blanc qui le jeta dans un état complet d'hébétement. — Quel breuvage ?

NÉCROLOGIE. — M. le Dr JOUBERT (d'Entrains). — M. le Dr SERRES (de Limoux). — M. le Dr THIÉRY (de Combles). — M. le Dr VALETTE (de Tulle), premier adjoint de cette ville. — M. le Dr MOUGEOT (de Bar-sur-Aube). — M. le Dr SEGUY (de Tuchan). — M. le Dr WATTENNES, de Bernot (Aisne). — M. le Dr Joseph BRASSEUR, administrateur de la *Gazette médicale de Liège*, ancien président de la Fédération Liégeoise, des Syndicats médicaux et du Cercle médical Liégeois président d'honneur de la Chambre Syndicale de l'Ouest, âgé de 57 ans. — M. le Dr H. WELCKER, ancien professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Halle. — M. le Dr R. BERLIN, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Sostock. — M. le Dr Braxton HICKS, ancien lecteur d'obstétrique à St. Mary's Hospital Médical School de Londres.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL NECKER. — Service de M. le Pr Le Dentu. — Pendant les vacances, M. le Dr MAUCLAIRE, chef de clinique, fera à 9 h. 1/2 à l'amphithéâtre, le mardi, une leçon de pathologie externe ; le vendredi, une leçon de diagnostic chirurgical.

MATERNITÉ DE BEAUJON, 51, rue de Courcelles (service du Dr Ribemont-Dessaignes). — M. le Dr G. LEPAGE a commencé, le vendredi 3 septembre, à 4 heures du soir, des conférences de *Clinique obstétricale* ; il les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Anémie, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale : *Biosine Le Perdriel.*

Savon dentifrice Vigier, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES.

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER. — Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 40. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 2 OCTOBRE 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'anus iliaque dans la cure radicale du cancer du rectum (Procédé de A. Reverdin);

par le Dr René BELIN.

L'anus iliaque dans le traitement du cancer du rectum a subi dans ces dernières années une fortune singulièrement diverse : dominant depuis Pilore (1776)(1), la thérapeutique palliative du cancer de l'intestin, en France du moins (2), il fut érigé en méthode de choix par Lisfranc, Velpeau, Verneuil, Péan et Denonvilliers qui le pratiquaient seul ou suivi de l'extirpation par amputation du rectum, dans les néoplasmes ano-rectaux seulement. L'anus iliaque rendit pendant cette longue période de nombreux services, soit qu'il portât remède à des accidents aigus, soit qu'abolissant le passage des matières à travers le conduit dégénéré, il supprimât la douleur comme aussi l'action irritante propre à augmenter le développement du néoplasme.

En 1885 quand furent connus les manuels opératoires hardis proposés par Kocher et Kraske et permettant, après ablation complète du néoplasme, de rétablir les fonctions rectales par la confection d'un anus soit à sa place normale, soit coccygien ou sacré (3), l'anus iliaque tomba dans le discrédit. Pourtant, au fur et à mesure que les Kraske se multipliant, on put apprécier les résultats obtenus, les faits ne tardèrent pas à convaincre de l'inanité de certaines espérances (4). Outre l'incommodité d'un anus sacré que le sujet ne peut ni panser ni nettoyer seul, les récidives favorisées par les liquides irritants ont été nombreuses, fréquentes les fistules et suppurations de toutes sortes, l'anus soi-disant refait presque toujours désespérément incontinent. L'anus iliaque eut peu à peu de nouveaux partisans, et nous voyons MM. Gaudier, Quénu (5), Richelot, Bœckel, Chaput, Reverdin en affirmer à nouveau l'incontestable utilité.

M. Reverdin formule ainsi sa manière de voir : « *Il « faut considérer le rectum cancéreux comme un « organe indigne de remplir à l'avenir une fonction « quelconque et le supprimer d'autorité en l'extir- « pant comme une tumeur maligne aussi largement « que possible* (6). »

Voici d'ailleurs son procédé opératoire, dont l'anus iliaque constitue presque toute l'originalité.

Inciser le flanc gauche assez largement pour permettre d'attirer facilement l'S iliaque au dehors.

Placer sur la partie la plus inférieure de l'anse herniée, une ligature de soie, et au-dessus de celle-ci, deux pinces qui compriment l'intestin. Section entre les deux pinces.

Le bout inférieur lié reste donc retenu par une pince dans l'angle inférieur de la plaie. Sa surface de section est soigneusement désinfectée et entourée d'une compresse, tandis qu'on va s'occuper du bout supérieur.

Ce bout est attiré le plus au dehors que possible, puis fixé par des sutures dans l'angle supérieur de la plaie. Ces sutures adosseront la séreuse intestinale à la séreuse pariétale, tandis que d'autres fixeront encore la séreuse intestinale aux muscles et à la peau, de façon à préparer pour plus tard un orifice anal de quelque hauteur.

Ajoutons que ces sutures ne porteront point au voisinage immédiat de la surface de section de l'intestin, mais à 12 ou 15 centimètres plus haut, de telle sorte qu'une fois achevées, un bout libre d'intestin de pareille longueur pende en dehors de la plaie. On sera assuré d'éviter ainsi toute souillure du péritoine par les matières fécales. Mais pour accroître encore cette sécurité, on placera dans ce bout libre un cylindre de verre creux, long de 5 à 6 centimètres et large de 2 cent.,5 à 3 centimètres. Sur sa face externe est ménagée une dépression; c'est à ce niveau qu'une forte ligature fixera l'intestin.

Les matières fécales s'écouleront facilement par ce tube et, afin de les conduire plus sûrement et le plus loin possible au dehors, on coiffera encore le tout d'un long manchon de caoutchouc très mince, très léger, lié, lui aussi, sur la gorge du cylindre et dont l'extrémité inférieure baignera dans un bassin placé au pied du lit destiné à recevoir les matières fécales.

De la sorte, aucune contamination due au bout supérieur ne sera possible durant les manœuvres qui vont suivre sur le bout inférieur.

L'idée d'éloigner de la plaie abdominale les matières fécales m'a été suggérée par un travail publié dans les *Annales de la Société belge de chirurgie*, n° 3, et signé Dr Desguin.

Dans ce travail, intitulé : *Nouveau procédé d'entérostomie*, notre ingénieux confrère propose, lorsqu'il s'agit d'établir un anus contre nature sur l'intestin grêle, d'attirer 10 à 15 centimètres de celui-ci; de placer sur chaque bout au ras de la peau une pince ou une ligature provisoire, de sectionner l'anse en son milieu, puis d'introduire dans chaque extrémité un tube de caoutchouc sur lequel on lie l'intestin au moyen d'un gros catgut.

Ce procédé, on le voit, diffère essentiellement de l'anus contre nature de Littré classique : le principe dominant de médecine opératoire consiste dans la section de l'intestin, la ligature et l'oblitération définitive du bout inférieur; enfin dans l'attraction au dehors d'une certaine longueur du côlon et sa prolongation par l'intermédiaire d'une canule de verre. La section de l'intestin avait été peu auparavant pratiquée dans un cas analogue par Bœckel qui sectionna le mésentère sur une hauteur de 7 centimètres, en ayant soin de lier au catgut les vaisseaux importants; le chirurgien de Strasbourg avait respecté la perméabilité du bout inférieur. La suppression du bout inférieur a été pratiquée comme procédé de nécessité par M. Quénu, qui conseille, au cas où l'affrontement sans traction (*a fortiori* l'invagination) deviendraient impossibles, à la fin de l'opération, par suite de l'excès de longueur de la portion extirpée, de se débarrasser du bout inférieur en le retournant comme un doigt de gant de bas en haut et en l'étreignant d'une ligature au niveau de l'orifice inférieur de l'anus iliaque (1). M. Quénu s'est également servi d'une canule d'aluminium pour prolonger l'intes-

(1) Piéchaud. — *Traitement du cancer du rectum*. Th. agrégat., 1863.

(2) Les chirurgiens anglais ont toujours préféré la colotomie lombaire d'Amussat, sans doute par crainte d'effraction du péritoine.

(3) Kocher. — *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Band XIII, Congrès de Copenhague, 1894.

(4) Kraske. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1887.

(5) Quénu. — *Presse médicale*, 1895.

(6) Reverdin. — *Bull. de la Soc. de Chir.*, 2 juin 1897.

(1) Quénu. — *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1897, 24 fév.

© BIU Santé

tin en cas d'impossibilité de la suture circulaire (il s'agissait alors d'un anus coccygien); cette canule fut remplacée plus tard par un simple drain; ce moyen était proposé également il y a quatre ans par le Dr Paul (de Liverpool) (1).

OBSERVATION PERSONNELLE.

Ayant eu récemment l'occasion d'opérer à notre clinique une malade de 57 ans atteinte de cancer du rectum (type infra-péritonéal), tumeur bosselée très irrégulière, anus envahi et déjà détruit par une opération atypique antérieure pratiquée par un confrère, nous suivîmes pas à pas les temps de l'opération de A. Reverdin et nous fûmes frappé de sa valeur et de sa simplicité; seule la suture du pédicule mésentérique fut laborieuse à cause de l'hémorragie que produit à ce niveau chaque point d'aiguille; le bout inférieur solidement lié et invaginé par un double surjet séro-séreux fut réduit dans le ventre. N'ayant pu nous procurer le tube-canule de Reverdin qu'il a eu l'obligeance de nous montrer depuis à sa clinique, je le remplaçai par un simple tube à essai de trois centimètres de diamètre après en avoir coupé le cul-de-sac au diamant : cette petite modification me parut avantageuse, car elle permet de voir la nature du liquide expulsé; je me servis, faute de mieux, comme tube efférent, d'une *chambre à air* de bicyclette dont le poids est très faible, comme l'on sait.



Fig. 16. — Anus iliaque au quatrième jour (Procédé Reverdin), opéré par M. Belin, le 1er août 1897.

Je terminai l'opération par l'extirpation de la tumeur par le Kraske. Durée totale de l'intervention : 2 h. 25 minutes.

Le premier jour des gaz passèrent en grande quantité.

Le deuxième jour, malgré l'opium, la malade eut une débâcle. Lavage de l'intestin au permanganate en solution à 1/2.000.

Le quatrième jour nouvelle selle demi-solide. Lavage.

Le huitième jour, section au thermocautère de la partie extériorisée par les soins du Dr Barbatis, mon chef de clinique.

(1) Paul. — *Brit. m. Journ.*, july 1892.

Conclusions. — Ne pouvant de deux cas isolés tirer des conclusions thérapeutiques catégoriques, nous nous bornerons aux réflexions suivantes :

1° La cure radicale du cancer du rectum par le procédé du Pr Reverdin est une opération parfaitement réglée et d'une exécution facile, tout en nécessitant, contrairement aux anciens procédés d'anus contre nature, une bonne installation, un arsenal très complet, une assistance spéciale.

2° Cette opération a peut-être le tort de prolonger une intervention déjà longue, mais cette objection tombe d'elle-même si on a soin de pratiquer l'anus iliaque quelques jours avant l'amputation du rectum.

3° Elle offre par contre le double avantage d'une exploration parfaite de la cavité abdominale et de la préservation absolue des plaies abdominale et rectale de toute souillure post-opératoire.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les opérations nouvelles et rares sur les voies biliaires (*suite*) (1).

La Chirurgie du Canal Hépatique (*suite*).

Par **Marcel BAUDOUIN**,
Préparateur du Cours d'Opérations à la Faculté de Médecine de Paris,
Rédacteur en chef des *Archives provinciales de Chirurgie.*

VI. — HÉPATICOSTOMIE.

Définition. — L'*Hépaticostomie*, comparable à la cholédochostomie et surtout à la cholangiostomie, est une opération qui, à première vue, ne paraît pas valoir mieux que ces dernières. Elle consiste à fixer à la paroi abdominale les bords d'une incision faite sur le canal hépatique ou ses principales branches, dilaté outre mesure.

Elle n'a été jusqu'ici exécutée que deux fois chez l'homme et cela en dehors de tout diagnostic précis. Elle n'a pas été couronnée de beaucoup plus de succès que l'hépaticotomie.

Il semble qu'on peut la faire non pas seulement *à travers le foie*, à la manière d'une cholangiostomie, comme dans les deux observations connues (HÉPATICOSTOMIE INTRA-HÉPATIQUE); mais aussi par la *face inférieure* de l'organe, à l'instar d'une cholédochostomie, si la dilatation de l'hépatique siège non loin de l'embouchure du cystique (HÉPATICOSTOMIE SOUS-HÉPATIQUE); toutefois cette variété opératoire n'a pas été utilisée jusqu'ici.

Historique. — C'est Thornton (de Londres), qui en 1888 semble avoir fait le premier cette opération. Il retira d'une *cavité dépendant d'un des gros rameaux d'origine de l'hépatique* 412 calculs. Mais cette observation est trop incomplète et trop peu précise pour pouvoir être utilisée au point de vue de la médecine opératoire de l'*Hépaticostomie intra-hépatique*.

OBSERVATION I.

THORNTON (Cas I) (novembre 1888).

Résumé (2).

CALCUL DANS UNE GROSSE BRANCHE DE L'HÉPATIQUE DILATÉE. *Calcul du cholédoque.* — HÉPATICOSTOMIE INTRA-HÉPA-

(1) Voir *Progrès médical*, 25 juillet et 1er août 1896; 5, 12 juin, 3, 24 juillet, 21, 28 août et 25 septembre 1897.

(2) Résumé d'après Courvoisier. — *Loc. cit.*, ch. III, 2e partie.

© BIU Santé

TIQUE (1). *Lithectomie du cholédoque par voie hépatique. Drainage. — Guérison.*

Femme, de santé délicate, âgée de 57 ans. Dans la région de la vésicule, tumeur sensible, adhérente à l'intestin. On sent des calculs biliaires à sa partie inférieure.

OPÉRATION. — Novembre 1887. — Vésicule atrophiée. Incision du foie, contenant des calculs biliaires situés à 1/2 pouce de profondeur, et très serrés les uns contre les autres. On en extrait 412. La cavité est formée par l'élargissement d'une branche de l'hépatique. On brise et extrait un calcul du cholédoque par cette voie de l'hépatique. On place un drain dans la cavité.

Suites. — Lever au 14e jour. Guérison parfaite.

Mayo Robson, le 5 février 1891, a pratiqué la même opération, en traversant le parenchyme hépatique, chez une femme atteinte de dilatation kystique du canal hépatique, suite de calculose cholédochienne. Il crut faire une *hépatolomie* ordinaire.

Voici cette observation *in extenso*, qui, elle, est très nette.

OBSERVATION II.

Mayo ROBSON (Cas I) (5 février 1891).

Traduction *in extenso* (2).

DILATATION KYSTIQUE DU CANAL HÉPATIQUE *par calculs du cholédoque. Calcul de la vésicule biliaire.* — HÉPATICOSTOMIE INTRA-HÉPATIQUE. — *Suites mauvaises. — Cholécystostomie à fixation dernière. — Cholédocholithotripsie infructueuse. — 2 fistules persistantes. — Mort par broncho-pneumonie.*

Mme H.-M. C..., âgée de 42 ans, est admise le 8 novembre 1890. Depuis six ans, elle est sujette à des accès de douleurs violentes, siégeant dans l'hypocondre droit, s'irradiant en avant et en bas du côté de l'ombilic, en arrière dans la région interscapulaire. Ces accès sont accompagnés de vomissements abondants de liquides mélangés de bile. Après chaque vomissement, la douleur diminue d'ordinaire, mais ne disparaît jamais brusquement.

En mai 1889, la patiente a remarqué pour la première fois la présence d'une tuméfaction dans le côté droit de l'abdomen ; elle avait environ le volume d'un œuf de poule et faisait saillie au-dessous du rebord costal.

En septembre 1889, cette malade eut un accès douloureux très intense, accompagné de vomissements, qui durèrent presque continuellement pendant trois semaines.

En mai 1890, elle eut un autre accès, durant lequel apparut une diarrhée ayant tous les caractères de la dysenterie. Dans l'intervalle de ces attaques, santé relativement bonne ; il en fut ainsi jusqu'au 28 août ; ce jour, elle eut un petit accès de douleur et de vomissement. A cette époque, elle était enceinte et comptait accoucher bientôt à terme. Le 2 septembre, elle s'alitait en effet et le travail était normal. Le 6 septembre, accès violent. Le jour suivant, les urines étaient colorées par de la bile ; deux jours après, l'enfant mourait.

Le quatrième jour, prurit et selles argileuses ; le septième, début de l'ictère. Au bout de peu de jours, la jaunisse devint intense ; et, depuis cette époque, elle a persisté avec des vomissements fréquemment répétés. Mais les douleurs sont moins vives, reviennent seulement pendant peu de temps et ne sont jamais très aiguës. Parfois, léger œdème des extrémités inférieures la nuit, mais jamais d'anasarque généralisé. Elle a beaucoup maigri depuis qu'elle est alitée.

Etat actuel. — Le 8 novembre 1890, cette malade se présente dans les conditions suivantes.

Malade affaiblie, dans un état misérable. Ictère intense et généralisé ; peau rude et sèche. Prurit intolérable. Rien d'anormal dans la poitrine. Selles presque blanches. Urines chargées de bile. A l'examen du foie, on trouve qu'il y a une matité relative dès la quatrième côte droite et la ligne mamelonnaire gauche. Matité absolue à la sixième côte. Le foie descend jusque dans la fosse iliaque où il se termine par une extrémité bien nette, voisine de l'ombilic. On trouve, au voisinage, une tuméfaction globuleuse, à surface plutôt irrégulière, qui paraît avoir les dimensions de la paume de la main. L'extrémité du foie contourne à gauche cette tuméfaction et se dirige obliquement presque jusque dans l'hypocondre gauche. La surface du foie est bien lisse et ferme au toucher. Pas de fluctuation en aucun point.

Pendant les dix premiers jours de son séjour à l'hôpital, la malade fut surveillée avec attention, mais on n'observa rien de spécial, rien qui fût digne d'être noté. Elle n'eut ni douleur ni vomissement.

Le 16 décembre, M. le Dr Churton, qui avait été prié de voir cette malade, découvrit de la fluctuation au voisinage de l'ombilic et à droite. Une ponction aspiratrice donna six onces de liquide clair, faiblement coloré, pesant 1.008, contenant des traces d'albumine et une grande quantité de chlorures, de réaction neutre. On ne trouva aucun crochet d'échinocoque. Après cette ponction, l'état s'améliora un peu et l'ictère diminua légèrement.

La malade retourna chez elle sur sa propre demande, mais revint dès le 14 janvier 1891.

L'état général était le même qu'auparavant. La tuméfaction globuleuse était peut-être un peu moins volumineuse, mais en somme elle n'avait pas changé d'aspect.

On fit une nouvelle ponction exploratrice, cette fois sur la ligne médiane, à deux pouces au-dessus de l'ombilic. On retira un liquide ayant les mêmes caractères que celui de la première ponction.

OPÉRATIONS. — 1° *Hépaticostomie intra-hépatique.* — Ethérisation le 5 février 1891. Incision de deux pouces de long, verticale, sur la ligne médiane, descendant à un pouce de l'ombilic. Dès l'ouverture de l'abdomen, on vit la surface du foie. On enfonça une aiguille exploratrice à un pouce et demi *dans le foie* et on trouva du liquide dans une cavité de dimensions considérables en apparence. La cavité fut ensuite ouverte au thermocautère Paquelin. On recueillit cinq onces de liquide, mais deux ou trois onces furent perdues. Un tube à drainage fut placé dans la cavité et les bords de l'incision hépatique furent suturés au péritoine pariétal, à l'aide de la capsule de Glisson, qui, dans ce cas, était très facile à reconnaître. L'incision de la paroi abdominale fut réduite au moyen de deux ou trois points de sutures à la soie. On appliqua un pansement antiseptique.

L'opération avait été compliqué par ce fait qu'on avait lié les plus petits vaisseaux saignants, à cause de l'ictère.

Suites. — Après l'opération, la plaie suinta incessamment. Les points suintants furent d'abord tamponnés avec de la gaze trempée dans de la teinture d'hamamelis, puis liés ; des lavages avec de la teinture d'hamamelis très concentrée arrêtèrent le suintement seulement pour un temps. Dans la soirée du 6 février, la plaie fut pansée tout autour du tube à drainage avec du perchlorure de fer solide. Comme l'hémorragie ne s'arrêtait pas, on nettoya la plaie et la tamponna solidement.

Le 10 février, l'hémorragie s'arrêta et la bile commença à s'écouler par le tube. Depuis cette époque, la fistule fonctionna normalement et la malade s'améliora. La jaunisse diminua d'intensité pendant trois semaines, puis resta stationnaire.

Le 12 mars, la température s'éleva à 103° F. (39°,5 C.), avec du malaise, du mal de tête, etc. Cela passa, mais l'état demeura mauvais. La tuméfaction globuleuse située à droite de l'ombilic avait continué à augmenter. Fluctuation indistincte ; un peu de sensibilité à ce niveau. Comme l'ictère n'avait pas diminué beaucoup et que la tuméfaction était évidemment la vésicule biliaire lentement et graduellement distendue, on décida d'ouvrir l'abdomen en ce point et de drainer la vésicule.

2° *Cholécystostomie-cholédocholithotripsie.* — Le 13 mars, l'abdomen fut incisé sur la tumeur, qui était bien la vésicule distendue. On la ponctionna et on retira quelques onces de liquide.

(1) Courvoisier dit nettement : « Ici, on a nettement fait une *fistule au foie* », autrement dit une *hépaticostomie* ; mais Courvoisier n'a employé que le terme d'*hépatostomie*, qui a le tort de n'être pas assez précis.

(2) Mayo Robson. — *On Gallstones and their treatment.* — Londres, 1892, p. 237 (Cas n° 28). — Observation n° 32 de la *Series of operations on the Gallbladder and Bile ducts* (Communication au Congrès de Rome, 1894).

© BIU Santé

Après l'avoir entourée d'éponges on l'incisa. Un calcul, de forme cubique, mesurant environ trois quarts de pouce sur chacune de ses faces, fut trouvé dans la vésicule ; deux autres calculs, placés dans le cholédoque, résistèrent à des essais de broiement. Il était sage, puisqu'ils ne voulaient pas céder à une force modérée, de les laisser en place, à cause de l'état de la malade. C'est ce qu'on fit, puis on draina la vésicule, dont le fond fut suturé à la paroi abdominale.

Suites. — Après l'opération, la malade s'améliora un peu. La bile continua à couler par la première ouverture et seulement une once ou deux passèrent par la fistule de la vésicule. Les urines devinrent meilleures, et les pigments biliaires y diminuèrent.

La première semaine d'avril 1891, la malade désira retourner chez elle pour quelque temps ; ce qu'elle fit le 11, comptant bien retourner au bout de quelques jours. Malheureusement, trois semaines après, elle fut prise chez elle d'influenza et mourut de broncho-pneumonie (1).

Manuel opératoire. — La possibilité de cette *hépaticostomie intra-hépatique* s'explique par la dilatation énorme que peuvent atteindre les branches d'origine de l'hépatique et le canal lui-même au point où porte l'intervention. Dans certains cas, celle-ci peut être d'ailleurs si considérable qu'on peut prendre au début la poche biliaire qu'on a sous les yeux pour la vésicule. Et, si l'on incisait, on croirait faire une cholécystostomie.

Dans le cas de Robson, par erreur de diagnostic, on fixa le canal hépatique à la plaie, comme si l'on avait eu à exécuter, sinon une cholécystostomie à sutures dernières, du moins une *cholangiostomie*. Après avoir incisé la dilatation au thermocautère, M. Robson suture les bords de l'incision, faite en plein parenchyme hépatique, au péritoine pariétal, à l'aide de la capsule de Glisson. Il attaqua donc la lésion par la partie antérieure du foie : ce qui explique pourquoi il a intitulé ce cas : *hépatotomie*. Il aurait dû au moins écrire : *Hépatostomie*, comme Courvoisier l'avait fait pour l'opération de Thornton.

Nous avons dit qu'on soupçonne la possibilité d'agir sur certaines dilatations de l'hépatique par la face inférieure (comme on l'a fait lors de cholédochostomie), par exemple dans les cas analogues à celui rapporté par Bezançon ; mais jusqu'à présent, répétons-le, personne n'a opéré par la voie *sous-hépatique*.

Bien entendu, dans l'*hépaticostomie intra-hépatique*, on opère toujours sur les *branches* de l'hépatique, tandis que, dans l'opération pratiquée au-dessous du foie, on n'attaque que l'extrémité terminale du canal.

Indications. — C'est là une opération qui certainement n'a pas le moindre avenir. Elle ne peut être, en effet, que bien rarement indiquée ; et, dans les cas où elle le serait, peut-être vaudrait-il mieux tenter, si elle était possible, l'hépatico-entérostomie. En tous cas, M. Robson n'aurait pas dû la pratiquer, et, lors d'observations analogues à la sienne, c'est la cholédochotomie qui est l'opération à faire.

(1) Mayo Robson a, dans son livre (1892), intitulé cette observation : *Hépatotomie pour cirrhose hypertrophique avec kyste du foie ; cholécystotomie pour calculs biliaires.* — Il a eu raison plus tard (1894, Congrès de Rome) de changer ce titre en : *Kyste du foie dû à une dilatation du canal hépatique.* — Evidemment, les deux opérations pratiquées n'ont pas guéri sa malade, et si une broncho-pneumonie l'a enlevée si rapidement, cela tient certainement à son mauvais état général et à ses fistules biliaires persistantes, à ses calculs restés dans le cholédoque. La cholédocholithotripsie ayant échoué, il aurait fallu faire séance tenante la cholédochotomie. Encore c'est bien plutôt lors de la première intervention qu'il aurait fallu y recourir. Si l'intervention avait été complète dès le début, on aurait sans doute enregistré une guérison définitive.

Toutes les fois qu'une dilatation de l'hépatique aura pour cause un calcul du cholédoque, il faudra donc songer d'abord à enlever le corps du délit, ou bien se borner à une opération absolument palliative, à une anastomose. Mayo Robson a perdu sa malade pour des raisons diverses. A supposer qu'elle eût guéri de l'intervention, elle aurait gardé sa fistule, et celle-ci aurait persisté longtemps ! Il aurait donc fallu ultérieurement l'aboucher avec l'intestin. Ce qui n'aurait certes pas été très aisé.

Nous pourrions en outre répéter pour l'hépaticostomie ce que nous avons dit pour la cholangiostomie. Nous n'insistons pas, laissant aux faits ultérieurs le soin de plaider pour ou contre ce genre d'opérations, c'est-à-dire ces *stomies cutanées*, véritables pis-aller, qui ne sont sinon que des trompe-l'œil, que des procédés d'attente très aléatoires dans leurs résultats ; les *stomies viscérales* (anastomoses) ont au contraire un avenir plein de promesses (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Médecine, Science et Police.

Lors de l'incendie du Bazar de la Charité, la reconnaissance des cadavres a présenté, au point de vue médico-légal, un certain intérêt. En raison de l'importance du sinistre, on n'a pas, à ce moment, cherché à dégager les résultats obtenus par les médecins légistes, sans doute pour ne pas avoir l'air de remuer, même au nom de la Science, des cendres encore fumantes, des chairs horriblement frissonnantes. Pourtant, ces résultats ne doivent pas passer inaperçus des praticiens, peu accoutumés — et pour cause — à des recherches de ce genre.

Dans les catastrophes identiques, où les corps sont presque totalement consumés, ce qui donne le plus de renseignements pour l'établissement de l'identité du cadavre, en dehors des objets matériels, c'est le *système osseux* et surtout le *système dentaire*, qui persiste souvent malgré la violence de l'incendie. Quand on a affaire en effet à des gens du monde et surtout du grand monde, chaque personne, on peut le dire, a un appareil dentaire qui, par lui-même, est susceptible de fournir des caractéristiques très utiles à définir. D'abord la seule *forme* des mâchoires met sur la voie du sexe et de l'âge, de même que le *nombre* des dents qui persistent. Mais, qui plus est, chaque dent par elle-même devient un document précieux. Si elle est saine, par sa blancheur, sa forme, etc., elle peut conduire à la reconnaissance du sexe et de la condition sociale ; et, si elle est malade, si elle a subi un traitement quelconque, si elle a été plombée, aurifiée, mastiquée, elle peut mener jusqu'à la reconnaissance certaine du corps.

C'est ce qui est arrivé au Bazar de la Charité, pour le cadavre de la Duchesse d'Alençon. Son dentiste a retrouvé sa mâchoire, en examinant d'une part les

(1) Ajoutons que, pour nous, la *Cholangiostomie* est l'ouverture des *fins ramuscules biliaires* DILATÉS, tandis que l'*Hépaticostomie* est celle du canal hépatique et de ses grosses branches de bifurcation. — M. Ruotte (*Arch. p. de Chir.*, 1896) réserve avec raison le nom d'*Hépatostomie* à la simple incision du foie, les *canalicules biliaires* N'ÉTANT PAS DILATÉS. Cette dernière opération ne rentre pas dans notre cadre, mais bien dans l'étude des interventions portant sur l'organe hépatique en général.

© BIU Santé

vestiges d'un crâne carbonisé et en compulsant en même temps le registre d'observations, où était consigné le traitement subi par chacun de ses clients.

Quand on a à reconnaître le tronc d'un corps décapité, certains signes peuvent rendre les plus grands services. Ainsi, toujours lors du même cataclysme, on reconnut qu'à propos du prétendu cadavre de Mme de Luppé on se trompait, parce qu'elle avait subi antérieurement une opération (on lui avait pratiqué jadis l'ovariotomie) et que l'abdomen ne portait aucune trace d'incision. Nous avons cité ces deux faits parce qu'ils sont très démonstratifs; mais bien d'autres indices sont susceptibles de mettre sur la voie, de favoriser la découverte de l'identité. Les agents supérieurs de la police, les juges d'instruction intelligents, les médecins légistes très experts — ils le sont tous par définition, n'est-il pas vrai? — le savent bien. L'Anthropométrie proprement dite ne suffit plus; et, en fait, la Médecine et la Science en général peuvent rendre à ce point de vue des services très considérables. Dès aujourd'hui, à chaque fois qu'il en est besoin, la Police ou la Justice, grâce aux experts et aux laboratoires, tirent les plus précieux renseignements de tous les faits qu'elles peuvent constater, de tous les objets matériels qu'elles peuvent recueillir; mais certainement elles laissent encore de côté bien des documents, écrits ou non, qui pourraient leur être des plus utiles.

C'est ainsi qu'à notre sens certains *phénomènes d'ordre intellectuel*, s'ils étaient étudiés à fond par les procédés psycho-physiologiques modernes, fourniraient des données très précieuses. Nous ne pouvons ici entrer, on le conçoit, dans le détail de ces faits : ce qui nous mènerait trop loin; toutefois il nous suffira de spécifier que la manière de penser, de raisonner, d'un individu intelligent est peut-être presque aussi caractéristique de cet être humain que la longueur de son pied et de son cubitus, pour comprendre la portée de cette simple remarque.

En tous cas, il est des données, *matérielles* celles-là, qui devraient rentrer, dès aujourd'hui, dans les procédés de recherches de la Préfecture de Police, autrement dit au Service Anthropométrique. Nous faisons allusion aux caractères de l'*Ecriture*. Pour nous, qui pourtant ne sommes pas *graphologue*, l'écriture est vraiment l'expression d'un geste, au même titre que le facies d'un homme quelconque. Au dossier de ses clients, la Police devrait donc joindre un spécimen d'écriture. Il devrait s'y trouver au même titre que la photographie de face ou de profil que prend M. Bertillon. Qu'on ne dise pas qu'elle peut être simulée; cela n'a pas d'intérêt. D'ailleurs est-ce qu'on ne peut pas simuler de même une fausse expression de physionomie?

Nous ne voudrions pas qu'on interprète mal notre pensée et que l'on croie, même un instant, que nous attribuons une valeur indiscutable à la forme d'une écriture donnée, au point de vue de l'étude du *caractère*. Non; ce n'est pas cela que nous voulons dire. Nous répétons, qu'à notre avis, la *graphologie* pure n'a qu'un intérêt très secondaire. Mais l'écriture est, par contre, pour nous, un *signe d'identité* (ce qui est tout différent), au même titre que les traces des pieds nus d'un homme ou d'un animal sur le sable humide ou l'asphalte encore chaude; au même titre que les lignes du pouce de M. Francis Galton! En classant les divers types, d'après des procédés particuliers, analogues à ceux qui nous ont servi pour parvenir à un classement poussé à l'extrême limite de nos fiches bibliographiques, on peut arriver à en découvrir l'auteur, exactement comme M. Bertillon retrouve l'identité d'un voleur, quand il connaît la longueur des différents os qui le constituent! On n'attend pas de nous que nous esquissions ici ces procédés de classement. Nous avons voulu simplement attirer l'attention sur ces idées, qui, un jour ou l'autre, nous en sommes sûr, mèneront à des résultats pratiques très remarquables.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE, ÉLECTRICITÉ MÉDICALE, HYPNOLOGIE

BRUXELLES, 1897.

Séance du 15 septembre (matin).

PRÉSIDENCE DE M. LE Pr THOMSEN.

I. — SECTION DE NEUROLOGIE (*suite*) (1).

Le bégaiement.

M. le Dr CHERVIN. — La pathogénie du bégaiement a subi des fortunes diverses. Hippocrate et tous les anciens attribuaient l'origine du bégaiement à une humidité anormale du cerveau et cette théorie a vécu plutôt subie qu'acceptée jusqu'à la fin du XVIIIe siècle. Depuis, les uns l'ont attribué à un état spasmodique spécial des muscles de la langue, pour d'autres à une trop grande langueur ou à une trop grande brièveté de la langue. On a tenté, d'accord avec cette théorie, diverses opérations. En réalité, le bégaiement a sa place marquée dans la neurologie. Le bégaiement est une affection nerveuse caractérisée par des signes très précis et qui sont : 1° le début dans la première enfance; 2° disparition complète dans le chant; 3° troubles respiratoires. Il faut ajouter à cela un état mental spécial causé par des tares héréditaires souvent très lourdes; dans certains cas, cet état mental domine toute la pathologie, émotivité exagérée, phobie verbale, aboulie, tics, etc. Le traitement curatif doit donc répondre à ces multiples indications. Une expérience de 50 ans me permet d'affirmer que la guérison en trois ou quatre semaines est la règle pour les malades dociles dans la pratique de ma méthode.

SECTION D'ELECTROTHÉRAPIE (*fin*).

Traitement de la neurasthénie par l'électricité.

M. le Dr L.-R. REGNIER. — La neurasthénie, bien connue depuis l'ouvrage de Beard, a été traitée par tous les modes électriques, faradisation, voltaïsation, franklinisation, courants à haute fréquence. Dans le choix des courants il faut tenir compte de la forme de neurasthénie qu'on doit traiter : cérébrale, spinale, sympathique ou locale. Pour la neurasthénie générale, Beard et Rockwell ont préconisé la farasisation généralisée et la voltaïsation centrale qui leur ont donné de bons résultats. Les auteurs attribuent à la faradisation généralisée plusieurs effets : 1° Une action immédiate généralement réchauffante et tonique. 2° Des effets durables qui sont : l'amélioration du sommeil, l'augmentation de l'appétit, l'accélération de la circulation, la facilité plus grande encore de la digestion et de la défécation, l'augmentation de volume et de consistance des muscles, l'apaisement des douleurs, de la susceptibilité morbide, du sentiment de pression à la tête, de la nervosité et de la dépression mentale.

Le Dr Weir Mitchell, avec le Dr Flayfais, a aussi employé la faradisation généralisée et constaté son action de relèvement de la température du malade. Erb et Lowenfeld sont partisans de la voltaïsation stable du cerveau. Hutchinson a employé

(1) Voir le Numéro précédent.

© BIU Santé

trale et la faradisation généralisée. Je préfère la seconde et quelquefois j'associe la voltaïsation centrale stable à la faradisation des muscles. Rumpf a eu de bons résultats en excitant la peau avec le pinceau faradique chez les neurasthéniques très déprimés.

Vigouroux recommande le bain électrostatique négatif dont l'action est sédative; le souffle sur la tête pour chasser la sensation de casque, les étincelles sur les membres et le tronc contre les parésies, la friction chez les malades dont la sensibilité est émoussée. Quelques électrothérapeutes préfèrent la douche statique soit avec le disque à pointes de Baradin, soit avec l'araignée de Zuchot, soit avec des balais de chiendent.

Personnellement, nous pensons la douche statique supérieure à la faradisation générale ou à la voltaïsation centrale, à cause de la facilité de son application, du haut potentiel électrique employé qui permet une pénétration certaine de l'énergie électrique dans l'organisme, de la durée plus courte de l'application et de l'avantage qu'il y a à éviter au malade de se déshabiller. La douche statique peut être combinée à une médication interne. Nous préférons la laisser agir seule. Il suffit d'y ajouter un régime alimentaire spécial et certains exercices réglés. Les courants de haute fréquence ont été employés par Apostoli, mais les résultats cités sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse dire s'il convient de les substituer à la douche statique. Dans la forme spinale de la neurasthénie, la galvanisation habile et descendante de la moelle semble préférable à la faradisation. Les étincelles statiques ou la friction électrique de la moitié inférieure du corps sont les deux moyens qui nous ont donné les meilleurs résultats. Dans la forme dyspeptique la voltaïsation continue suivant le procédé de Betton Massey ou la franklinisation médiate par notre procédé sont plus particulièrement à recommander à cause de leur action spinale sur le chimisme stomacal qui s'ajoute à l'action générale. La neurasthénie sexuelle sera traitée à la fois par la douche statique et la voltaïsation ou la faradisation locale chez l'homme; chez la femme par la douche statique et la faradisation utérine dans les formes névralgiques. La forme locale sera traitée par l'étincelle statique ou la friction.

M. le Dr Veerhoogen n'a pas constaté de différence entre l'action des divers pôles. Il emploie chez les malades très affaiblis la friction ou les étincelles sur tout le corps.

M. le Dr Foveau de Courmelles. — La neurasthénie franche peut prendre divers aspects, et se localiser à tel ou tel organe; de là des confusions avec diverses affections morbides, qui en peuvent d'ailleurs présenter les symptômes. Cependant le traitement électrostatique qui peut améliorer ceux-ci, guérira le plus souvent la neurasthénie franche et constituera en quelque sorte la pierre de touche, c'est-à-dire un excellent moyen de la reconnaître. La franklinisation la meilleure consiste à faire passer un courant descendant par le malade qui, placé sur un tabouret isolant relié au conducteur négatif, recevra sur la tête, par des pointes, la douche positive. Sa durée doit être augmentée progressivement, et n'être pas considérable de prime abord sous peine d'excitation fréquente chez les débilités nerveux. Il est des neurasthénies très complexes ou plutôt se superposant à d'autres affections morbides (obésité, fibrômes...) qui exigent un traitement polyélectrique dont la modalité de courants applicables est déterminée par chacune d'elles. (L'auteur donne un certain nombre de neurasthénies vraies guéries par la franklinisation descendante, de neurasthénies avec obésité où la haute fréquence et la franklinisation combinées donnèrent d'excellents résultats et d'affections diverses avec symptômes neurasthéniques qui, par les traitements électriques appropriés avec la franklinisation comme dominante, s'améliorèrent rapidement).

Simplifications de l'outillage électrothérapique.

M. le Dr Foveau de Courmelles. — Les courants continus d'éclairage peuvent fournir des courants dosables et utilisables en électrothérapie soit en chargeant des accumulateurs, soit en actionnant à la vitesse voulue une dynamo transformatrice, soit en produisant des courants dérivés dans des tableaux rhéostatiques muraux (fils de maillechort et lampes) de l'auteur. Ces derniers courants, quoique ondulés, sont très constants et suffisent à toutes les pratiques électrothérapiques telles que électrolyse, courants galvano-faradiques et induits, lumière médicale et gastro-diaphanie...; et ce, sans avoir les dangers reprochés aux courants continus d'éclairage. Les courants alternatifs exigent un transformateur, mais sont de même utilisables. La charge des accumulateurs se fait économiquement, en divisant l'énergie du secteur entre eux et des lampes d'un voltage égal à la différence entre le leur et celui du secteur. Ces accumulateurs ou le secteur peuvent avoir les *mêmes* résistances, sans danger d'erreur avec une *seule* fiche mâle pour deux fiches femelles correspondant l'une au courant du secteur, l'autre au courant des accumulateurs. Ainsi aura-t-on instantanément, pour la pyrogalvanie, la radiographie et la haute fréquence, deux sources d'énergie se suppléant mutuellement. En électrostatique, le tabouret isolant se peut supprimer, tout fauteuil à pieds caoutchoutés et dépourvus d'angles le pouvant remplacer. En radiographie, radioscopie ou autoradioscopie, l'auteur a également perfectionné et rendu plus mobiles et plus simples les supports des tubes à vide, de l'écran fluorescent, du miroir...

Les rayons X et la nutrition des tissus.

M. le Dr Foveau de Courmelles (de Paris). — Les tissus vivants sont modifiés par les rayons X, les corps gras s'y résorbant tout d'abord, d'ou dessiccation, insolation, brûlure... Les accidents sont fréquents en *radiographie*, où les vibrations du trembleur de la bobine sont lentes, où le tube de Crookes non enveloppé laisse agir à la fois ses rayons X et ses rayons cathodiques. En *radioscopie* au contraire, le trembleur se meut rapidement, le courant a une plus grande fréquence, et d'autre part, l'ampoule à vide étant enveloppée de mérinos de coton noir pour éviter toute lumière étrangère aux rayons X, ne laisse agir que ceux-ci ; d'où la diminution constatée et l'insignifiance des accidents généralement réduits, même après des séances longues et prolongées, à une simple desquamation épithéliale. D'autre part, l'interposition entre le tube et le patient d'une lame d'aluminium supprime les accidents comme le font, au dire de maints auteurs, les rayons X obtenus par les courants électrostatiques ou de haute fréquence. L'autoconduction de même que les rayons X modifie les êtres vivants et les liquides bacillaires, sans faire varier le nombre des microbes; elle augmente la température et active les combustions. C'est là une nouvelle analogie démontrant que les décharges électriques dans les tubes de Crookes comme celles des condensateurs, *influencent* l'organisme, d'une façon semblable. Les rayons cathodiques paraissent seuls nocifs, et peuvent être facilement éliminés.

Du traitement électrothérapique et neuropathologie.

M. le Dr O. Swolfs. — L'électricité médicale a définitivement pris droit de cité dans l'arsenal thérapeutique. L'a-t-elle conquis comme le plus grand nombre des médicaments par l'usage empirique ? Les magnifiques travaux en physiologie et et en physiologie pathologique, les remarquables découvertes histologiques, les résultats curatifs indubitables de l'électricité dans presque tous les domaines de la pathologie, résultats appuyés par un fort contingent de faits cliniques incontestés, tous ces témoins véritablement scientifiques affirment l'efficacité incomparable de l'électricité comme agent thérapeutique de premier ordre. En neuropathologie surtout, l'électricité revendique son droit de priorité sur tous les autres remèdes. Elle satisfait au *desideratum* que Bouchard avec les thérapeutes les plus autorisés croyaient du domaine de l'idéal : elle représente « *la thérapeutique physiologique avec le contrôle de la thérapeutique statistique réalisant les indications de la thérapeutique pathogénique* ». Dans le traitement des maladies nerveuses ce n'est point seulement comme agent thérapeutique que sa réputation est consacrée; mais c'est aussi un précieux élément de diagnostic, comme un guide excellent et sûr pour le pronostic de plusieurs affections. A ces différents points de vue, l'hypothèse de l'électricité comme un des plus précieux auxiliaires a acquis une force indiscutable par la confirmation expérimentale, et est devenue aujourd'hui définitivement une certitude; chaque jour l'importance de l'électricité médicale grandit et s'impose. Mais cette certitude n'est cependant reconnue que par un petit nombre de praticiens; elle laisse les autres, parmi eux quelques neurologistes, sceptiques ou in-

© BIU Santé

crédules ; dès lors le traitement électrique n'est pas assez fréquemment employé. Cela tient évidemment pour eux à leur non connaissance des principes élémentaires de l'électrothérapie et du matériel indispensable à cette pratique thérapeutique. Ils ne peuvent conséquemment se résoudre à préconiser ce qu'ils ne connaissent point. C'est qu'en Belgique, dans aucune de nos Universités, l'enseignement officiel de l'électricité médicale n'existe, et les principes les plus indispensables au neuropathologiste ne sont même point appris aux élèves. A Liège seulement, notre distingué et savant confrère M. le Dr Mahaim a institué pour les vacances un cours d'électrothérapie au service de la neuropathologie. Et c'est tout ! Comme revue d'électricité médicale le *Journal de Neurologie* seul s'en occupe secondairement. Il est rare de trouver chez nos médecins les journaux qui, à l'étranger, ont une réputation et une vogue si méritées. Il est donc urgent et de la plus impérieuse nécessité, pour cette branche de l'art de guérir qui nous occupe spécialement, qu'à l'instar des autres pays une chaire d'électrothérapie soit créée dans chacune de nos Universités. L'électricité médicale, que les nombreux travaux et les récentes découvertes en électricité physique ont élevée à la dignité d'une science, aura bientôt repris alors pour tous les médecins et surtout pour les neuropathologistes, la place que nous ne cesserons de revendiquer pour elle. Il y va de l'honneur scientifique et de l'intérêt sacré des malades qui réclament nos soins.

Séance du Mercredi 15 septembre (soir).

PRÉSIDENCE DE MM. LES Prs THOMSEN (de Bonn) et LIÉGEOIS (de Nancy).

IV. — SECTION D'HYPNOLOGIE.

PREMIÈRE QUESTION : *Les suggestions criminelles.*

M. LIÉGEOIS (de Nancy), rapporteur. — Chez toute personne mise en état de somnambulisme provoqué on peut produire par suggestion verbale un véritable automatisme. Le somnambule peut être, sans le savoir, rendu l'auteur inconscient d'actes délictueux ou criminels, même de meurtre ou d'empoisonnement. En pareil cas, l'auteur du fait matériel est irresponsable comme ayant agi sans aucune liberté. Seul l'auteur de la suggestion doit être recherché et puni. Les faits expérimentaux et judiciaires joints à ce rapport viennent à l'appui de cette thèse. Une femme ou une jeune fille en état de somnambulisme peuvent être violées sans le savoir. A ce mal il y a un remède. Que chacun, homme, femme, jeune fille fasse essayer son degré de suggestibilité par un homme compétent. Si le sujet arrive au somnambulisme profond, il est alors indispensable de lui suggérer qu'il ne pourra être hypnotisé par personne et par aucun moyen. C'est une sorte de vaccination morale.

M. MILNE-BRAMWELL (de Londres) ne partage pas du tout les idées du rapporteur en ce qui concerne l'action de la suggestion criminelle et de l'abolition de la conscience par l'hypnotisme.

DEUXIÈME QUESTION : *Valeur thérapeutique de l'hypnotisme et de la suggestion.*

M. MILNE-BRAMWELL, rapporteur. — L'hypnotisme en tant que science remonte à 1841, époque à laquelle Braid commença ses études sur ce qu'on appelait alors le mesmérisme. A cette époque, sous l'influence d'Elliotson, ces pratiques avaient pris un développement considérable en Angleterre. De 1841 à 1860, Braid employa l'hypnotisme avec le plus brillant succès. Après sa mort, ces pratiques ne furent pas poursuivies jusqu'en 1891, où elles furent reprises par la *Society for Psychical Research*.

Le rapporteur a commencé à hypnotiser en 1889. La susceptibilité individuelle varie beaucoup et la difficulté de guérir augmente avec la gravité et la durée de la maladie et avec l'instabilité mentale du sujet. Quelle que soit la méthode employée, il n'a jamais vu le moindre inconvénient. Il a eu de bons résultats dans de nombreux cas : insanité morale, alcoolisme, morphinomanie, cocainisme, hystérie, hoquet, tremblement hystérique, neurasthénie, insomnie, migraine, chorée, obsessions, incontinence d'urine, névralgie faciale, aménorrhée, dysménorrhée, ménorrhagies, surdité, mal de mer, rhumatisme articulaire aigu et chronique, constipation, hyperhydrose, eczéma.

Tandis qu'Elliotson et Esdaile attribuaient les phénomènes de l'hypnotisme à une force mystérieuse, à un fluide émané de l'opérateur, ou de métaux, Braid prouvait leur origine subjective. Peu de personnes connaissent les travaux de Braid en dehors de la *Neurhypnologie* ; cependant ses autres travaux, dont j'en ai retrouvé 36, sont des plus importants et enseignent beaucoup de choses qui ne doivent pas être oubliées. Ainsi la démonstration des erreurs de l'Ecole de la Salpétrière par Bernheim et ses collègues, sont une reproduction des controverses de Braid avec les mesméristes. Les théories de Burcq reprises par Charcot avaient depuis longtemps été détruites par Braid. Il avait montré que l'influence des aimants, des métaux, des substances renfermées dans des tubes fermés, était de nature suggestive, et que des faux aimants produisaient les mêmes effets que les vrais, si le malade ignorait leur nature. Braid démontra que le sommeil hypnotique ne pouvait être produit par des moyens mécaniques seulement, sans que le sujet se doutât du but en vue ; il dissipa l'erreur que les hystériques seuls pouvaient être hypnotisés. Braid substitua le mot hypnotisme à celui de mesmérisme, et créa la terminologie actuelle. Plus tard, il rejeta le mot hypnotisme, qui impliquait l'idée de sommeil ; et il énuméra les nombreuses différences qui séparent ces deux états, différences que ne reconnait pas l'Ecole de Nancy. Selon Braid, la condition hypnotique est un état de concentration, de monoidéisme, tous les phénomènes dépendant des idées dominantes produites dans l'esprit du sujet. Un des énoncés les plus clairs de cette théorie fut publié en 1851 par John Hughes Bennett, professeur de Physiologie à l'Université d'Edimbourg. Au point de vue physique les phénomènes sont dus à des altérations dans l'activité fonctionnelle des fibres nerveuses de la matière blanche des hémisphères cérébraux. Une portion de ces fibres seraient paralysées par des excitations continues et monotones, tandis que l'action d'autres fibres subirait une exaltation correspondante. Ces changements produits dans les organes reliant les cellules, dissocieraient les fonctions des centres cérébraux. Exprimés en termes psychologiques, les effets seraient explicables par l'action des idées prédominantes, non soumises à l'inhibition ; d'autres idées, lesquelles normalement les auraient tenues en échec, étant abolies. Cet état psychique correspondrait à la suspension de l'influence de certaines parties du cerveau dont les fibres associationnelles ne fonctionneraient plus. Heidenhain revint, longtemps après, sur le côté physique de cette théorie, tandis que Bernheim en reprit la partie psychique. Selon lui, l'attention dans l'hypnose peut être dirigée d'un point sur un autre ; mais la concentration persiste. Le monoidéisme n'explique cependant pas tout, puisque plusieurs phénomènes très différents, tels que la rigidité musculaire, l'analgésie cutanée, l'hyperesthésie tactile, peuvent être évoqués simultanément chez le sujet. Ce fait prouve qu'on ne peut expliquer l'hypnose, par la concentration de l'attention sur un point donné. Si toute l'attention est nécessaire pour la production d'un effet, et si d'autres peuvent être provoqués simultanément, d'où provient la somme d'attention surnuméraire que la théorie demande pour leur production ? Braid hypnotisa, d'abord, par la fixation du regard, puis essaya certaines manipulations. Plus tard, il abandonna les méthodes physiques en faveur de la suggestion verbale. Selon lui les diverses méthodes physiques ne sont que des méthodes de suggestion indirecte. « Supposez », dit-il, « que l'opérateur, pendant qu'il fait des passes, parle et prédise ce qui va arriver ; la manifestation verbale peut être assez forte pour que l'effet prédit puisse se réaliser, au lieu de ce qui eût autrement été le cas ». Après avoir hypnotisé ses malades, il affirmait avec confiance les résultats qu'il désirait obtenir ; et chez certains sujets il trouva que ceux-ci pouvaient être modifiés simplement par le ton de la voix. Il ne considérait cependant pas la suggestion comme constituant et expliquant l'hypnose ; il la regardait comme un moyen d'exciter les phénomènes. En ceci il différait de la doctrine de Nancy, à laquelle on pourrait objecter que le succès de la suggestion ne dépend pas de la suggestion elle-même, mais des conditions inhérentes au sujet lui-même, telles que le désir et le pouvoir d'accepter et de mettre en action la suggestion. Ainsi on peut suggérer l'analgésie en termes identiques à trois sujets et obtenir des résultats différents chez chacun. La condition essentielle dans l'hypnose n'est pas la méthode employée, mais de l'état spécial qui permet aux phénomènes de se manifester. La suggestion n'explique pas plus ces phénomènes, que le coup de pistolet n'expliqua une course à rames ; tous deux ne sont que des signaux, des points de départ, rien de plus. Selon Braid, la condition de l'attention dans l'hypnose favorise la réponse aux suggestions externes, mais non la suggestion faite par une personne déterminée ; il est possible de créer par la suggestion un état artificiel dans lequel le sujet n'est en rapport qu'avec l'opérateur, mais cette condition n'est qu'apparente. Bernheim et Liébeault croient, au contraire, qu'il y a un rapport réel

© BIU Santé

entre le sujet et l'agent, et que cela découle, naturellement, des méthodes employées pour obtenir l'hypnose. Non seulement ce rapport existe, dit Berheim, mais l'influence de l'agent en dépend. Liébeault est du même avis, mais diffère sur un autre point. Tandis que Berheim croit que le rapport est le seul point qui différencie le sommeil hypnotique du normal, Liébeault cherche à prouver, par le rapport même, une analogie entre les deux états. Selon Braid, l'hypnose est caractérisée par des phénomènes mentaux et physiques, particuliers à cette condition. L'hypnotisé a acquis des facultés diverses et nouvelles qu'on ne retrouve pas en dehors de cet état, mais il n'a pas perdu sa volonté et son sens moral. Braid croit avoir prouvé que personne ne peut être affecté en aucune façon par l'hypnotisme, sinon de son propre gré. Ses sujets étaient dociles et obligeants, mais malgré cela ils refusaient toute suggestion criminelle, ou même développaient un sens des convenances supérieur à celui qui leur était naturel. Bernheim et d'autres membres de l'Eco e de Nancy diffèrent entièrement de ces idées. Ils tiennent la volonté du sujet pour affaiblie, ou détruite, et le considèrent comme simple automate. Sans discuter si la condition qu'ils appellent automatisme, mérite cette désignation, considérons l'état volitionnel et moral du sujet. Au commencement je croyais que l'hypnotisé était entièrement à la merci de l'opérateur; mais je découvris bientôt que des malades qui avaient été profondément somnambulisés et avaient subi sans douleur des opérations chirurgicales, refusaient quelquefois de se rendre à des suggestions, même indemnes de toute tendance immorale. Le cas de résistance le plus frappant que j'ai vu, est précisément celui de la célèbre somnambule de Liébault, Camille. Elle refusa une suggestion non criminelle, apparemment par pur caprice, vu qu'elle en accepta une semblable avant et après l'expérience en question. Le soi disant automatisme est basé surtout, sinon exclusivement, sur des crimes de laboratoire. Bernheim et Liégeois prétendent que le sujet croit que le crime est réel, parce étant hypnotisé, il est incapable de distinguer entre le vrai et le faux. Delbœuf affirmait qu'il est assez conscient pour savoir ce qu'il fait. Mais ni les uns, ni les autres, ne semblent avoir demandé au sujet lui-même ce qu'il pensait de la chose. J'ai questionné plusieurs hypnotisés dans le somnambulisme complet, plusieurs très intelligents et capables de s'observer eux-mêmes exactement, et je les ai tous trouvés en possession d'une connaissance de leur état mental et du monde extérieur, aussi claire qu'à l'état de veille. Je suggérai à une hypnotisée de soustraire une montre après le réveil; la suggestion ne fut pas acceptée; sur quoi elle fut réhypnotisée et questionnée. Elle dit n'avoir pas pris la montre parce que cela aurait été mal de le faire. D'autres questions révélèrent le fait qu'elle avait parfaitement compris que la suggestion était de nature expérimentale. A la question : pourquoi elle n'avait pas obéi, puisqu'elle savait que c'était une expérience, elle répondit : « Je ne prendrais pas une montre, même si je savais que la suggestion était expérimentale, parce que ce serait prétendre commettre un crime. Cependant, je mettrais un morceau de sucre dans la tasse d'une amie, si j'étais sûre que ce fût du sucre, même si quelqu'un m'avait dit que c'était de l'arsenic, parce qu'alors je ne prétendrais pas commettre un crime. » Une distinction aussi subtile n'aurait pas été possible au sujet dans son état normal. Il est à espérer que dans l'avenir on parlera moins de l'état mental « automatique » et que les crimes du soi-disant laboratoire ne seront plus cités à l'appui de cette thèse, sans que le sujet ait été questionné dans l'hypnose pour découvrir la réalité.

Théorie de conscience secondaire ou subliminale. — Selon Delbœuf, la conscience secondaire qui existe dans l'hypnose, et qui est capable de modifier les organes et les fonctions, non soumis au contrôle de la volition, est l'analogue de celle des animaux inférieurs. Malgré l'insuffisance de cette explication, quant à l'origine de cette faculté, la conception de l'hypnose qu'elle implique est plus correcte que la théorie automatique du sujet. Je désire, en finissant, exprimer mon appréciation sur les services rendus à la science par le regretté Pr Delbœuf, dont la mort prématurée est déplorée par tous les travailleurs dans le champ de l'hypnotisme. Peu, depuis Braid, ont eu une conception aussi claire de l'état mental et moral du sujet, et ont plus fait pour démasquer les apparences trompeuses des crimes suggérés et des expériences de laboratoire. Son explication de l'origine possible des effets curatifs de l'hypnotisme, dans les lésions organiques, constitue un progrès scientifique et original plein de promesses pour l'avenir de nos études.

Etude médico-légale de l'hypnotisme et de la suggestion.

M. le Dr P. Joire.—Dans certaines circonstances le sujet qui a subi un entraînement hypnotique suffisant ou qui se trouvait préalablement dans un état pathologique, subit un asservissement qui peut s'étendre non seulement à l'état hypnotique mais à celui de veille. Cet asservissement peut exister non seulement pour les suggestions les plus simples, mais aussi pour toute espèce d'actes, même les plus compliqués et les plus criminels, et les conséquences les plus sérieuses peuvent en résulter.

Il ne faut ni exagérer, ni nier le fait pour chercher à en atténuer la gravité, mais au contraire l'envisager sous son véritable jour et tel qu'il est en réalité. Dans certains cas rares heureusement et bien déterminés, l'hypnotiseur a un pouvoir absolu sur l'hypnotisé.

Mais il faut ajouter que la connaissance plus approfondie de cette partie de la physiologie et son étude scientifique, mettant les médecins à même de dévoiler les coupables, les arrêteront dès maintenant dans cette voie où ils ne trouveraient ni facilité pour accomplir des actes criminels, ni sécurité devant la justice. L'expertise médico-légale, en s'entourant de toutes les précautions nécessaires pour étudier à fond l'état mental du sujet, ne manque pas, en effet, de données certaines pour éclairer la justice sur son état de responsabilité.

Section de Neurologie (*suite*).

Pathogénie et traitement de la maladie de Basedow.

M. le Dr Eulenburg (de Berlin). — Depuis que le syndrome de la maladie de Graves ou de Basedow est bien connu, c'est-à-dire depuis soixante ans environ, trois théories sur sa pathogénie ont été en vogue : 1° la théorie hématogène; 2° la neurogène et enfin 3° la thyrogène. La première est en contradiction avec certains faits bien établis et ne peut plus être admise. Les théories neurogènes du goitre exophtalmique qui cherchent à localiser le substratum de la maladie (sympathique, vague, bulbe, etc.) sont également en contradiction avec des faits cliniques et anatomo-pathologiques. La forme de neuropathie ou névrose constitutionnelle, qu'admettent quelques-unes de ces théories, ne peut pas expliquer la localisation spéciale des phénomènes de cette maladie. Actuellement, c'est la théorie thyrogène qui domine. Elle prend en consi ération les modifications qualitatives du suc sécrété par la glande thyroïde encore plus que l'hyperfonction de cet organe et l'augmentation de sécrétion.

M. le Dr Jules Voisin (de Paris) a soigné, il y a plusieurs années, 5 malades atteintes de goitre exophtalmique par la médication thyroïdienne avec succès. Les observations de ces malades ont été communiquées au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux (1895). Depuis il a encore soigné deux autres malades. Ce sont les symptômes fonctionnels (tachycardie, émotivité, etc.), qui disparaissent les premiers. La médication doit être surveillée avec soin pour éviter les accidents. Elle doit être continuée longtemps et reprise de temps en temps. L'orateur se rallie à la théorie thyroïdienne.

M. le Dr L.-R. Regnier (de Paris). — Dans les pays où le goitre est endémique on voit des malades ayant le goitre simple et d'autres qui présentent le syndrome de Basedow. Ce n'est donc pas l'altération anatomique et fonctionnelle de la glande qui est seule en cause. Si on cherche dans les antécédents héréditaires et personnels des deux catégories de malades on trouve toujours chez les Basedowiens des tares nerveuses. Ici donc comme dans la neurasthémie et les autres névroses, l'altération des fonctions sécrétoires prend sa source dans une altération du système nerveux. C'est donc à ce dernier que le traitement doit s'adresser et c'est ce qui explique pourquoi les Basedowiens traités par le courant galvanique, une fois guéris, n'ont plus besoin d'un nouveau traitement. J'ai pour preuve un malade guéri depuis 2 ans, dont l'observation a été également communiquée au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux et qui actuellement encore va bien.

(*A suivre*). [A. P. S.]

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Moscou (19-26 *Août* 1897) (*suite*) (1).

Section de Neurologie.

Influence de désordres de la sensibilité sur la motricité.

M. le Dr Korniloff (A.-A.) (de Moscou) a présenté sept

(1) Voir *Progrès médical* des 28 août, 4, 11, 18 et 25 sept. 1897.

© BIU Santé

chiens qui lui ont servi pour ses expériences. Tous les sept ont été opérés il y a 3 mois ou 3 mois et demi. Les expériences consistaient en ce qui suit : On a coupé chez les animaux les racines postérieures de différentes paires de nerfs rachidiens et on a enregistré ensuite les troubles de la sensibilité et de la motricité. Sectionnant les racines postérieures, on produit non seulement une perte de la sensibilité, mais aussi des troubles moteurs qui, de la simple maladresse, peuvent aller jusqu'à la perte complète de la motricité.

L'auteur considère ses expériences comme une preuve à la clinique de l'origine exogène du tabes. M. Korniloff est d'avis que si la sensibilité réflexe des muscles est abolie, les mouvements ou les contractions musculaires ne se font plus, même si tout le trajet moteur, commençant par les centres psychomoteurs et finissant par les terminaisons nerveuses intramusculaires inclusivement, est absolument intact.

Méralgie paræsthétique.

M. le Dr A.-G. Abastante (de Rossano) rapporte l'histoire clinique de cinq cas. Il indique la pathogénie et le siège de l'affection et établit sa relation avec les autres maladies du système nerveux. C'est une intéressante contribution à la question de l'existence des nerfs spéciaux pour la conduction des sensations thermiques et des centres corticaux correspondants.

Considérations sur la paralysie générale.

M. le Dr Ch. Vallon (de Paris). — Suivant l'auteur, l'hérédité, la syphilis et l'alcool constituent une sorte de trépied, qui est la base étiologique de la paralysie générale. Quelquefois, en l'absence d'antécédents héréditaires, la syphilis peut seule causer la paralysie générale ; il en est de même de l'alcoolisme ; mais celui-là remplit les meilleures conditions pour devenir paralytique général qui, héréditairement prédisposé aux maladies cérébrales, contracte la syphilis et, de plus, se livre à des excès alcooliques. La paralysie générale est intimement liée aux autres affections cérébrales et mentales. Les paralytiques généraux procréent souvent des enfants idiots, épileptiques ou vésaniques.

On a prétendu que la syphilis et l'alcool ne produisaient pas la paralysie générale vraie, mais seulement des pseudo-paralysies générales. L'auteur montre la fausseté de cette proposition, en s'appuyant sur les recherches histologiques de M. Biswinger.

Section de Gynécologie.

Sur les maladies infectieuses des femmes enceintes.

M. le Dr Jacob. — La grossesse ne protège pas les femmes enceintes des maladies infectieuses. Le danger qui en résulte pour l'enfant est très grand, et d'autant plus grand que la température moyenne de la femme est plus élevée.

Cependant la mort du fœtus ne dépend pas seulement de la température, mais aussi du passage direct de l'infection de la mère à l'enfant. Il faut donc employer une thérapeutique très énergique pour combattre la fièvre. La chute de la température se produit généralement au second septenaire dans la fièvre typhoïde. Le pronostic chez la femme enceinte n'est pas plus sombre que celui chez la femme ordinaire. L'infection peut se produire à toute période de la grossesse.

Section de Pédiatrie.

Quatre cas de diplégie spastique familiaire de l'enfance.

M. le Dr Vizioli (R.) (de Naples). — Quatre petits malades font le sujet de cette communication. Le père a eu la syphilis 8 ans avant son mariage. A l'âge où les petits enfants commencent à marcher, ceux-ci manifestèrent une grande difficulté : l'hypotonie est généralisée à tous les muscles volontaires ; les mouvements des bras se font avec lenteur et rigidité ; les réflexes des tendons sont partout exagérés. On ne remarque aucun trouble dans les diverses sensibilités. Pas de nystagmus, ni de strabisme.

L'auteur, pour expliquer cette affection, croit que le système des protoneurones moteurs ne s'est pas complètement developpé chez les petits patients : il était le *locus minoris resistentiæ* au lent poison chimique qui circulait dans leur sang, au bacille de la syphilis provenant du sperme du père syphilitique.

L'auteur présente ensuite un cas d'amyotrophie spinale progressive chez un syphilitique. Les symptômes sont : l'atrophie précédée de douleurs, paralysie, contractions fibrillaires, etc.

Le malade étant syphilitique, on doit incriminer les toxines de la syphilis pour expliquer l'endoartérite toxique, première cause des altérations médullaires.

Traitement de la coqueluche par les injections de sérum de génisse immunisée contre la variole.

M. le Dr Violi (de Constantinople). — L'auteur, après avoir étudié les inconvénients que présentait la vaccination d'enfants malades avec du vaccin de vache, inconvénients qui résultent pour lui dans la présence d'amibes dans le vaccin, a été amené à chercher le moyen d'introduire dans l'organisme par voie hypodermique du vaccin de génisse vaccinée et immunisée contre la variole ; ce vaccin doit être très aseptique et dosé d'une façon rigoureuse.

Pour cela il inocula à une génisse 1 cc. de tuberculine au 1/10e dissoute dans de l'eau stérilisée pour être certain que l'animal n'était point atteint de tuberculose. Puis, par 75 incisions de 2 cm. il lui inocula 2 cmc. de vaccin semence ; et lorsque les pustules produites furent séchées il la fit saigner : elle produisit 3 litres de sang qui donnèrent 400 grammes de sérum. Ce sérum, recueilli dans des flacons, fut inoculé à des enfants atteints de coqueluche entre le douzième et le vingt-huitième jour de la maladie : et sur 78 enfants inoculés, 4 seulement ont récidivé. Les autres eurent leurs accès de toux qui diminuèrent et souvent disparurent 8 à 10 heures après la première inoculation.

A propos des infections aiguës d'origine gastro-intestinale chez les enfants.

M. le professeur Fede (Nicolas) (de Naples). — L'auteur a observé une véritable épidémie d'infections aiguës d'origine gastro-intestinale dont les symptômes principaux étaient : la fièvre, les perturbations gastro-intestinales, le vomissement, les troubles nerveux et les manifestations cutanées. L'auteur conclut en montrant qu'il s'agit là de tout autre chose que du typhus, de la méningite cérébro-spinale épidémique, du choléra infantile. Dans les excréments des malades, on a trouvé le colibacille plus ou moins associé aux streptocoques, et cette abondance variable de microbes explique la gravité également variable de l'infection. La clinique et l'expérimentation démontrent que c'est le colibacille qui joue le rôle principal.

Section de Pathologie générale.

Résultats obtenus par le sérum anti-streptococcique.

M. le Dr Denys (de Louvain). — Cet auteur rend compte des expériences qu'il a faites sur le sérum anti-streptococcique et discute l'opinion de Marmorek quant à la nature du microbe streptococcique. Puis, il en arrive aux applications thérapeutiques du sérum, et constate que dans les péritonites post-opératoires, le sérum agit très efficacement (11 succès sur 15 cas). De même dans l'érysipèle aigu ; l'érysipèle récidivant cède plus facilement et exige de plus petites doses de sérum. Dans le phlegmon, le sérum s'est très bien comporté, et, en 24 ou 36 heures, a arrêté le processus et la suppuration, en même temps qu'il faisait tomber la température. Sur six angines à fausses membranes, cinq furent guéries rapidement : la sixième, bien plus grave, céda à une deuxième injection. Dans les cas de fièvres puerpérales, le sérum montre souvent une efficacité évidente. Dans les pyémies, le sérum peut être aussi un moyen préventif qui devrait être utilisé en chirurgie.

Enfin, l'auteur termine en donnant quelques conseils sur la façon d'administrer le sérum, et conclut en disant que nous sommes en droit d'espérer beaucoup du sérum anti-streptococcique.

© BIU Santé

Pathogénie et histogénèse du cancer et des maladies à sporozoaires (clavelée, variole, vaccine, syphilis, trachome).

M. le Dr Bosc (F.-J.) (de Montpellier). — L'élément causal des tumeurs malignes, d'après M. Bosc est les coccidies; de nombreuses expériences seraient, paraît-il, très concluantes à cet égard; aussi l'histogénèse devient-elle d'une interprétation plus facile; le cancer est donc une néoplasie inflammatoire produite par la prolifération et l'hypertrophie des cellules en présence d'un agent d'irritation de la classe des sporozoaires; dans un nombre considérable de maladies non microbiennes (clavelée, variole, vaccine, syphilis, trachome), on retrouve des lésions et des formes parasitaires identiques à celles des cancers. Il paraît donc indéniable, maintenant, qu'il existe une longue série de maladies causées par des sporozoaires dont les formes d'évolution sont variables et qui constituent, en général, des maladies à marche chronique, pouvant persister longtemps ou même indéfiniment dans l'organisme.

SECTIONS DIVERSES.

Séance du lundi 23 août.

Des gangrènes des extrémités par atrésie et par oblitération artérielle incomplète dans le cancer de l'estomac.

MM. SABRAZÈS et CABANNES (de Bordeaux). — La gangrène par artérite chronique n'exige pas fatalement, — à l'encontre de l'opinion classique formulée par Cruveilhier, — une oblitération totale des troncs artériels du membre intéressé et de leurs collatérales. Une oblitération partielle, voire même une simple atrésie, peuvent la provoquer, ainsi que le démontrent nos deux observations dans lesquelles il ne s'est agi ni de gangrène par névrites périphériques ni de gangrène septique; il faut pour cela qu'interviennent des causes de dénutrition multiples et associées, cancer de l'estomac, anémie grave, hyposystolie, etc. Les artérites chroniques oblitérantes ou non, suivies de gangrène, observées dans le cancer de l'estomac doivent être rapprochées des phlébites qui surviennent si fréquemment chez les cancéreux.

Excrétion urinaire après les accès palustres. Recherches cliniques et expérimentales.

M. le Dr A. MOSSÉ (de Toulouse). — Dans des publications antérieures nous avons exposé les résultats de nos premières recherches sur l'excrétion urinaire dans le paludisme (1). Nos investigations, poursuivies pendant plusieurs années, ont établi l'existence *d'une polyurie insipide, aiguë, consécutive aux accès intermittents, légitimes.* Depuis lors, cette polyurie a été constatée par plusieurs médecins en France et surtout en Italie à la clinique du Pr Baccelli par M. Rem Picci dont les nombreux et intéressants travaux sur l'excrétion urinaire des malariques (2) méritent une mention spéciale.

L'ensemble des recherches de ces divers auteurs a confirmé nos conclusions sur l'existence d'une polyurie aiguë, insipide, fréquente mais non constante, après les accès de fièvres intermittentes, s'élevant de 2 l. 500 à 3 l. 500 ou 4 litres en moyenne mais pouvant atteindre jusqu'à 6 et 8 litres en 24 heures.

Cette polyurie aiguë présente plusieurs caractères d'un syndrome critique, mais elle se rapproche surtout des polyuries aiguës observées au début de la convalescence des maladies infectieuses. Elle disparaît tantôt assez brusquement et la quantité d'urine éliminée en vingt-quatre heures redevient rapidement normale, tantôt au contraire la courbe de l'excrétion nychtémérale décroît progressivement, parfois même d'une façon très régulière. L'allure variable du phénomène est nettement visible sur les graphiques que nous avons l'honneur d'apporter au Congrès (Nos 1, 2, 3).

La polyurie aiguë malarique diffère de la polyurie chronique des vieux paludéens connue depuis Sydenham. Toutefois, on peut admettre que les troubles de la diurèse que laissent les accès malariques, chez certains sujets, peuvent surtout, quand ils se reproduisent, faciliter l'établissement de la polyurie chronique. Un de nos malades que nous avons pu suivre pendant plus de deux mois, a réalisé rapidement le tableau du paludisme chronique, tel qu'il a été décrit par Kelsch et Kiener. Cet homme, quelques jours après la polyurie aiguë consécutive aux accès intermittents, a présenté la polyurie chronique insipide du paludisme chronique. Sur son graphique (N° 4), les deux phénomènes se différencient d'une façon bien tranchée. Dans la seconde période, chez ce malade l'excrétion uréique en vingt-quatre heures a généralement dépassé les chiffres moyens de la polyurie malarique aiguë. Cette constatation concorde avec le résultat des analyses de Kelsch et Kiener.

Ces auteurs attribuent l'augmentation d'urée à la destruction des globules sanguins. Hypothèse en partie plausible, quoique l'augmentation de l'urée et la destruction des globules paraissent deux termes d'une modification plus générale des mutations nutritives provoquées par l'infection palustre. Par l'analyse et la comparaison des divers principes excrétés, *durant l'accès*, au *voisinage de l'accès, et pendant la crise*, nous avons cherché à pénétrer la nature de la polyurie que nous avons fait connaître. Malgré les petites difficultés pratiques inhérentes à ce genre de recherches (1), difficultés capables dans une certaine mesure de faire varier les résultats ou d'empêcher de donner aux analyses toute la continuité désirable, nous pensons que les conclusions qui se dégagent de nos observations traduisent avec une approximation réelle les modifications produites sous l'influence de la maladie. Ces modifications nous ont paru offrir leur plus grande netteté, dans le paludisme aigu, franc, des sujets dans la force de l'âge et dont l'infection malarique est récente ou relativement récente.

Dans nos premières recherches, notre attention s'était portée sur les modifications de l'excrétion uréique et chlorurique. Depuis cette époque, nous avons étudié de plus l'excrétion de l'acide phosphorique, de l'acide urique et la toxicité urinaire.

Voici, résumés, les résultats que nous avons obtenus.

a) Urée. — La polyurie aigüe ne s'accompagne pas toujours d'une azoturie proportionnelle, mais il existe un certain parallélisme entre les courbes de l'excrétion urinaire et uréique. La polyurie aiguë malarique peut s'accompagner, dans certains cas, d'une azoturie progressivement plus prononcée qu'au voisinage immédiat de l'accès. On voit alors augmenter simultanément la quantité d'urine et la quantité d'urée excrétées. Nous avons eu l'occasion de constater, depuis nos premières publications, que l'azoturie proportionnelle est plus fréquente que nous ne l'avions pensé tout d'abord. Rem Picci, de son côté, a observé le même phénomène à la Clinique médicale de l'Université de Rome. Chez ses malades il a même trouvé ce symptôme d'une façon presque constante.

Enfin, dans quelques cas il peut se produire une vraie débâcle d'urée (44 gr., 56 gr. et même 58 gr. d'urée en 24 heures), comme nous l'avons signalé alors que le malade n'a pas encore reçu une alimentation très azotée.

b) L'excrétion de l'*acide urique*, chez trois malades observés pendant un certain temps après les accès fébriles, a été sensiblement augmentée dans les 24 heures. Proportionnellement l'augmentation de cet élément était bien plus accentuée que celle d'urée.

De plus, la courbe de l'excrétion de l'acide urique et celle de l'excrétion urinaire affectent un parallélisme plus régulier que celui des courbes de l'excrétion urique et urinaire. Le graphique fourni par un de nos malades frappé à nouveau de plusieurs accès (type tierce) tandis qu'il était en convalescence déjà depuis quelque temps, permet de saisir d'un coup d'œil et l'allure générale du phénomène et le parallélisme que nous venons d'indiquer.

(1) Société de Médecine de Montpellier, 1881. — *Recherches sur l'excrétion urinaire après les accès de fièvres intermittentes.* (Acad. méd. Paris, 1888). — *Contribution à l'étude de l'excrétion urinaire dans le paludisme.* (Congrès pour l'Avancement des Sciences. Besançon, 1893 in *Sem. Médicale*, 1893, p. 289).

(2) Rem Picci et Caccini. — *Contributo allo studio del ricambio dei cloruri nelle malattie acute febbrile.* (Policlinico, XII, 1894). — Rem Picci. *La secrezione urinaria nella infezione malarica.* (Boletino della Reale Acad. di Roma, 1895-1896).

(1) Nous avons été aidé à plusieurs reprises dans ces recherches par nos élèves MM. Valette, Ortel, Pla, Barrau, Ernoul, Millas, Mossé.

© BIU Santé

c) L'excrétion de l'*acide phosphorique total* diminuée au moment de l'accès, comme Rem Picci l'a déjà signalé (1), subit, pendant les jours suivants, une augmentation parfois très sensible. L'un de nos graphiques montre un parallélisme très apparent des courbes de l'excrétion urinaire, uréique et phosphorique, pendant la polyurie aiguë. Mais l'allure du syndrome urologique n'est pas toujours aussi régulière que dans ce cas.

d) Nos dernières recherches sur l'*élimination des chlorures*, confirment et complètent ce que nous avions déjà constaté à ce sujet. Diminuée ordinairement, mais non toujours, au moment des paroxysmes fébriles, l'excrétion chlorurique se relève assez rapidement après l'accès. Pendant la polyurie, elle peut atteindre des chiffres très élevés (30 gr. à 40 gr. et même le chiffre colossal de 65 gr. en 24 heures).

Les chlorures sont l'élément dont l'excrétion subit habituellement la plus grande augmentation au moment de la polyurie. L'alimentation peut favoriser cette augmentation, comme nous sommes parvenu à en avoir la preuve expérimentale dans une de nos dernières observations; mais l'influence du régime alimentaire, quoique sensible et très réelle, est insuffisante pour expliquer cette hyperchlorurie, qui peut d'ailleurs se produire indépendamment de l'alimentation.

e) *Toxicité urinaire.* Nos recherches sur ce point ne nous ont pas donné des résultats absolument concordants. Comme Brousse, Roque, Lemoine, nous avons trouvé parfois la toxicité urinaire augmentée et cette augmentation a pu coïncider avec la polyurie. D'autres fois les résultats ont été moins nets; parfois même le coefficient urotoxique a été inférieur à la normale. La raison de cette discordance paraît tenir à deux causes : 1° différence de résistance individuelle à l'intoxication présentée par les divers animaux sur lesquels on expérimente (2); 2° différence dans la proportion des divers éléments toxiques contenus dans les urines suivants les sujets. Nous n'apprécions que la toxicité totale, *in globo*, de tous ces éléments toxiques; mais, ainsi que l'a parfaitement fait remarquer M. le Pr Bouchard, leur individualité physiologique se révèle par la façon dont ils agissent sur les divers appareils de l'organisme intoxiqué (pupille, glandes salivaires, rein, système nerveux).

Nous avons observé plusieurs fois au cours de ces recherches expérimentales que les animaux qui urinent fréquemment pendant que l'on pratique l'injection intra-veineuse, toutes les conditions de l'injection restant sensiblement les mêmes, température, vitesse, etc., peuvent recevoir impunément dans les vaisseaux une quantité d'urine beaucoup plus considérable que ceux chez lesquels cette diurèse protectrice ne se produit pas.

Ainsi nous paraît se trouver confirmée l'opinion que nous émettions il y a quelques années déjà que si la polyurie aiguë malarique dont nous avons fait connaître l'existence présente plusieurs caractères d'un syndrome critique dans bien des cas, sa nature la rapproche des polyuries aiguës, observées au début de la convalescence des maladies infectieuses. Méritant bien nettement, dans quelques cas, le nom d'*éliminative*, proposé par Rem. Picci, elle paraît, dans d'autres, n'entraîner au dehors ni excès de déchets organiques, ni forte proportion d'éléments toxiques, éliminés parfois avant que la polyurie se produise.

Dosage des médicaments en rapport avec les particularités de l'organisme des enfants en période de développement.

M. le Dr Troitzky (J.-W.) (de Kiew). — L'auteur montre la nécessité, qui s'impose, d'établir le dosage des médicaments en se basant, non seulement sur l'âge, mais aussi sur le poids des enfants en état de développement. On doit tenir compte des effets des médicaments suivant les conditions à la fois anatomiques et physiologiques du jeune être; on ne doit pas admettre comme criterium certain l'expérience sur l'animal, les effets médicamenteux variant avec les espèces; enfin, on doit aussi prendre en considération l'état de chaque système en particulier. L'auteur termine en donnant une liste de médicaments dont l'influence sur ces jeunes organismes est caractéristique.

Sur la kinésithérapie compensatrice.

M. le Dr Jacob (Paul) (de Berlin). — Tous les procédés employés jusqu'ici dans le traitement du tabes en commençant par les ventouses et les pointes de feu le long de la colonne vertébrale, et finissant par tous les médicaments, n'arrivent pas à enrayer le processus morbide de l'ataxie, et à réparer les lésions de la moelle épinière. Nous n'avons pas, en l'état actuel de la science, des moyens spécifiques pour guérir radicalement les tabétiques. Il est, par conséquent, utile de combattre les symptômes de cette maladie et de tâcher, autant que possible, de les faire disparaître complètement. Un des meilleurs moyens, contre l'ataxie des membres abdominaux (aussi bien que des membres thoraciques), est, suivant l'auteur, la kinésithérapie effectuée sous la surveillance d'un médecin bien expérimenté et à l'aide des appareils appropriés. M. Jacob fait la description détaillée de ces appareils et en donne les dessins et les photographies.

Sur la pancréatite hémorragique.

M. le Dr Hlava (J.). — Vu les résultats de ses expériences, vu aussi l'existence du bacille-coli dans les tissus du pancréas, l'auteur conclut que la pancréatite hémorragique peut être produite par le colibacille. Une embolie ou une thrombose de l'artère pancréatico-duodénale ne peut pas produire un hématome du pancréas. Le suc gastrique hyperacide peut occasionner des lésions du pancréas qui ressemblent à ce qu'on appelle la pancréatite hémorragique avec des nécroses adipeuses. Le processus est probablement tel que l'acide chlorhydrique produit la nécrose des tissus et la thrombose des vaisseaux. La stase sanguine qui en est la conséquence conduit aux infiltrations hémorragiques de tout le parenchyme et à sa nécrobiose.

Para-hérédo-syphilis de deuxième génération.

M. le Dr Barthélemy (de Paris). — Dans les cas de syphilis héréditaire, trois alternatives peuvent se présenter : ou le descendant débile succombe, ou le descendant d'abord troublé et compromis dans sa vitalité, se relève et se dégage, comme cela arrive parfois après la seconde enfance où les stigmates les plus nets peuvent s'atténuer ou disparaître totalement et sans laisser de traces; ou enfin le descendant a été trop profondément atteint, et, s'il survit, il est plus ou moins troublé dans sa nutrition, altéré dans sa structure, dans la résistance de ses tissus ou dans le fonctionnement et la conformation de ses organes : ce sont surtout ces derniers qui intéressent M. Barthélemy et il les étudie à la fois au point de vue du préjudice que la syphilis peut causer à la race humaine, et encore, au point de vue, dans les cas difficiles et douteux, du diagnostic rétrospectif d'hérédo-syphilis lointaine ou de para-hérédo-syphilis et, par conséquent, du traitement à instituer.

Sur la pathogène de la fièvre.

M. le Dr Ughetti (G.-B.) (de Catane). — Les modifications de température observées dans la fièvre sont dues, d'après l'auteur, à la présence dans le sang de substances étrangères de forme corpusculaire. Il faut distinguer la fièvre de l'hyperthermie. L'une et l'autre peuvent être séparées; mais presque toujours l'hyperthermie est un des symptômes de la fièvre. D'après quelques théoriciens les fièvres proprement dites sont des toxhémies infectieuses, toxhémies dues à un poison qu'on peut appeler pyrotoxine. Toutefois, d'après M. Ughetti, la fièvre serait plutôt due à la présence même de microbes dans le sang (qui agiraient comme corps étrangers) qu'à la sécrétion d'une toxine pyrogène. En effet, l'expérience prouve que la conséquence constante de tout empoisonnement est en général l'hypothermie. Si l'on injecte en effet à un animal des substances chimiques toxiques on a toujours abaissement de température; si, au contraire, on injecte des substances absolument inoffen-

(1) *Sulla eliminazione dei fosfati nelle urine dei malarici* (Policlinico 1894, f. 4). — *La secrezione urinaria nella infezione malarica* (1896) p. 76.

(2) Avec une même urine injectée dans les mêmes conditions et presque au même moment à deux lapins que l'on nous assurait être de la même portée, nous avons constaté une différence de un quart environ dans les chiffres obtenus comme coefficient urotoxique. MM. Bouchard et Charrin ont d'ailleurs fait mention de cette variabilité du réactif vivant.

© BIU Santé

sives par elles-mêmes (de l'eau salée par exemple) mais qui peuvent amener une dissolution des tissus environnants, on aura une certaine quantité de détritus qui agiront comme corps étrangers et amèneront l'élévation de température.

Le pied plat douloureux. Le signe cuboïdien.

M. le Dr Maurice Bloch (de Paris) démontre la nécessité de dédoubler la tarsalgie en tarsoptose et tarsalgie, et trace la pathogénie, la symptomatologie et la thérapeutique de ces deux affections.

Il insiste sur l'importance du *signe cuboïdien*, qu'on obtient en appuyant avec le pouce sur la face externe du cuboïde et en refoulant cet os de dehors en dedans dans le sens des cunéiformes.

S'il y a *tarsalgie sans tarsoptose*, le signe cuboïdien fait défaut. L'appareil dont se sert l'auteur contre le pied plat douloureux est basé sur ces considérations et a donné les résultats les plus heureux dans les hôpitaux et dans la clientèle privée.

L'inoculation du sang capillaire de congénère dans la tuberculose acquise.

M. le Dr Bloch (de Paris).

Dans différentes communications faites par nous à l'Académie de Médecine et autres Sociétés savantes de Paris, nous avons démontré que l'inoculation du sang capillaire issu d'un congénère arthritique ou vigoureux déterminait, à la dose d'un demi à un centimètre cube, d'une part des réactions proportionnelles à l'intensité de l'infection tuberculeuse, et d'autre part des modifications thérapeutiques, en raison inverse de ces mêmes réactions. Il résulte de ces faits, envisagés systématiquement que l'absence de phénomènes réactionnels comporte un pronostic favorable et que c'est dans la tuberculose initiale ou mieux encore dans la période prétuberculeuse que l'inoculation capillaire trouvera ses applications. Dans toutes nos recherches, nous avons pu adopter, à cause de la constance de ses résultats, le sang arthritique comme unité de mesure, et grâce à ce type de comparaison, nous avons décrit, à côté des réactions normales, un certain nombre d'autres, anormales, fausses, etc. L'inoculation alternative de plusieurs phtisiques cavitaires, avec du sang étranger d'abord et du sang de congénère ensuite, nous a montré que le pouvoir thérapeutique, une plus grande somme des faits réactionnels, et l'accoutumance appartenaient au sang de congénère et permettaient d'établir une distinction bien nette entre son action et celle du sang étranger. En résumé, nous croyons que l'inoculation du sang capillaire de congénère est appelée à jouer un rôle préventif considérable dans la tuberculose acquise. Une seule inoculation suffit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 septembre.

De la conduite chirurgicale dans les plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Chauvel d'après une observation de M. Caillet, médecin principal à Dijon démontre la nécessité de l'intervention chirurgicale immédiate dans les plaies de l'abdomen. Dans les plaies de petit calibre, les plus fréquentes, il est impossible d'établir certainement au début l'existence de la perforation intestinale. Il faut agir si celle-ci est simplement probable.

Un cas d'ectopie rénale.

M. Fournier (d'Angoulême) rapporte une intéressante observation d'ectopie rénale. Cette ectopie survenue à deux reprises différentes s'est réduite chaque fois spontanément sous l'influence des trépidations du train pendant le voyage que la malade faisait d'Angoulême à Bordeaux pour se commander un appareil.

Accidents de la dent de sagesse.

M. Moty donne une interprétation nouvelle des accidents produits par l'évolution de la dent de sagesse. Il montre par une série de préparations que les accidents de la dent de sagesse sont dus à l'inclusion d'une masse épithéliale aberrante. Cette masse épithéliale représente un germe dentaire abortif inconstant dérivé très probablement de celui de la dent de sagesse. Le terme d'évolution vicieuse de la dent de sagesse est impropre et paraît devoir être remplacé par celui de « dermoïde muqueuse parodontique de la dent de sagesse ».

Séance du 28 septembre.

Le sérum antilépreux.

M. Hallopeau a expérimenté, à l'hôpital Saint-Louis, le sérum préparé par le Dr Carrasquilla en injectant à des chevaux le serum obtenu par une saignée faite chez un lépreux. Ces tentatives n'ont donné ni guérisons, ni même améliorations certaines. Ce sérum insuffisamment préparé au point de vue antiseptique renferme des microbes étrangers à la lèpre. L'existence du bacille lépreux dans le sang recueilli par la saignée étant incertaine, mieux vaudrait injecter directement au cheval des bacilles de léprose.

La Défense du Dr Laporte.

Paris, 27 septembre 1897.

Monsieur le Président de l'Académie de Médecine,

L'Académie connaît certainement l'affaire du Dr Laporte.

Un jeune médecin, pauvre et nerveux, est appelé, par le service d'assistance médicale de nuit, pour terminer chez une multipare à bassin légèrement vicié l'accouchement d'un gros enfant déjà mort à la suite de procédence du cordon. Afin d'y parvenir, il applique trois fois le forceps, puis fait la craniotomie avec ce qu'il a sous la main. Mais, bientôt dénoncé, il est arrêté, mis et maintenu en prison, malgré nos instantes démarches auprès du juge d'instruction — parce que l'opérée était morte deux jours après l'accouchement de péritonite par perforation instrumentale de la vessie, ainsi que l'a démontré, paraît-il, l'autopsie.

Le cas du Dr Laporte a une portée considérable, et l'émoi dans le corps médical a été très vif. Que si, en effet, le principe de la responsabilité médicale opératoire, du chef accident ou imprudence, allant jusqu'au criminel, se trouvait une fois admis, une intervention suivie de mort pourrait toujours être considérée comme un assassinat : au reste, c'est bien ce qu'ici la rumeur publique a clamé dans les premiers jours. L'exercice de la médecine deviendrait dès lors singulièrement périlleux, et par conséquent, timoré. A la ville comme à la campagne, l'abstention serait la prudence, au prix d'existences qu'une intervention consciencieuse et libre eût cependant pu sauver.

Dans ces conditions, il appartient à l'autorité de l'Académie de Médecine d'éclairer les pouvoirs publics et d'agir pour remettre les choses dans leur ordre. Nous nous adressons donc à elle avec confiance, car nous savons le souci qu'elle a de notre dignité professionnelle, qui est aussi la sienne, comme de la stricte justice qui nous est due. Enfin, nous avons la conscience de lui parler au nom de l'intérêt public, aussi bien qu'en celui du corps médical tout entier.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre plus haute considération.

Pour le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine,
Le Président : Dr Berthod.

Ces divers arguments présentés en faveur de notre confrère semblent absolument incontestables. En présence d'une condamnation, la sagesse serait évidemment, dans les cas d'urgence, de laisser « mourir de leur belle mort » des malades qu'une intervention audacieuse aurait pu souvent sauver. A.-F. Plicque.

L'exercice illégal de la pharmacie. — Une affaire, dont récemment les jurés examinaient les prémisses et dont ils ont tiré la conclusion, pourrait s'appeler, puisque la mode est aux scandales, les scandales de la pharmacie. Quatre élèves en pharmacie et un négociant en produits pharmaceutiques étaient, en effet, sur les bancs de la cour d'assises. Le négociant, ancien avoué de province, avait prié ses complices, élèves dans diverses pharmacies, de détourner les spécialités de leurs patrons respectifs et de les apporter à son magasin central, qui devait être pour lui la préface de la maison centrale. De la sorte le négociant pouvait vendre ses produits à des prix défiant toute concurrence honnête ; nul doute même que son génie commercial ne l'eût rapidement conduit, lui et ses alcolytes, vers la fortune, si par hasard en route il n'avait rencontré la cour d'assises...

© BIU Santé

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr Ch. MIRALLIÉ.

I. — **Leçons de clinique médicale : Psychoses et affections nerveuses** ; par G. Ballet. — Octave Doin, Paris, 1897.

I. — L'auteur a réuni, en un volume des plus instructifs, les leçons faites à l'hôpital Saint-Antoine pendant le semestre d'hiver 1895-1896. « S'il n'a ni l'unité ni la cohésion que le livre suppose », chacune des leçons qu'il comprend constitue néanmoins un chapitre parfaitement net et précis, donnant, outre l'état actuel de la question, l'opinion raisonnée de l'auteur. Suivant les propres paroles de l'auteur, et il peut être assuré d'avoir largement atteint son but, on y retrouve la préoccupation du fait et de l'observation rigoureuse, le dédain relatif des formules arrêtées, le souci d'adapter à l'étude et à l'intelligence des cas cliniques les ressources nouvelles que nous fournissent chaque jour les progrès de la technique histologique ou des procédés expérimentaux, enfin la conviction arrêtée qu'une leçon n'est pas un mémoire, que la clarté en est la qualité dominante, et que les descriptions doivent être aussi objectives que possible. La première leçon est consacrée à démontrer que la pathologie mentale est une science de faits, indépendante de la psychologie, qui a plus à lui emprunter qu'à lui donner. Borner la psychiatrie à l'étude des troubles mentaux serait lui enlever une partie de sa précision, car les troubles somatiques jouent parfois un rôle considérable. Toute la première partie du volume est consacrée à l'étude des psychoses ; délire de persécution à évolution systématique, persécutés auto-accusateurs, exhibitionniste persécuté, persécuteurs familiaux. — La folie puerpérale avec ses formes si diverses, son étiologie multiple est l'objet de très intéressantes leçons. Se basant sur l'époque d'apparition des accidents (grossesse ou puerpéralité), leur physionomie, leur évolution, l'auteur les range en trois grands groupes : Les accidents toxiques ou infectieux, manifestations délirantes de l'urémie ou de la septicémie puerpérales ; — les vésanies banales telles qu'on les observe chez les héréditaires ou les dégénérés, la puerpéralité n'intervenant ici comme cause occasionnelle qu'au même titre que toute autre cause d'ordre physique ou moral ; — enfin, un troisième groupe où la vésanie relève de l'auto-intoxication ou de l'infection, mais survit aux symptômes de l'infection ou de la toxémie. — Les huitième et neuvième leçons sont consacrées à l'hypochondrie et à l'hypermnésie.

La paralysie générale offre toujours à l'observateur un sujet d'étude inépuisé et permet sans cesse des aperçus nouveaux. G. Ballet décrit une période prodromique à forme neurasthénique, où l'on prendrait facilement la maladie pour une neurasthénie banale. — Des troubles oculaires, le principal est l'ophtalmoplégie interne. La pathologie nerveuse proprement dite a fourni à l'auteur l'occasion de nombreuses et intéressantes leçons : sommeil provoqué par l'occlusion des yeux chez les individus atteints d'anesthésie hystérique généralisée ; névrite des nerfs cubital et médian ; syndrome simulant la sclérose latérale amyotrophique chez un syphilitique ; l'acroparesthésie, syndrome très voisin de la maladie de Raynaud, de l'érythromélalgie, de l'acrocyanose et de l'acrodynie ; la chorée congénitale, dont l'auteur a montré le premier toute l'importance en groupant les observations éparses ; la surdité verbale urémique passagère, mais sujette aux récidives ; la migraine ophtalmoplégique. Plusieurs leçons fort remarquables sont consacrées aux polynévrites et l'auteur s'attache à mettre surtout en relief les lésions cellulaires, et conclut que l'on ne peut être aujourd'hui, ni centraliste intransigeant, ni périphériste exclusif. L'étude des paralysies radiculaires sensitives du plexus brachial est du plus haut intérêt par la rareté des faits et le remarquable exposé qu'en fait M. Ballet.

Cette analyse très incomplète et trop rapide ne nous permet que de donner une idée d'ensemble de ces leçons où l'auteur a su présenter, d'une façon simple mais complète et vraiment scientifique, des questions que sa haute compétence lui a rendues familières.

II. — **Morphinomanie et morphinisme** ; par Paul Robert. — Félix Alcan, éditeur.

II. — Récompensé par l'Académie de Médecine, ce volume constitue un état actuel parfait de la question traitée par l'auteur. En quelques pages précises et nettes, il a su condenser l'immense accumulation des matériaux publiés sur le sujet. Sa compétence spéciale, son habitude de l'affection dont il s'occupe lui ont permis d'éclairer de ses vues personnelles les faits publiés par les confrères. Analyser un tel livre est impossible, nous nous contenterons d'en relever les points qui nous ont le plus frappé. Parmi les causes de la contagion, l'auteur insiste sur le prosélytisme. Tout morphinomane est un prosélyte. Dégradé, il jouit de l'abaissement des autres. Sous prétexte de vertus aphrodisiaques, « tout le bataillon de Cythère, en passant par tous les degrés, depuis la demi-mondaine jusqu'à la fille publique », abuse de la morphine. La contagion par le livre est curieuse à signaler. Les romanciers qui se plaisent à étaler sous les yeux de leurs lecteurs les vices de leur époque n'auraient garde d'oublier la morphinomanie. Les livres scientifiques jouent aussi le même rôle, et, chose curieuse, leur auteur est souvent un morphinomane. « Nous connaissons tous l'un d'eux qui a écrit un des ouvrages les plus estimés sur ce sujet, qui était lui-même un aliéniste d'avenir, et qui mourut morphinomane il y a quelques années. » Plus graves sont ces faits où des médecins morphinomanes, morphinisent leur clientèle et créent de véritables villages de morphinomanes. Médecin, pharmacien et droguiste sont les agents les plus actifs du morphinisme. Aussi, ne sera-t-on pas étonné de voir les médecins compter pour 40 0/0 des hommes morphinomanes, surpassant de beaucoup les autres professions ; et leurs femmes atteindre 10 0/0, surpassées seulement par les filles publiques (14) et les ouvrières (13). Les femmes morphiniques peuvent donner le jour à des enfants bien constitués ; parfois ceux-ci présentent des malformations. Mais ils peuvent se ressentir encore autrement du vice maternel. Quelques heures après la naissance ils présentent une agitation continuelle, poussent des cris incessants, indices d'un état de besoin développé chez eux par l'abstinence de la morphine. Si on ne leur donne de l'opium, ils meurent en quelques jours de collapsus. L'enfant naît morphinomane. Il peut encore succomber à la diarrhée, aux convulsions. L'influence du morphinisme sur la descendance des adeptes est des plus intéressantes à connaître. L'arrêt de développement physique et intellectuel en est d'ordinaire la conséquence.

Le morphinisme aggrave le pronostic des maladies aiguës en plaçant le malade en des conditions de résistance moindre et en facilitant les infections secondaires. Ainsi, chez le morphinique, la syphilis brûle les étapes et passe d'emblée aux accidents tertiaires. Chose terrible pour les morphinomanes, c'est que souvent ils joignent à la morphine une autre intoxication, alcool, éther, cocaïne, qui précipite leur chute finale.

L'auteur consacre un chapitre des plus intéressants aux questions médico-légales relatives à la morphine. Savoir dépister le morphinisme n'est pas toujours aisé ; le seul moyen est de surveiller le malade plusieurs heures et d'attendre l'éclosion des signes d'abstinence. L'étude de la responsabilité et de la capacité civile des morphinomanes est une des plus difficiles à résoudre. Il faut juger chaque cas en lui-même ; aucune loi générale ne peut s'appliquer à tous les faits. Le traitement de la morphinomanie varie avec chaque malade. On adoptera la suppression brusque chez les individus très bien portants, dont la dose de morphine ne dépasse pas 10 centigrammes. On aura recours à la suppression lente chez les individus affaiblis, épuisés, atteints d'affections cardiaques ou pulmonaires, d'ataxie locomotrice, chez les femmes nerveuses présentant un degré d'excitabilité très prononcé. Cette méthode est de beaucoup la moins bonne. La méthode de la suppression rapide mérite la préférence ; on la combinera avec avantage avec le traitement physiologique de Jennings et les adjuvants physiques. La méthode substitutive est complètement à rejeter.

III. — **Genèse et nature de l'hystérie** ; par Paul Sollier. — Félix Alcan, 1897.

III. — Ce n'est pas pour démontrer une idée théorique conçue a *priori* que l'auteur a écrit ses très intéressants volumes : la clinique et l'expérimentation se contrôlant mutuellement ont été le point de départ et la base de ses travaux : « C'est au fur et à mesure que je poursuivais mes recherches, que cette théorie se dégageait, et ce n'est presque qu'au moment

© BIU Santé

de les rédiger qu'elle s'est dégagée nettement. Placé auprès de malades qu'on lui avait confiés pour les guérir, l'auteur a dû poursuivre ses recherches dans un but essentiellement pratique. Les résultats obtenus par la nouvelle méthode qui en découle, car tout un système de traitement rationnel de l'hystérie repose, en effet, sur ces recherches, démontrent le bien fondé des conceptions nouvelles de l'auteur, en même temps qu'ils en justifient l'utilisation pratique.

« L'hystérie est une maladie de la sensibilité, et cette maladie de la sensibilité tient à l'engourdissement, au sommeil des centres cérébraux, l'hystérie n'est que du somnambulisme ou du vigilambulisme. L'hystérie, stigmates et accidents, est due à un état de sommeil du cerveau. Il suffit de réveiller les hystériques pour voir disparaître leur hystérie. »

L'auteur étudie d'abord les réactions liées au réveil de la sensibilité, réactions des membres et de leurs parties constituantes; réactions viscérales, estomac, abdomen, organes génitaux, appareil respiratoire, face, cœur, yeux, ouïe; réactions cérébrales; réveil général. Toutes ces réactions suivent un ordre constant et toujours le même pour le même organe : le malade reprend conscience de ses membres d'abord de la périphérie au centre; des mouvements, des soubresauts, accompagnent les troubles sensitifs, fourmillements, crampes. Cet ordre est si bien réglé que l'on voit réapparaître les diverses sensibilités dans le même ordre où elles ont disparu. Que l'on s'adresse aux accidents somatiques (fonctions motrices, fonctions organiques, fonctions sensorielles), aux accidents mentaux (attaques, idées fixes, somnambulisme, délires), aux stigmates hystériques, toujours le mécanisme paraît identiquement le même et c'est ce mécanisme univoque qui permet d'en déduire la nature et la cause même de l'hystérie. Les hystériques sont des endormis, et le sommeil est proportionnel au degré de leur anesthésie. Il peut atteindre tout le cerveau, envahir successivement les divers centres fonctionnels qui y sont répartis, ou se cantonner à quelques-uns d'entre eux. Il en résulte que le sommeil naturel se trouve supprimé en raison directe de la profondeur, de l'étendue du sommeil pathologique. Le sommeil d'un centre entraîne une perturbation fonctionnelle de la sphère organique qui lui est reliée, perturbation proportionnelle au degré d'intensité de ce sommeil : de sorte que l'hystérie est en réalité composée d'une agrégation et d'une combinaison d'hystéries locales.

Pour Janet, la sensation élémentaire est conservée dans l'hystérie, même quand il y a anesthésie profonde; ce qui fait seul défaut c'est la synthèse personnelle. Sollier s'attache à démontrer que cette sensation élémentaire même est troublée; ce qui est essentiel, c'est le défaut de sensibilité cérébrale. Là où Janet ne voit qu'un trouble psychologique, Sollier voit un trouble physiologique. Chaque viscère possède dans le cerveau postérieur un centre où réside son centre moteur. Quand l'organe est anesthésié, son centre cortical l'est aussi. A l'anesthésie organique correspond une insensibilité du crâne correspondant à son centre moteur. Quand le membre recouvre sa sensibilité, la sensibilité reparaît aussi au crâne. La zone frontale, psychique, où se condensent et se coordonnent toutes les sensations locales, recouvre sa sensibilité à mesure que la malade reconstitue sa personnalité complète, retrouve sa volonté, son attention, le sentiment du moi et le sens de l'existence. Tous les accidents de l'hystérie, tous ses stigmates se résument donc à des troubles de sensibilité. A chaque degré de l'anesthésie correspond un symptôme, un stigmate ou un accident déterminé. Il existe donc une triple graduation : celle de l'anesthésie, celle des phénomènes objectifs ou fonctionnels, celle des phénomènes subjectifs ou sensitifs. Cette échelle permet d'évaluer le degré réel de la maladie, la gravité de certains troubles sans s'en rapporter à la seule incommodité que le sujet en reçoit. Pronostic et thérapeutique y puisent donc des éléments intéressants et précis. La grande cause de l'hystérie, c'est l'émotion; que cette émotion soit causée par une image extérieure, une sensation actuelle, une image ancienne, un souvenir, une idée. De même le trauma agit par l'idée émotionnelle qui l'accompagne et non par le choc physique lui-même. De ce travail très original et très important il résulte « que la cause première de l'hystérie est un engourdissement, ou si l'on veut un état de sommeil des centres cérébraux. L'anesthésie, les troubles moteurs et viscéraux, vaso-moteurs et psychiques ne sont que la conséquence de ce sommeil qui suspend plus ou moins les fonctions des centres cérébraux. L'état de sommeil à partir d'un certain degré, amène par sa constance les stigmates et les accidents permanents; les variations de cet état de sommeil provoquent des réactions spéciales qui ne sont autre chose que les attaques et tous les accidents paroxystiques. L'hystérie n'est qu'un trouble local du cerveau, plus ou moins généralisé. Les centres sont frappés en plus ou moins grand nombre, soit d'emblée, soit les uns après les autres, s'affaiblissant peu à peu puis s'éteignant tout à fait. » L'hystérie n'est donc pas un état psychique, mais un état organique constitutionnel ou acquis. L'épuisement des centres peut être en effet congénital, être lié au développement du sujet (h. d'évolution) ou succéder à une infection ou intoxication (h. acquise). Telle est, trop rapidement résumée, cette œuvre considérable, étayée de nombreuses observations, coordonnées et mises en valeur par un clinicien. Son importance ne saurait échapper : déduite de la clinique, elle comporte avec elle une prophylaxie et une thérapeutique de l'hystérie. S'il reste encore à décrire les modifications histologiques caractérisant cet engourdissement cérébral, il n'en reste pas moins que l'auteur a su faire progresser considérablement l'état de la question et en avancer singulièrement la solution. Quiconque s'intéresse à l'étude des maladies du système nerveux sera séduit par les aperçus neufs et originaux dont fourmille l'ouvrage, qui fait le plus grand honneur à qui l'a conçu et écrit.

IV. — Étiologie de l'hystérie; par Sigm. Freud. — *Wiener klin. Rundschau*, nos 22-26, 1896.

IV.—Pour l'auteur, le rôle de l'hérédité serait beaucoup moins important qu'on a voulu le dire. Quand on interroge avec soin les malades, on retrouve à l'origine de la névrose et comme cause vraie un trouble sexuel remontant à la puberté et à l'enfance. Le plus souvent il s'agit d'une expérience sexuelle précoce. Parfois il s'agit d'un véritable attentat commis par un individu adulte sur une fillette qui a subi ainsi une insulte grave, matérielle; d'autres fois une personne attachée à l'enfant se livre sur lui à des manœuvres sexuelles qui se continuent souvent pendant des années; enfin le troisième groupe comprend les cas de rapports sexuels entre deux enfants, rapports qui persistent souvent jusqu'à la puberté. Cette expérience sexuelle précoce serait la cause spécifique de l'hystérie. Ce souvenir parfois inconscient et qu'il faut réveiller remonte toujours aux premières années de la vie, avant l'âge de 8 ans.

V. — Hystérie simulant ou se combinant au Tabes; par Higier. — *Wiener klin. W.*, nos 1, 2, 3 et 5, 1895.

V.— L'hystérie peut simuler le tabes et dans ce cas le diagnostic est des plus difficiles à établir. Cependant ces cas de simulation sont rares. L'auteur ajoute une nouvelle observation aux quelques rares connues. Plus fréquentes sont les associations hystéro-tabétiques, importantes à dépister, car elles permettent de faire le départ de ce qui relève de l'affection psychique de ce qui appartient à la lésion organique : Higier a pu en observer un cas.

VARIA

Faculté de Médecine de Paris.

Limites des consignations pour examens qui ne se passent pas en sessions.

I. — Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues les lundis, et mardis, de midi à 3 heures, du 4 octobre 1897 aux dates ci-après désignées :

Doctorat (ancien régime) : 2e examen (1re partie), jusqu'au 8 mars 1898; (toutefois, les élèves entrant en 3e année au mois d'octobre 1897 ne pourront consigner que les 7 et 8 mars 1898. Voir l'affiche des consignations pour examens qui se passent en sessions). 2e examen (2e partie); (voir l'affiche des consignations pour examens qui se passent en sessions). 3e examen (1re partie), jusqu'au 21 février 1898; 3e examen (2e partie), jusqu'au 19 avril 1898; 4e examen, jusqu'au 17 mai 1898; 5e examen (1re partie),

© BIU Santé

jusqu'au 14 juin 1898. (Le bulletin de versement des droits relatifs à cet examen ne sera délivré que lorsque le certificat de stage obstétrical sera parvenu à la Faculté); 5e examen (2e partie), jusqu'au 28 juin 1898; thèses, jusqu'au 5 juillet 1898.

Officiat. — 1er examen définitif, jusqu'au 8 mars 1898; 2e examen définitif, jusqu'au 19 avril 1898; 3e examen définitif, jusqu'au 28 juin 1898.

Doctorat (nouveau régime). — 1er examen, jusqu'au 8 mars 1898. (Toutefois, les élèves entrant en 2e année au mois d'octobre 1897 ne pourront consigner que les 3, 4 et 5 mars 1898. Voir l'affiche des consignations pour examens qui se passent en sessions).

II. — MM. les candidats ajournés avant le 29 mai 1898 sont informés que : 1° L'épreuve pratique d'anatomie sera renouvelée dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 13 juin) ; l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 1er mai et dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 13 juin); 2° les épreuves orales seront renouvelées à partir du 13 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 15 mai; à partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 15 mai et avant le 29 mai.

Les candidats ajournés pour la médecine opératoire consigneront les 18 et 19 avril, ou les 23, 24 et 31 mai, inclusivement, *dernier délai*. Pour les examens autres que la médecine opératoire : les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront les 23, 24 et 31 mai, inclusivement, *dernier délai*; les candidats ajournés après le 15 et avant le 29 mai consigneront les 13 et 14 juin, inclusivement, *dernier délai*. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec. Les élèves ajonrnés après le 29 mai à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées. Passé le 5 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Affaire du Dr V. Laporte (1).

Le *Syndicat des Médecins de la Seine* nous adresse la lettre suivante :

Paris, le 26 décembre 1897.

Cher Confrère,

Ainsi que nous-mêmes, vous avez dû être très ému par la déplorable affaire du Dr Laporte. — Un accident, une imprudence lui ont été imputés à crime et notre malheureux confrère est en prison préventive. Nous n'avons même pu obtenir sa mise en liberté provisoire. Une semblable interprétation de nos risques professionnels nous intéresse tous, car pratiquer une opération deviendrait chose singulièrement osée si de pareilles théories venaient à prendre pied.

Il est certain, d'autre part, que dans la médecine des indigents, pour citer un exemple, à la ville comme à la campagne, le praticien mettrait en balance, abstraction faite des honoraires absents, les émotions d'une intervention avec la prison risquée ; il deviendrait abstentionniste par prudence. La condamnation du Dr Laporte pourrait ainsi et par contre-coup tuer dans la suite des mères et bien des enfants. Il importe donc de rétablir les faits dans leur ordre. Le médecin imprudent ou malheureux n'est point un criminel. On semble l'oublier aujourd'hui; il convient que nous le rappelions à l'opinion publique égarée. Nous vous prions d'y contribuer par vos paroles, par vos écrits, surtout par des articles de journaux et par la discussion dans les différentes sociétés médicales dont vous faites partie. Nous y travaillerons nous-mêmes de toutes nos forces.

Le Conseil d'administration
du Syndicat des Médecins de la Seine.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 5 au samedi 11 septembre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.115, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 409, illégitimes, 161. Total, 570. — *Sexe féminin* : légitimes, 359, illégitimes, 186. Total, 545.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 au samedi 11 septembre 1897, les décès ont été au nombre de 736, savoir : 400 hommes et 336 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 3 T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 1, F. 0, T. 1. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 1, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 1, F. 0, T. 1. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 93, F. 54, T. 147. — Méningite tuberculeuse : M. 13, F. 9, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 5, T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 37, T. 57. — Méningite simple : M. 8, F. 8, T. 16. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 15, F. 29, T. 44. — Paralysie, M. 3, F. 3 T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 4, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 25, T. 55 — Bronchite aiguë : M. 1, F. 3, T. 4. — Bronchite chronique : M. 9, F. 8, T. 17 — Broncho-pneumonie : M. 5, F. 10, T. 15. — Pneumonie : M. 11, F. 8, T. 19. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 11, F. 8, T. 19. — Gastro-entérite, biberon : M. 26, F. 23, T. 49 — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 5, T. 12. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 0, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 3 T. 5 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6. — Débilité congénitale : M. 16 F. 8, T. 24 — Sénilité : M. 8, F. 12, T. 20 — Suicides : M. 13, F. 5, T. 18 — Autres morts violentes : M. 13, F. 6, T. 19. — Autres causes de mort : M. 66, F. 42, T. 108. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 3, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 18 Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 14, illégitimes, 14. Total : 28.

Service de Santé militaire. — *Ecole de Lyon.* — Le Ministre de la Guerre a fixé à 1.046 fr. 10, le prix du trousseau qu'auront à verser les candidats à l'Ecole du service du santé militaire, à la suite du concours de cette année.

Nominations. — Réserve. — Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe : MM. Montury, Saintin, Joly, Portalier, Cantin, Paucier, Dupoux, Decaix, Villeneuve.

Armée territoriale. — Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe : MM. Azema, Bietrix, Charretan.

Service de Santé de la Marine. — Sont nommés au grade de médecin de 2e classe les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine sortant de l'Ecole d'application : MM. Laffay, Renault, Cras, Guyot, Chagnolleau, Régnault, Paucot, Charézieux, Brunet, Le Strat, Lowitz, Portes, Le Nadan, Chartres, Pichez, Prouvost, Féraud, Pichon, Roux.

Enfants assistés de la Seine. — L'Assistance publique vient d'ouvrir à Toucy (Yonne) une agence des Enfants assistés de la Seine, qui dédoublera l'agence d'Auxerre et aura un effectif de 800 enfants dès ses débuts au 1er octobre. M. Charles Péan, qui fut conseiller municipal de Paris, est nommé à la direction de cette agence.

Service Médical de nuit a Paris. — La commission qui, à l'Hôtel de Ville, s'occupe des questions d'assistance publique, a examiné, ces jours derniers, un projet de réorganisation du service médical de nuit destiné à éviter le retour de malheureux incidents, tels que celui dont le public s'est ému ces temps derniers. Cette commission était encore présidée par M. Paul Strauss.

Réforme de l'Assistance publique. — *Le Figaro* constate que l'organisation de l'Assistance publique est vicieuse et propose un plan nouveau : « Pourquoi ne créerait-on pas, par exemple, un corps laïque de volontaires de la charité composé de gens d'âge mûr et de condition libérale, anciens officiers, fonctionnaires retraités, commerçants retirés des affaires, à qui l'on confierait l'administration et la dispensation du bien des pauvres, à titre absolument gratuit? On réserverait pour eux certaines distinctions honorifiques, et tout porte à croire que la fonction serait recherchée. Ainsi, tout l'argent des pauvres irait aux pauvres. » — On ne peut tout essayer en ces matières. Il serait plus simple de perfectionner les rouages et de confier tous les services à une seule et même administration, avec des employés vraiment responsables.

L'Assistance médicale gratuite et les médecins a Rodez. — Un conflit qui prend un caractère assez aigu s'est élevé entre le Conseil général et les médecins du département à propos du tarif d'honoraires et des formalités qu'on prétend leur imposer pour assurer l'exécution de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite. Les médecins n'acceptent ni le tarif fixé par le Conseil général, tarif qui ne leur paraît pas raisonnable, ni l'obligation à laquelle on prétend les soumettre de se laisser submerger, sous prétexte d'appliquer cette malheureuse loi, dans les flots d'une paperasserie qui leur prendrait plus de temps que la visite des malades elle-même. Il serait difficile, à l'heure actuelle, de deviner comment finira ce conflit.

Suicide d'un Étudiant en Médecine. — Un jeune homme de nationalité bulgare, M. Mintcho Koradintchoff, s'est suicidé la semaine dernière dans l'hôtel qu'il habitait, 59, rue de Seine, en se tirant deux coups de révolver dans la tête. Il était âgé de vingt-

(1) Voir le Numéro précédent (*Nouvelles*).

© BIU Santé

trois ans et étudiait la médecine depuis quatre ans à Paris. Il recevait de sa famille une pension mensuelle de mille francs. C'était, au dire de ses amis, un misanthrope, qui ne prenait aucun plaisir à la vie facile du Quartier latin. C'est dans son fauteuil, devant sa table de travail, que le jeune étudiant s'est tué. Il avait laissé un billet avec ces simples mots : « Je me suicide. » Dans plusieurs lettres écrites en bulgare à ses parents, M. Koradintchoff faisait l'apologie du suicide, « le seul moyen, écrit-il, qu'on ait de se soustraire aux ennuis de la vie ». M. le commissaire de police a prévenu la famille.

LA PESTE AUX INDES. — La peste augmente dans la résidence de Bombay. Plusieurs européens ont été atteints par l'épidémie à Poona. — On mande de Bombay, Indes anglaises, le 23 septembre, que c'est l'anniversaire de la constatation officielle de la peste bubonique à Bombay en 1896; la municipalité avait alors enregistré 18 cas; elle en enregistre aujourd'hui 17, mais avec cette différence vraiment inquiétante que la mortalité générale, à la même date en 1896, était de 89, tandis qu'aujourd'hui elle est de 143.

INSTITUT MARIN DE LA BAULE. — Récemment a eu lieu, à la Baule (Loire-Inférieure), l'inauguration du buste, œuvre du sculpteur Salières, élevé aux Instituts marins au Pr Verneuil, propagateur des Instituts. M. le Dr Le Dentu, membre de l'Académie, présidait cette cérémonie et a prononcé l'éloge du Dr Verneuil.

UN MÉDECIN MILITAIRE AMATEUR. — « Que de types curieux autour des manœuvres! dit le *Temps*. D'abord, l'amateur, qui ne manque aucun rendez-vous de troupes, à l'affût de toutes les prises d'armes, comme l'excellent Dr HENRY (de Lille) que l'on rencontre partout, de l'Escaut à l'Adour, du Madon à la Charente et qui, grâce à des relations mystérieuses, est fortement documenté sur tout ce qui se passe. »

ASPHYXIE DANS UNE CUVE DE VENDANGE. — Un accident, qui a causé la mort de trois personnes, est survenu au mas de Laune, situé à huit kilomètres de Nimes. Le domestique de la ferme, un jeune homme de 20 ans, originaire de l'Ardèche, étant descendu dans une cuve pour en extraire le marc, tomba asphyxié. Quelques instants après, son patron, âgé de 40 ans, voyant que son domestique ne remontait pas, descendit à son tour dans la cuve et tomba également asphyxié par les fortes émanations d'acide carbonique que dégageait le marc. Son beau-père voulant connaître les causes pour lesquelles le domestique et son gendre ne revenaient pas, descendit lui aussi; mais il dut vite remonter dans la crainte de tomber. Moins prudent, son fils, âgé de 13 ans, s'élança au secours de son père, et méprisant le danger s'engagea dans la cuve; mais il tombait bientôt, et lorsque les secours arrivèrent il était trop tard: l'infortuné jenne homme venait de succomber lui aussi. On a retiré les trois cadavres.

UNE EXPLICATION DES BLESSURES QUI SE ROUVRENT. — Le général Bourbaki, qui vient de mourir, reçut à la jambe une balle qui lui entra entre le tibia et le péroné en creusant un demi-croissant à chacun de ces os. Jusqu'en 1867, il a souffert de cette blessure, qui ne s'est fermée qu'en 1868 pendant une saison à la Bourboule. Seulement, cette blessure « *lui servait d'exutoire* ». Dès qu'elle a été fermée, il a eu la santé continuellement altérée. — Il n'est pas rare de retrouver, dans les journaux politiques, une remarque de ce genre. A ce compte, il semble qu'on devrait empêcher les blessures de guerre de se fermer. Pourtant, si ce fait court ainsi de bouche en bouche, il est probable qu'il présente quelque chose de vrai. Mais comment l'expliquer? Ne pourrait-on pas supposer qu'il s'agit de plaies *infectées*, soit primitivement, soit secondairement, qu'on ne parvient pas à aseptiser complètement? Quand elles se cicatrisent elles enferment le loup dans le bois, avec des microbes atténués, qui, bientôt, pour une cause ou pour une autre, réagissent dans diverses parties de l'organisme ou localement.

LES MÉDECINS ANGLAIS ET LA LICENCE DES RUES. — La ville de Leeds a donné l'hospitalité à un Congrès de médecins anglais, qui a fait parler de lui. Un savant écossais y a déposé et soutenu une proposition tendant à appeler l'attention de la police « sur les artistes qui fournissent les illustrations des affiches de spectacles, dont les dessins sont trop souvent attentatoires à la morale publique ». Ce médecin n'est pas, comme on pourrait le supposer, un partisan de la ligue contre la licence des rues. Il sait parfaitement que la police anglaise n'a jamais autorisé la publicité d'une affiche inconvenante. Mais s'il est rassuré sur ce point, le membre du Congrès de Leeds s'effraye de voir les artistes emprunter le sujet de leurs dessins à des scènes de comédie ou de drame qui montrent la vertu sacrifiée et le crime triomphant. Il a dénoncé plus particulièrement au Congrès une affiche où le traitre de la pièce est représenté foulant aux pieds sa victime qu'il vient d'assassiner après l'avoir déshonorée et dépouillée. La police devrait avoir le droit d'imposer à l'artiste la reproduction de la scène finale où ce scélérat reçoit enfin son châtiment. La foule aurait au moins sous les yeux un spectacle moral. Il dénonce une autre affiche, où le traitre est représenté sous les traits d'un beau jeune homme, noble de tournure et de visage, tandis que le père noble, un vieillard doué de toutes les vertus et accablé par les pires injustices, fait vraiment peine à voir tant il est débile, laid et peu intéressant. Il regrette également de voir parfois sur ces affiches de spectacle des dessins représentant des scènes d'amour. Or, l'on sait qu'au théâtre la plupart des romans d'amour se terminent par un mariage. Pourquoi alors ne pas illustrer l'affiche de la bénédiction nuptiale? Ce serait de beaucoup plus convenable. — Le Congrès, paraît-il, n'a pas hésité à émettre un vœu favorable à cette proposition inattendue. Ce vœu sera transmis au secrétaire d'Etat pour l'intérieur dans les termes ordinaires. Il n'est pas impossible qu'il soit pris en sérieuse considération.— Décidément, il ne reste plus qu'à créer, en Angleterre, l'*Ordre des Médecins* et nous serons revenus au XVe siècle !

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons, de Grenoble, la mort, à l'âge de 76 ans, de M. le Dr Victor CHAPUY, ancien médecin principal de l'armée, officier de la Légion d'honneur, père du Directeur général de la Compagnie royale des Chemins de fer portugais. Il était président du Comité grenoblois de la Société de secours aux blessés des armées de terre et de mer. — M. ARRAULT, pharmacien à Baugé (Maine-et-Loire), vient d'être victime d'un accident mortel de bicyclette. Il revenait, en compagnie de sa femme, d'une excursion à la pointe aux Poulains, à Belle-Ile-en-Mer, et descendait la grande côte de Craufor. Il perdit les pédales et vint se heurter violemment sur le parapet qui longe le port de Sauzon. Projeté par la violence du choc sur le guidon de sa bicyclette, M. Arrault se fit à la poitrine une blessure profonde et tomba dans le port de Sauzon, vide en ce moment. Mme Arrault se porta aussitôt au secours de son mari, qui ne donnait déjà plus signe de vie.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL NECKER. — Service de M. le Pr Le Dentu. — Pendant les vacances, M. le Dr MAUCLAIRE, chef de clinique, fera à 9 h. 1/2 à l'amphithéâtre, le mardi, une leçon de pathologie externe; le vendredi, une leçon de diagnostic chirurgical.

MATERNITÉ DE BEAUJON, 51, rue de Courcelles (service du Dr Ribemont-Dessaignes). — M. le Dr G. LEPAGE a commencé, le vendredi 3 septembre, à 4 heures du soir, des conférences de *Clinique obstétricale*; il les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Anémie, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale : *Biosine Le Perdriel.*

Savon dentifrice Vigier, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

Phtisie, Bronchites chroniques. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie. Diabète. Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES.

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER. — Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 41. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 9 OCTOBRE 1897.

Le Progrès Médical

ÉPIDÉMIOLOGIE

De la Psittacose au point de vue épidémiologique. — Relation de deux nouveaux cas observés à Saint-Denis ;

par le Dr L.-E. DUPUY, médecin de l'hôpital de Saint-Denis.

A la fin de l'année 1896 et au commencement de 1897, nous avons observé deux cas de psittacose très nettement caractérisés ; c'est à ce moment que parurent dans divers organes de la presse médicale les intéressants travaux de MM. Gilbert et Fournier, Widal et Sicard, Achard et Bensaude, qui, confirmant les recherches de M. Nocard, démontrèrent d'une façon irréfutable l'existence de la psittacose. Le moment nous a semblé favorable pour faire une étude de cette maladie au point de vue épidémiologique ; nous nous proposons de résumer l'histoire de la psittacose depuis 1892 en joignant à ce résumé, que nous ferons aussi succinct que possible, les observations détaillées de nos malades et le résultat de quelques recherches personnelles.

I. — *Année* 1892. — On sait dans quelles conditions la psittacose a fait son apparition à Paris, au commencement de 1892. Les nommés Marion et Dubois s'étaient embarqués à Buenos-Ayres avec une cargaison de 500 perruches ; plus de 300 oiseaux étaient morts en route, lorsque les deux associés arrivèrent à Paris et, au moment où ils se séparèrent, chacun ne disposait plus que de 95 perruches.

Marion s'installa chez son frère, rue Dutot ; il y fut pris de pneumonie droite et guérit ; mais le frère, pris de la même maladie, succomba. Alors se forma un foyer d'infection et un grand nombre d'individus, mis en rapport avec les perruches ou avec les personnes déjà malades, furent atteints, si bien que le mal rayonna rue Reignier, rue Plumet, au Grand-Montrouge, rue de Courcelles, avenue de la République, au Gros-Caillou, rue Saint-Dominique et enfin dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville. De son côté, Dubois était allé avec ses perruches habiter 9, rue de la Roquette, un logement insalubre. Pris de pneumonie, il guérit ; mais la famille Liénard, avec laquelle il demeurait, famille composée de 7 personnes, fut décimée par la même maladie, qui s'étendit jusqu'à Montmartre, Charenton, place Maubert, rue Lagrange, rue des Anglais, rue des Carmes, rue Charles V.

Dans toutes ces rues, Dujardin-Beaumetz (1) sut retrouver avec une merveilleuse perspicacité le passage des perruches malades importées de Buenos-Ayres. Pour l'épidémie de la rue Dutot, il compta 22 personnes atteintes et 6 morts, pour celle de la rue de la Roquette 25 personnes atteintes et 2 morts ; en ajoutant à ces cas 2 décès qui ne se rattachent pas directement à ces foyers, mais ont néanmoins été causés par la possession de perruches malades, on arrive à admettre qu'en 1892 49 personnes furent atteintes et que 16 d'entre elles succombèrent, soit une mortalité de 32,64 0/0. Quoiqu'ayant admis que les perruches avaient été la cause initiale des accidents, Dujardin-Beaumetz a résumé son intéressante communication au Conseil d'Hygiène en ces termes :

« Maladie extrêmement contagieuse ; atteignant les propriétaires de perruches ; existence d'une épidémie de grippe infectieuse en ce moment ; bonne santé des perruches qui ont reçu des soins convenables ; contact des acheteurs avec les personnes déjà malades : ce sont là autant de circonstances qui me portent à penser que nous avons affaire à des *pneumonies infectieuses grippales* et nullement à une maladie nouvelle importée par ces perruches dans notre pays. »

Nous verrons plus loin que, dès l'année suivante, il ne maintenait plus cette opinion et admettait la possibilité d'une infection de l'homme par les perruches malades.

M. Gastou (1), son élève, concluait également qu'il s'agissait de pneumonie infectieuse grippale et que « le seul rôle que pourraient avoir joué les perruches était d'avoir facilité la diffusion de la maladie soit en facilitant le contact des individus, soit en transportant elles-mêmes les germes sur leurs plumes, de même qu'une psrsonne sur ses vêtements ».

Le Pr Peter (2), qui avait soigné, dans son service de l'hôpital Necker, quelques malades contagionnés au foyer de la rue Dutot, s'était davantage rapproché de la vérité : dans son idée, il s'agissait d'un *typhus des perruches*, résultant de la malpropreté et du manque de soins, maladie qui se serait ensuite transmise de l'oiseau à l'homme ; c'est lui qui, le premier, reconnut franchement l'origine aviaire de la maladie.

II. — *Année* 1893. — En 1893, deux nouveaux foyers, signalés à la Préfecture de police, furent l'objet d'un second rapport de Dujardin-Beaumetz au Conseil d'Hygiène du département de la Seine. Le *premier foyer* existait au n° 31 de la rue de Vaugirard, où une dame M... avait, le 20 janvier 1893, acheté une perruche à un marchand ambulant.

Cinq jours après, l'oiseau succombait : son cadavre et la cage exhalèrent très vite une odeur repoussante. Quatre personnes séjournant dans l'appartement de Mme M... et le concierge qui avait nettoyé la cage furent atteints du 1er au 4 février ; sur ces 4 cas, il y eut 3 morts et 2 guérisons. Le deuxième foyer se produisit au n° 79 de la rue Legendre dans les conditions suivantes : les époux B... avaient acheté à un marchand ambulant une perruche qui succomba au bout de 48 heures : quelques jours après ils mouraient présentant les symptômes caractéristiques de la psittacose.

En somme 7 personnes avaient été atteintes ; il y eut 2 guérisons et 5 décès.

M. Dubief (3), qui avait observé ces malades, conclut à une maladie infectieuse, déterminée par le contact d'une perruche infectée. Quant à M. Dujardin-Beaumetz il

(1) *Enquête sur des cas de pneumonie infectieuse paraissant avoir été occasionnés par des perruches.* Conseil d'Hygiène du département de la Seine. Chaix, Paris, 1892.

(1) *Bulletin médical*, 30 mars 1892.
(2) *Bulletin Médical*, 2 avril 1892.
(3) *Ibidem*, Annexe A.

© BIU Santé

revint en ces termes sur l'opinion émise dans son premier rapport : (1)

« Dans le premier rapport que j'ai eu l'honneur de vous soumettre, M. le Préfet, et où nous avions constaté des faits analogues, j'avais pensé, vu l'épidémie de pneumonie infectieuse que nous traversions, qu'il y avait là un fait de coïncidence. Aujourd'hui, je suis beaucoup moins ferme dans cette opinion et je pense au contraire que le retour des accidents et leur marche identique, permet d'admettre qu'il y a eu relation de cause à effet et qu'il est possible que la perruche malade soit le facteur de cette infection. Nous ne pourrons nous prononcer définitivement à cet égard que lorsque les recherches bactériologiques entreprises à ce sujet seront terminées. »

C'est M. Nocard (2) qui mena à bonne fin ces recherches; ayant à sa disposition un paquet d'ailes des perruches de Marion et Dubois, mortes pendant la traversée, il retira de l'humérus la moelle desséchée et avec ses fragments, ensemença divers milieux de culture à l'air et dans le vide et finalement obtint une culture pure d'une bactérie courte, assez épaisse, à la fois aérobie et anaérobie; inoculée sous la peau et dans les muscles ou simplement mélangée aux aliments, elle produisit une septicémie hémorragique rapidement mortelle chez la perruche, la poule, la souris, le lapin, etc... Il a suffi à M. Nocard de mettre quelques-unes de ces ailes desséchées dans la cage d'une perruche adulte saine pour la tuer en moins de 20 jours. Nous reviendrons plus loin sur cette bactérie de la psittacose désignée le plus souvent sous le nom de bactérie de Nocard et nous verrons que d'ultérieures recherches confirmèrent très nettement les résultats que nous venons d'exposer.

III. — *Année* 1894. — Le 20 novembre 1894, M. Rendu (3) a observé, dans son service de l'Hôpital Necker, 2 cas de psittacose dont voici la filiation: M. V... et sa belle-sœur, domiciliés rue Saint-Placide, achètent une perruche le 14 octobre: cet oiseau tombe malade le 29 octobre et meurt le 6 novembre. V... est atteint le lendemain et sa belle-sœur, qui habitait avec lui, 4 jours après.

Le jeune homme avait nourri l'oiseau de bouche à bec; son cas fut le plus grave; la jeune fille qui s'était contentée de le caresser eut une forme bénigne. Tous deux guérirent.

IV. — *Années* 1895-1896. — Le 20 décembre 1895, X... achète 3 perroquets. Un de ces oiseaux est envoyé à Z... et meurt dans les premiers jours de janvier 1896 : Mme Z... et sa bonne tombèrent malades et guérirent. Les deux oiseaux gardés par X... moururent les 3 et 10 janvier : le 15 janvier X... tombe malade et meurt le 26 janvier; Mme X... est atteinte à son tour, le 22 janvier 1896 et meurt le 22 février suivant. Le fils X... est pris légèrement le 26 janvier et guérit rapidement.

En somme, dans cette petite épidémie observée par MM. Debove et Gilbert (4), il y eut 3 guérisons et 2 morts. Ici encore les personnes les plus gravement atteintes furent celles qui avaient plus que les autres, soigné, touché et surtout nourri de bouche à bec, les perruches malades.

(1) *Rapport sur deux épidémies locales semblant avoir été déterminées par des perruches.* — Conseil d'Hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. — Paris, 1893. Imprimerie Chaix.

(2) *Ibidem.* Annexe B.

(3) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.* 10 janvier 1895 — Morange. *De la Psittacose.* Thèse de Paris, 1895.

(4) A. Gilbert et L. Fournier. *Contribution à l'étude de la Psittacose.* Debove. *Rapport à l'Académie de Médecine.* (Séance du 20 octobre 1896).

V. — *Années* 1896-1897. — En juin 1896, nous retrouvons la psittacose chez une famille S... habitant, dans de mauvaises conditions hygiéniques, la maison portant le n° 143 de la rue Oberkampf, famille composée du père, de la mère et de 5 enfants. Le 1er mai, M. S... acheta à un marchand ambulant une vieille perruche qui au bout de 8 jours, présenta une diarrhée abondante et fétide, entre autres symptômes, et succomba à la fin du mois. Le 8 juin, Mme S... fut atteinte subitement de psittacose et succomba à l'hôpital Andral (service de M. Albert Mathieu) (1), au bout de 10 jours de maladie : elle avait nourri la perruche de bouche à bec. Le 10 juin la fille ainée, âgée de 13 ans, eut à son tour une légère atteinte; le 12, sa sœur, âgée de 11 ans, entra à l'hôpital; le 13, le père fut admis également à Andral, présentant des symptômes de psittacose : il n'entra en convalescence que le 8 juillet. Enfin une 5e personne qui avait soigné les divers membres de la famille S..., la sœur de M. S... présenta également des signes d'infection. Cette petite épidémie a été étudiée cliniquement avec beaucoup de soins par deux internes de l'hôpital Andral, MM. Delamarre et Decazals.

Quelques mois après, nous eûmes l'occasion d'observer nous-même, tant à domicile qu'à l'Hôpital de Saint-Denis, deux nouveaux malades atteints de psittacose, dans les conditions suivantes : le 13 septembre 1896, les époux F... achetèrent au marché aux oiseaux deux perruches dont l'une succomba le 21 du même mois et l'autre le 30 octobre.

Pour remplacer la première, une troisième perruche avait été achetée le 27 septembre; nous avons vu cet oiseau au moment où il devenait languissant, laissait tomber ses ailes, les plumes hérissées, et avait une diarrhée abondante : nous allions l'expédier au laboratoire de M. Netter, lorsqu'une personne de l'entourage, bien peu avisée, jugea à propos de lui tordre le cou et de jeter le cadavre dans le cabinet d'aisance.

Mme F... avait soigné les oiseaux, mais sans les avoir nourris de bouche à bec; elle les caressait cependant et les approchait de son visage, se laissait mordiller par eux. Elle tomba malade le 16 octobre; son mari fut atteint dès le surlendemain. L'appartement qu'habitent les époux F... à Saint-Denis, est petit et encombré, mais très propre, élégant même et fort bien tenu. Ils furent d'abord soignés à domicile par des parentes; mais celles-ci, ayant su qu'il s'agissait d'une maladie essentiellement infectieuse, ne voulurent plus continuer leurs soins et les deux malades se décidèrent à entrer dans notre service d'isolement de l'Hôpital de Saint-Denis. Là nous avons pu les étudier minutieusement et recueillir les principaux détails cliniques de leur maladie; bien que très gravement atteints, ils guérirent tous deux. Voici leurs observations :

Observation I (recueillie avec la collaboration de M. Archambaut, interne de l'hôpital de Saint-Denis).

Mme F..., domiciliée à Saint-Denis, 17, rue de la Paroisse, 46 ans, sans profession, est d'un tempérament nerveux, sujette à des névralgies fréquentes; elle a eu, à plusieurs reprises, des angines simples; il y a quelques années, une affection catarrhale de l'oreille a laissé chez elle un certain degré de surdité. Elle nous raconte, à l'occasion des fêtes données à Paris en l'honneur du czar, s'être livrée, ainsi que son mari, à des courses très fatigantes et avoir même passé une nuit blanche à la gare du Nord après avoir manqué le dernier train de nuit.

(1) *Relation d'une épidémie de Psittacose*; par MM. Delamarre et Decazals, internes des Hôpitaux de Paris. — *Gazette des Hôpitaux*, 13 et 15 août 1896).

© BIU Santé

16 *octobre* 1897. La malade est apyrétique ; la langue est sale, recouverte d'un épais enduit blanchâtre, l'haleine est infecte ; il y a constipation. Mme F... se plaint d'une douleur violente dans le côté gauche de la poitrine, dans la tête et dans les membres ; elle prétend ne pouvoir faire un mouvement qui ne soit douloureux. Elle nous raconte aussi que depuis trois jours elle n'a pu fermer l'œil un instant et se sent très fatiguée de cette insomnie persistante. L'auscultation du poumon ne révèle rien d'anormal ; les dimensions du foie sont normales. Dans l'appartement nous voyons sur le piano, sur les divers meubles, sur la table de la salle à manger quantité de petites plumes dont quelques-unes flottent dans l'air de l'appartement. Mme F... nous apprend qu'elles viennent de ses perruches dont deux ont succombé récemment et se trouvaient dans la mue ; une troisième perruche, plus vigoureuse que les précédentes, restait à ce moment encore en parfaite santé.

18 *octobre*. La fièvre s'est allumée, T. 40°,4. Depuis la base du poumon gauche jusqu'à l'angle de l'omoplate, on entend un souffle assez rude et, par places, des râles crépitants fins. Matité dans cette région. La respiration est fréquente, la toux pénible. Expulsion de crachats, visqueux et rouillés ; l'insomnie persiste toujours et fatigue considérablement la malade. A la constipation a fait place, pendant la précédente nuit, une diarrhée très fétide. Langue saburrale, odeur de l'haleine forte, mais le ventre n'est pas douloureux à la pression. La rate est un peu augmentée de volume tandis que le foie est resté normal. Les douleurs sont toujours assez fortes dans les jambes, la céphalalgie est moins intense. La surdité est presque complète des deux côtés et il faut élever considérablement la voix pour se faire entendre de la malade. Sulfate de quinine 1 gramme. Potion de Tood avec extrait mou de quinquina 3 grammes.

23 *octobre*. T. 39°,2. Persistance dans le poumon gauche du souffle ; les râles crépitants sont plus abondants et moins secs. A la base du poumon droit on entend quelques râles humides. La céphalalgie a diminué ; néanmoins la nuit a été très agitée ; la malade, dans le subdelirium, se plaignait surtout de douleurs des jambes, le point de côté gauche ayant complètement disparu. Analgésine 3 grammes.

27 *octobre*. T. 38°. Disparition du souffle dans le poumon gauche où l'on entend de nombreux râles sous-crépitants et muqueux occupant toute son étendue. La langue s'est nettoyée, mais il y a toujours anorexie complète. L'état général est mauvais, les téguments sont pâles, l'abattement est profond. L'insomnie existe toujours, quoique moins complète. Constipation datant de trois jours. Crachats rouillés. Lavements et purgation saline.

29 *octobre*. T. 38°,6. Les râles muqueux persistent abondants dans toute l'étendue du poumon gauche et ont envahi la presque totalité du poumon droit. La langue s'est couverte d'un enduit saburral épais. La constipation reste opiniâtre sans que l'abdomen soit douloureux spontanément pas plus qu'à la pression. La malade se plaint surtout de douleurs dans les jambes. Crachats visqueux et rouillés.

31 *octobre*. T. 37°. Diarrhée abondante et fétide. Diminution considérable des râles dans le poumon gauche ; néanmoins la respiration est encore fréquente, comme gênée et stertoreuse. Il y a du subdelirium pendant la nuit et la malade se plaint de ne pouvoir expectorer facilement. La langue est couverte d'un enduit saburral très épais. L'analyse de l'urine, faite par M. J. Bourdillat, accuse une densité de 1,031 et une quantité de 0 gr., 28 d'albumine pour 1 litre.

2 *novembre*. Nous trouvons la malade au Pavillon d'isolement de l'hôpital de Saint-Denis, dans une pièce isolée où nous l'avons fait transporter avec son mari et nous constatons chez elle les symptômes suivants : Abattement considérable, pâleur de la face, oppression extrême. R. 60. P. 100. T. (matin) 38°,6 ; (soir) 39°,2.

A l'auscultation on trouve dans les lobes supérieur et moyen du poumon gauche des râles bronchiques, à la base des râles plus fins. En cet endroit, la percussion révèle de la submatité. Au sommet droit, la respiration est soufflante, surtout à l'inspiration ; on y constate en même temps des râles muqueux fins. A la base existent des râles plus gros, plus humides avec sonorité normale de la paroi. Crachats blancs et adhérents. En avant, dans la région claviculaire gauche, où la sonorité est également normale, on constate des râles sibilants. Rien à noter du côté du cœur. La langue est saburrale, grillée et sèche vers la base ; l'anorexie complète, la soif vive, mais l'abattement est tel que la malade ne sort que rarement de sa prostration pour demander à boire et ne peut absorber que 1 litre et demi environ par jour. La malade, qui tousse beaucoup moins que les jours précédents, rejette quelques crachats visqueux et grisâtres. La nuit est passablement agitée. Mme F... s'assoupit fréquemment, puis se réveille en sursaut en poussant un cri ; le reste du temps, elle se tourne en tous sens, sans parler. — En vingt-quatre heures, la quantité d'urine ne dépasse pas un demi-litre et la quantité d'urée excrétée 15 gr. 37. Elle contient 0 gr. 15 d'albumine par litre et ne renferme pas de glycose.

3 *novembre*. La nuit a été agitée ; à la visite du matin, la malade est dans un état d'excitation assez marquée, parle avec loquacité et répond par des propos sans suite aux questions qu'on lui adresse. L'auscultation donne les mêmes résultats que la veille. La langue est un peu plus humide. La constipation reparaît. R. 44. P. 100. T. (matin) 38°,2 ; (soir) 38°.

4 *novembre*. Pas de changement appréciable. R. 54. P. 100. T. (matin) 38°,4 ; (soir) 38°,4. Examen des urines : sucre et albumine : néant. Urée : 12 gr. 51.

5 *novembre*. La nuit a été meilleure. Les râles sont moins abondants des deux côtés de la poitrine. A la base gauche seulement les râles restent fins et l'on constate toujours de la matité. Dans les 2/3 inférieurs du poumon droit, râles muqueux abondants. L'oppression est moins considérable. La malade peut maintenant répondre aux questions, mais se fatigue et s'agite lorsqu'on veut préciser. La surdité diminue un peu ; il n'y a pas de bourdonnements d'oreille. Plus de céphalée ; la constipation persistant, on administre un lavement. Urines : albumine et glycose : néant. Urée : 12 gr. 81.

6 *novembre*. Les râles sous-crépitants fins de la base gauche sont devenus plus nombreux ; le poumon droit présente des râles muqueux abondants. Sonorité de la cage thoracique normale, sauf à la base gauche où la matité persiste. R. 40. P. 108. T. (matin) 38° ; (soir) 38°,4. La torpeur est moins accentuée que les jours précédents, et il est plus facile d'en tirer la malade que les jours précédents ; elle commence à répondre nettement aux questions qu'on lui adresse. Constipation. Urée : 15 gr. 37.

7 *novembre*. Petits frissons répétés ; la langue reste très blanche et recouverte d'un enduit épais. La faiblesse augmente ; le pouls est dépressible et petit. R. 44. P. 96. T. m. 38°,2, s. 40°,2.

8 *novembre*. Malgré l'accès fébrile de la veille, la nuit a été bonne et les symptômes pulmonaires se sont plutôt amendés du côté gauche ; à droite les râles bronchiques sont plus humides. La malade a quelques nausées. L'appétit est toujours nul. R. 32. P. 100. T. m. 37°,8, s. 38°,5.

9 *novembre*. La langue toujours chargée reste sèche ; les phénomènes pulmonaires ont quelque peu changé : il y a maintenant des bouffées de râles sous-crépitants fins, particulièrement abondants au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite. On ne constate toujours aucune trace d'éruption sur le corps ; les matités splénique et hépatique ne sont pas augmentées. L'exploration des organes par le palper est presque impossible à cause de l'extrême sensibilité de la paroi et de la contraction musculaire qu'elle provoque. Constipation. Quantité d'urines rendue en 24 heures : 800 grammes. T. m. 37°,2, s. 37°,7. P. 80. R. 32.

10 *novembre*. La langue est meilleure, plus humide et débarrassée en partie de son enduit. Les râles diminuent ; cependant le foyer de râles fins signalé hier persiste encore. La nuit a été plus calme. R. 32. P. 72. T. m. 37°,4, s. 37°,8.

11 *novembre*. L'auscultation du poumon révèle une amélioration considérable ; il ne persiste plus que quelques râles au niveau de l'angle de l'omoplate. P. 72. T. m. 37°,6, s. 37°,8. — Urée : 13 gr. 87.

12 *novembre*. La nuit précédente a été calme et la matinée accuse un soulagement très net chez notre malade ; vers le soir, elle se sent moins bien : l'oppression reparaît. P. 100. R. 36. T. m. 37°,4, s. 38°4.

13 *novembre*. La langue redevient sale et se recouvre

© BIU Santé

de nouveau d'un enduit saburral assez épais. A droite, les râles fins ont reparu plus fins et plus nombreux au niveau de l'angle de l'omoplate. T. m., 37°,4, s. 38°,6. La quantité d'urine a été de 600 grammes pour 24 heures.

14 *novembre*. Râles fins localisés comme hier; râles muqueux disséminés aux deux bases. L'état général redevient meilleur, la langue se dépouille. L'appétit commence à se faire sentir. T. m. 38°, s. 39°. Urine pour 24 heures : 600 grammes.

15 *novembre*. T. m. 37°,4, s. 37°,7.

16 *novembre*. T. m. 37°,3, s. 37°,7.

17 *novembre*. T. m. 37°, s. 37°,3. P. 84. R. 28. — Urine pour 24 heures : 900 grammes. Urée 13 gr. 87 par litre.

21 *novembre*. L'appétit est revenu; la langue est bonne; la constipation tend à disparaître; dans le poumon, on constate encore quelques râles assez fins à droite, à la pointe de l'omoplate, et à gauche de rares râles muqueux vers l'aisselle et à la base de l'organe. Apyrexie complète. Urine : 800 grammes. Urée : 12 gr. 81. La malade s'est levée quelques instants dans la journée, se soutenant à peine et ressentant une très grande faiblesse.

23 *novembre*. L'auscultation ne révèle plus le moindre râle dans aucun des deux poumons. La malade mange bien; il ne persiste plus que de la faiblesse.

30 *novembre*. La température est restée normale depuis le 15 novembre. La quantitée d'urine s'est relevée peu à peu; elle est maintenant de 1 litre à 1 litre et demi par 24 heures. L'auscultation donne des résulats complètement négatifs; la constipation a disparu. L'appétit est excellent; il ne persiste que de la faiblesse et une certaine pâleur des téguments. La surdité a presque complètement disparu.

1er *décembre*. Accès de fièvre subit, avec frissons; la température monte le soir à 38°,9. Douleurs spontanées assez vives dans les muscles du membre inférieur droit.

2 *décembre*. La douleur persiste; la température est tombée à 37°.

3 *décembre*. Un œdème blanc a, pendant la nuit, envahi la totalité du membre; le trajet des principaux troncs veineux est douloureux, M. Dupuy diagnostique la *phlébite*.

19 *décembre*. L'apyrexie a persisté, l'état général n'a pas empiré et l'état local s'est amélioré au point que la malade a pu sortir de l'hôpital, l'œdème n'apparaissant plus que légèrement au niveau des malléoles.

22 *décembre*. M. Dupuy revoit la malade à son domicile : elle marche un peu; il persiste un degré insignifiant d'œdème malléolaire.

25 *décembre*. L'œdème a complètement disparu; la malade n'est plus que gênée par la roideur articulaire. Mme F... se lève et sort. Nous avons appris dans la suite que la guérison est restée définitive.

OBSERVATION II (recueillie et rédigée avec la collaboration de M. ARCHAMBAUT, interne de l'hôpital de Saint-Denis).

M. F..., âgé de 53 ans, employé d'administration, est le mari de la malade de l'Observation I et cohabite avec elle rue de la Paroisse, 17, à Saint-Denis. Il a été atteint quelques jours après sa femme qu'il soignait seul, se livrant aux divers soins du ménage. C'est lui qui nous a donné les divers détails sur les perruches malades, détails que nous avons consignés plus haut. Il n'a jamais eu, comme sa femme, des contacts directs et prolongés avec les oiseaux; il s'est contenté de les nourrir et de nettoyer leur cage. Lorsque je le vis, pour la première fois, le 16 octobre, il paraissait déjà pâle et fatigué; il était sans entrain, sans appétit. Ces premiers symptômes furent mis sur le compte des préoccupations que lui donnait l'état de santé de sa femme.

18 *octobre*. La langue est devenue saburrale, l'anorexie complète, la faiblesse plus grande. Il y a de la constipation; pas de fièvre.

22 *octobre*. La pâleur de la face a augmenté, les traits sont tirés; le malade semble vieilli de dix ans. La langue est recouverte d'un enduit très épais. M. T... se traîne péniblement et on voit facilement qu'il fait de grands efforts pour donner à sa femme les soins nécessaires. Le soir, il est pris d'une céphalalgie très violente, ayant son maximum dans la partie latérale gauche de la tête sans localisation aucune aux trajets nerveux. Apyrexie.

23 *octobre*. La céphalalgie est restée très violente pendant toute la nuit, déterminant une insomnie complète. M. F... est obligé de garder le lit et dans l'impossibité absolue de continuer son rôle de garde-malade. Constipation. Pas de point de côté. Dans toute l'étendue des deux poumons — jusqu'alors indemnes — on entend des râles bruyants et sibilants bronchiques. T. R. 40°,6. Sulfate de quinine : 1 gramme.

24 *octobre*. La céphalalgie persiste, de plus en plus intense, surtout à la région occipito-pariétale gauche. Aucun symptôme du côté de l'abdomen. Expectoration de mucosités légèrement striées de sang. T. 39°,2.

29 *octobre*. La céphalalgie est moins intense; la langue reste saburrale et le malade est plongé dans un profond état de torpeur; il est pris de diarrhée abondante et fétide. T. 38°,4.

31 *octobre*. Adynamie extrême; délire loquace pendant la nuit. Pouls fréquent, faible et dépressible.

1er *décembre*. Les symptômes signalés hier s'accentuent : la diarrhée s'est amendée. Aucune éruption abdominale ou autre à la surface cutanée.

2 *novembre*. Les époux F..., sont reçus au Pavillon d'isolement de l'Hôpital de Saint-Denis, service de M. Dupuy, et admis tous deux dans une même pièce. Le malade est dans un état d'adynamie profonde comparable à celui de la fièvre typhoïde; sa langue est couverte d'un enduit brunâtre, vernissée sur les bords et à la pointe, désséchée, rôtie. Anorexie absolue; selles demi-liquides et très fétides, au nombre de trois pour la journée. — A l'auscultation, la sonorité est normale en arrière de deux côtés; on y constate des râles muqueux disséminés et très nombreux. En avant, sous la clavicule, existent quelques râles muqueux, bulleux, entremêlés de râles fins; on constate, en ce même endroit, de la submatité. A droite, sous la clavicule, existent des râles analogues, mais avec sonorité normale. La toux est fréquente, les crachats sont abondants, visqueux et grisâtres. L'inspection de la paroi abdominale n'y fait découvrir aucune trace d'éruption et la palpation n'y réveille pas la moindre douleur. P. 80. R. 48. T. m. 38°,6, s. 39°,2. Albumine : néant. Glycose : 7 grammes. Urée : 30 gr. 74. Quantité en 24 heures : 500 grammes.

3 *novembre*. La nuit a été mauvaise, très agitée. Le malade a eu du délire loquace, il s'est levé au milieu de la nuit et a cherché à se sauver de la salle. Chorée linguale; la diarrhée a fait place à la constipation. Râles crépitants plus fins que la veille sous la clavicule gauche. Aucun changement depuis hier dans le reste de la poitrine. P. 88. R. 44. T. m. 38°,2. s. 38°.

4 *novembre*. L'auscultation ne dénote rien de nouveau. La glycose a disparu des urines; par contre, traces d'albumine. Urée : 24 gr. 30. T. m. 38°,4., s. 37°,4.

5 *novembre*. — La nuit a été très agitée, comme les précédentes. Râles humides abondants des deux côtés en arrière. Sonorité conservée. Les râles fins ont diminué, en avant, sous la clavicule gauche. Langue toujours sèche et rôtie. Toux fréquente; oppression un peu moins accentuée. T. m. 37°,6, s. 38°. Urines peu abondantes. Albumine : traces. Glycose : néant. Urée : 23 grammes.

6 *novembre*. Nuit de plus en plus agitée. Abattement considérable. Toute la poitrine est pleine de râles bronchiques; quelques râles fins persistent encore sous la clavicule gauche. R. 32. P. 96. T. m. 38°, s. 38°,4.

7 *novembre*. Pas de changement à l'auscultation; langue toujours rôtie; en somme, même état qu'hier. R. 44. P. 80. T. m. 38°,2, s. 40°,2. — Urine des 24 heures : 1,200 grammes.

8 *novembre*. La nuit a encore été agitée; cependant, au matin, le malade est beaucoup moins affaissé; pour la première fois, il répond tranquillement aux questions qu'on lui pose. Toux fréquente, chorée linguale, mais moins de sécheresse de l'organe qui est couvert d'un enduit jaunâtre légèrement humide. Les râles ont diminué des deux côtés de la poitrine.

9 *novembre*. Nuit assez mauvaise, le délire est revenu et a persisté dans la matinée; le malade a de la loquacité, marmotte sans s'arrêter des mots sans suite et incompréhensibles; il cherche continuellement à se lever et à s'échapper. Langue

© BIU Santé

légèrement humide, mais toujours très chargée. Anorexie, constipation; au tiers inférieur droit, râles sous-crépitants, entremêlés de quelques râles sonores; dans toute l'étendue du poumon gauche, râles bruyants et sonores; à la base, on constate des râles muqueux plus fins. La température est descendue à la normale. P. 96. R. 44. Urines 800 gr.

10 *novembre*. Nuit assez calme. Même état que la veille. Température normale. Albumine : traces. Urée : 25 grammes. P. 92. R. 40.

11 *novembre*. Il existe encore dans toute l'étendue des deux poumons des râles muqueux disséminés. La prostration est grande ; la langue est très chargée. Température normale, p. 84.

13 *novembre*. Oppression. R. 50.

14 *novembre*. — Toux nocturne empêchant le repos. Anorexie. Langue plus humide. Les râles muqueux existent encore dans toute l'étendue des deux poumons. R. 40. P. 104. T. m. 47°, s. 39°.

16 *novembre*. Diminution notable des râles qui se localisent maintenant à la base des poumons. Constipation ; langue encore sèche, presque rôtie. P. 120. R. 44. Urine : 800 grammes. Albumine : traces. Urée : 21 gr., 47.

21 *novembre*. Amélioration très notable. La langue est humide, encore un peu tremblotante ; elle s'est beaucoup nettoyée. Aux bases des poumons, l'auscultation révèle encore de gros râles humides. Urine, 1.000 gr. Urée, 25 gr. P. 128. R. 28. Constipation. Température normale.

22 *novembre*. L'appétit revient ; on commence à alimenter le malade.

23 *novembre*. L'appétit se maintient ; il n'y a plus aucun râle dans la poitrine.

30 *novembre*. La constipation a fini par disparaître ; l'alimentation se fait bien, les forces reviennent rapidement. Après une convalescence franche et exempte de tout incident, M. F... quitte l'hôpital le 19 décembre complètement guéri.

M. Weinberg, interne distingué de l'hôpital Saint-Denis, préparateur au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique, a fait quelques études bactériologiques sur nos deux malades et nous a remis à ce sujet la note suivante :

Examen des crachats direct : pneumocoques mélangés à quelques staphylocoques de la bouche.

Examen du sang. — Examen extemporané : négatif. Ensemencement du sang, recueilli aseptiquement, sur bouillon et gélose : stérile.

Nous avons recherché quelle serait l'action du sérum de ces deux malades sur ces cultures fraîches sur bouillon, faites avec l'échantillon du bacille de la psittacose qui nous a été obligeamment donné par notre maître, M Achard. Nous avons employé les procédés ordinaires. A dix gouttes de culture de 24 heures, nous avons ajouté d'abord une goutte de sérum ; nous avons recommencé la même opération avec deux gouttes de sérum. Le résultat a été négatif pour le sang des deux malades. Les mêmes recherches, répétées avec les cultures fraîches d'Eberth, nous ont fait constater la propriété agglutinative nette, bien que légère.

N. B. — Le sang de la femme a été pris une première fois au 43e jour de la maladie, une deuxième le 91e jour de la maladie. Pour le mari, au 39e et au 43e jours. (*A suivre.*)

CHAMPIGNONS VÉNÉNEUX. — *La Société Mycologique de France*, dans un but de vulgarisation scientifique, a fait les dimanche et lundi 3 et 4 octobre, une exposition publique et gratuite de champignons, avec nombreux dessins. Cette exposition se tient au siège de la Société, 84, rue de Grenelle, de dix heures du matin à quatre heures du soir. Des membres de la Société restent à la disposition du public pour fournir les renseignements qui pourront leur être demandés.

ASSISTANCE PUBLIQUE A CAEN. — M. Bernard, propriétaire à Caen, laisse, par testament, une fortune évaluée à 150.000 fr. aux pauvres de la ville.

LA VARIOLE A CHYPRE. — La petite vérole fait de grands ravages dans l'île de Chypre où elle a été apportée de Beyrouth. Tout un quartier de Larnaca est atteint. Les habitants s'enfuient dans les villages et dans les autres villes de l'île.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Prophylaxie de l'Empoisonnement par les Champignons.

Tous les ans, à partir du 15 septembre, c'est-à-dire dès le début des premières pluies, on trouve, à la troisième page des journaux quotidiens, le récit de nombreux empoisonnements par les champignons. Tels ceux-ci, que nous avons relevés cette semaine dans diverses feuilles, d'ordinaire très sûrement informées.

M. S...., habitant Bédarieux, près Montpellier, avec sa famille, composée de sa femme, sa belle-mère et son fils, avaient mangé des champignons le lundi 20 septembre. Dans la nuit, toute la famille fut malade. L'enfant, âgé de 8 ans, mourut après des souffrances atroces. La belle-mère est morte le lendemain. M. S.... père est à l'agonie. On signale ce détail qu'une petite *chienne*, qui avait goûté aux champignons, est morte aussi.

A Valence, M. G. P... vient de succomber à la suite de l'absorption de champignons vénéneux. M. P..., se rendant à Nyons pour aller chercher sa femme et son fils en villégiature dans cette ville, s'arrêta la veille à Montélimar, où il fit un repas et mangea des champignons, qui devaient l'empoisonner.

M. P... n'est pas la seule victime que viennent de faire les champignons vénéneux à Montélimar même. L'autre jour, un individu, sujet espagnol, est mort dans d'atroces souffrances, après avoir mangé de ces cryptogames. Plusieurs familles furent également sérieusement indisposées pour les mêmes motifs.

Lesdits empoisonnements se présentent, à chaque automne, dans les mêmes conditions; et chaque année quelques Français paient de leur vie un repas pris à de trop bonnes conditions de bon marché! Nous pourrions, aux observations que nous venons de rapporter, ajouter toutes celles que nous avons publiées dans ce journal l'an dernier et les années précédentes; mais nous n'ajouterions rien d'intéressant à notre démonstration. Pourtant on ne doit pas se borner à ces simples citations.

Puisque le phénomène se reproduit ainsi, avec la régularité d'un chronomètre, ne pourrait-on pas, par un procédé quelconque, y porter remède? Depuis longtemps on s'efforce de vulgariser, dans le grand public, les connaissances relatives aux champignons vénéneux; mais évidemment cela ne suffit pas pour la masse de la population. L'Administration préfectorale, qui ne se prive d'aucune circulaire relativement à la chasse, à la pêche, etc., ne pourrait-elle pas, dans les départements particulièrement signalés comme consommant des champignons dangereux (c'est, en effet, presque toujours dans les mêmes régions de France qu'on observe ces empoisonnements), faire afficher, en temps voulu, et surtout dans les communes intéressées, un avis motivé concernant ces plantes lethifères. On y reproduirait avec autant d'exactitude que possible le dessin des espèces nuisibles : ce qui attirerait de suite l'attention des enfants et des paysans, toujours friands de l'imagerie d'Epinal, quelle que soit sa valeur moralisatrice ou éducatrice!

Cela rendrait certainement autant de services d'afficher ces gravures de champignons non comestibles, à la porte des mairies et des maisons d'écoles, que les longues colonnes du *Bulletin des Communes*, incompréhensibles pour la plupart des cultivateurs et même

© BIU Santé

des petits bourgeois. L'expérience a démontré la valeur, au point de vue de la publicité pure, de l'affiche illustrée. Pourquoi l'Administration n'userait-elle pas de ce procédé pour agir sur la foule, que le cliquetis des vives couleurs attire toujours, aussi bien à la campagne qu'à la ville? Je ne pense pas que le Protocole et M. Bérenger trouveraient à redire à cette exhibition de Cryptogames légers, en toilette de nuit! En tous cas, il me semble qu'elle serait très utile, si elle était faite publiquement, au lieu de rester localisée aux fonds de boutique de nos excellents apothicaires de village. Aussi bien ceux-ci ne sont-ils pas toujours capables de distinguer un champignon vénéneux d'une espèce comestible : ce qui me paraît à moi, citoyen raisonnant avec mon seul bon sens, tout simplement un comble! A quoi bon dès lors passer trois ans à étudier la botanique médicale, si, en fin de compte, on ne peut parvenir à savoir distinguer ce qui est bon de ce qui est mauvais? Soyons donc pratiques, une bonne fois. Faisons des pharmaciens et même des affiches! Mais, bons dieux! que tout cela puisse au moins servir à quelque chose.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE, ÉLECTRICITÉ MÉDICALE, HYPNOLOGIE

BRUXELLES, 1897 (*suite*).

Séance du lundi 20 (matin).

PRÉSIDENCE DE M. LE Pr THOMSEN (de Bonn).

SECTION DE NEUROLOGIE (*suite*).

Maladie de Parkinson.

M. le Dr GLORIEUX (de Bruxelles), se basant sur de nombreux cas d'observation, constate que la paralysie agitante est une affection commune dans l'agglomération bruxelloise. Il n'est pas parvenu à pouvoir trouver l'explication de cette plus grande fréquence de l'affection. Ses recherches au point de vue de l'étiologie lui ont démontré que la paralysie agitante ne s'attaque qu'à des victimes de choix, appartenant à des familles où la longévité est traditionnelle et la santé excellente. La plupart des malades atteints de paralysie agitante, avaient toujours joui d'une excellente santé. M. le Dr Glorieux présente deux jeunes filles atteintes d'une forme rare d'atrophie musculaire qu'il ne parvient pas à ranger dans les classifications connues actuellement.

M. CROCQ pense que dans les cas présentés il s'agit de polynévrite, car cette maladie peut exister sans troubles de la sensibilité, d'autant plus qu'il n'y a pas de contraction fibrillaire.

M. DEBUCK (de Gand), a observé une névrite motrice du plexus brachial sans troubles de la sensibilité.

M. LIBOTTE (de Bruxelles). — J'ai également constaté des polynévrites sans troubles de sensibilité.

M. GLORIEUX a aussi rencontré des polynévrites sans douleurs, mais dans ce cas les deux côtés sont pris ; il n'y a pas eu de douleurs ni de modifications des réactions électriques.

De l'existence de prolongements protoplasmiques et cylindraxiles, qui s'entrecroisent dans la commissure grise postérieure de la moelle épinière.

M. le Dr VALENZA (de Naples). — Nos recherches ont porté sur la moelle épinière d'embryons et de nouveau-nés de chats, chiens et brebis, et nous avons employé de préférence le procédé rapide de la réaction au chromate d'argent. En étudiant les coupes pratiquées transversalement, nous avons constaté que la commissure grise *postérieure* est souvent traversée par des prolongements protoplasmiques et par quelques prolongements cylindraxiles, rares, provenant les uns et les autres, soit de la substance gélatineuse de Rolando, soit des colonnes de Clarke, soit de petites cellules situées à côté du canal central. Parfois il n'y a qu'une cellule qui envoie des prolongements à travers la commissure grise postérieure, d'autres fois on en remarque deux à côté l'une de l'autre. Elles sont fusiformes et leurs prolongements se croisent avec ceux du côté opposé. En conséquence, la commissure grise postérieure n'est pas seulement le siège de l'*entrecroisement sensitif* de la moelle, constitué par les branches collatérales, bien connues, des racines postérieures, mais aussi des nombreuses deudrites et de quelques neurites, qui viennent des cellules des cornes postérieures et que nous avons décrites.

L'existence de ces cellules ganglionnaires nous explique probablement pourquoi, dans le tabes, la commissure grise postérieure, au niveau de la région lombaire, est très riche en fibres nerveuses (comme nous l'avons constaté nous-mêmes par la méthode de Pal), quoique les fibres des racines postérieures soient entièrement dégénérées. Il fait passer quelques préparations.

Discussion. — M. le Dr VAN GEHUCHTEN. — Dans la moelle épinière des vertèbres inférieurs, des poissons en particulier, cette commissure postérieure est, en effet, très développée. Je l'ai toujours constaté.

Les localisations motrices dans la moelle épinière.

M. le Dr Fritz SANO (d'Anvers). — L'altération du cylindre-axe détermine à distance des modifications du corps cellulaire correspondant. Il y a gonflement de la cellule ; le noyau émigre vers la périphérie ; les granulations chromatophyles disparaissent. Il en résulte que chez les malades amputés depuis peu de temps nous pouvons reconnaître dans la moelle les noyaux moteurs en rapport avec les parties périphériques enlevées. Quand un nerf a été sectionné ou détruit par une inflammation nous pouvons retrouver dans la moelle les noyaux d'origine des cylindres-axes altérés à la périphérie. L'expérimentation sur les animaux nous est d'un contrôle indispensable et nous permet de préciser nos découvertes. Les noyaux médullaires sont d'autant plus complexes que les parties qui en reçoivent leur innervation sont plus différenciées. Nous avons examiné en détail les coupes sériées des centres médullaires de plusieurs individus normaux et de trois amputés : un amputé de la jambe, un amputé de la cuisse, un désarticulé du membre inférieur. Par preuves directes ou par exclusion nous avons pu établir les noyaux moteurs médullaires des muscles de la jambe, de glutaei, du quadriceps femoris, de la masse sacro-lombaire, etc. (1). Par analogie ou par expérimentation sur les animaux nous pouvons donner une idée des localisations motrices dans la moelle cervicale. Quelques exemples : courts rotateurs de la tête, levator scapulae ; trapezius et latissimus dorsi ; dettoïdeus, etc. La localisation du noyau moteur médullaire du diaphragma est particulièrement intéressante. Comme dans le pédoncule cérébral et dans le bulbe, il existe dans la moelle épinière des noyaux moteurs déterminés pour chacun des muscles qui en reçoivent leur innervation.

Contribution à l'anatomie pathologique du traumatisme nerveux.

M. le Dr Auguste de LUZENBERGER (de Naples). — Les relations anatomo-pathologiques sur des lésions positives du système nerveux qu'on rencontre dans l'autopsie des malades chez lesquels on a diagnostiqué pendant la vie des cas de *névrose traumatique* (comme on appelle en Allemagne cette forme spéciale d'hystéro-neurasthénie qui a lieu après des accidents) se répétant toujours plus souvent (Sperling, Kronthal, Schmaus, Friedmann, Dinkler, Westphal fils), j'ai voulu tenter la solution du problème par la voie expérimentale. J'ai pratiqué chez des cobayes le martellage du crâne jusqu'à produire l'épilep-

(1) Voir les nos 39 et 40.

(1) Les localisations motrices dans la moelle lombo sacrée. *Journal de Neurologie*, 5 et 20 juillet 1897.

© BIU Santé

sie, qui me servait de contrôle sur l'effet de l'action traumatique; puis je laissais vivre les animaux jusqu'à ce qu'ils fussent remis complètement de toute lésion apparente et, après quelques semaines, je les tuais avec du chloroforme pour étudier le système nerveux central avec les méthodes les plus exactes (Nissl, Marchi, Weigert). Chez tous les animaux étudiés je pus constater des altérations plus ou moins profondes bien qu'en vie ils ne présentassent plus rien d'appréciable. Les lésions principales sont : I. Les premiers jours après l'application du traumatisme : *a*) Des lacérations du tissu nerveux spécialement dans les environs du canal central encéphalo-rachidien avec déplacement (pseudo-étérotopie) de la substance grise voisine ; *b*) Une disposition spéciale de la substance plus fortement colorée dans les cellules des couches corticales du cerveau que j'appelle *polarisation cellulaire*, clairement vérifiable dans les sections étudiées avec la méthode de Nissl. II. De six à huit semaines après le traumatisme : *c*) Une dilatation des vaisseaux capillaires dans les couches corticales du cerveau, dans la moelle allongée et dans la région cervicale de la moelle épinière ; *d*) Des plaques sclérotiques (de névroglie hypertrophique) dans les environs de la substance grise pseudo-étérotopique ; *e*) Des dégénérations primitives non systématisées des fibres nerveuses tant dans les cordons spinaux que dans les racines des nerfs cérébraux.

La contracture hystéro-traumatique des masséters.

M. le Dr René VERHOOGEN (de Bruxelles). — La contracture hystéro-traumatique des masséters constitue une localisation peu connue d'un symptôme d'ailleurs vulgaire. Elle mérite d'être signalée parce qu'elle prête à des erreurs de diagnostic et à des confusions multiples. Elle succède à un traumatisme local, se produit après une « période de méditation » et atteint les deux muscles à la fois. Du côté traumatisé, on note la superposition d'une zone d'anesthésie ou d'hypéresthésie cutanée. Le sujet peut écarter les mâchoires d'une quantité minime, mais il ne peut ouvrir la bouche ; il se borne à écarter les lèvres. Ce phénomène présente d'ailleurs tous les caractères habituels à la contracture hystérique ; il disparaît complètement sous le chloroforme. Il peut coexister avec la paralysie faciale hystérique. Il peut arriver que la contracture cède du côté non traumatisé et résiste plus longuement du côté qui a subi directement le traumatisme. Dans ce cas, le sujet ouvre incomplètement la bouche et, lorsqu'il le fait, le maxillaire inférieur se trouve dévié obliquement et latéralement vers le côté sain. Ces accidents peuvent, comme tous les accidents hystériques, persister pendant un temps plus ou moins long.

L'existence fréquente de l'hypertrophie des amygdales dans l'hystérie.

M. le Dr RAFFEGEAU (du Vésinet). — La cautérisation de cet organe paraît produire une révulsion des plus utiles sur les organes génitaux. Ayant eu l'occasion, en 1893, d'observer une enfant de 13 ans qui était tombée en léthargie à la suite de quatre ou cinq amygdalites successives, et l'ayant réveillée au bout de quatre mois et demi en cautérisant les amygdales hypertrophiées, alors que tous les autres moyens avaient échoué, le Dr Raffegeau eut bientôt l'occasion de soigner une autre jeune fille hystérique dont les amygdales étaient également hypertrophiées et la cautérisation de ces glandes amena chez elle la cessation des crises. Il en fut vivement frappé. Une vingtaine de jeunes femmes hystériques ont été soignées de la même façon depuis quelques années, et la cautérisation des amygdales a toujours été des plus utiles. C'est donc une raison de plus de ne pas négliger la cure de l'hypertrophie tonsillaire.

Traitement de la paralysie agitante.

M. le Dr René VERHOOGEN. — Un des symptômes les plus pénibles de la maladie de Parkinson consiste dans la raideur musculaire et le tremblement, accidents qui provoquent une impotence fonctionnelle, souvent absolue, dans les muscles atteints. On sait que la grande majorité des cas appartiennent au type flexion dans lequel la rigidité musculaire est marquée principalement dans les fléchisseurs ; j'ai cru remarquer que c'est dans les mêmes muscles que se produit le tremblement, les extenseurs n'intervenant que grâce à leur tonicité normale pour ramener le membre dans sa position première. On peut obtenir une guérison symptomatique de la rigidité musculaire et du tremblement en renforçant l'action des extenseurs. Il suffit pour cela de développer volumétriquement ces muscles à l'aide du courant faradique, ce que l'on obtient assez rapidement. Il y a avantage à recourir en même temps au courant continu dont le pôle positif, appliqué sur les fléchisseurs, atténue le tremblement. J'ai l'habitude d'associer à cette médication l'emploi de l'atropine, dont j'ai maintes fois observé les bons effets sur le tremblement des Parkinsoniens. Lorsqu'on administre l'atropine seule, le tremblement reparaît dès que l'on cesse l'usage du médicament. Ce dernier demande d'ailleurs à être surveillé de près. Lorsqu'on y associe le traitement dont je viens de parler, la guérison symptomatique est durable. Quant à la marche de la maladie même, elle ne semble pas influencée.

Hémiatrophie faciale gauche (Présentation du malade).

M. le Dr RUTTEN (de Namur). — E. D., de Landelies, Charleroi, 26 ans, mouleur de profession, a ressenti les premiers symptômes de son mal il y a huit ans. J'ai opéré le patient de végétations adénoïdes, il y a dix ans, et à ce moment je n'a constaté rien d'irrégulier chez lui. L'affectation a commencé par l'os pariétal, après le frontal, ensuite la région orbitaire et le côté nasal gauche ont été atteints de ce trouble atrophique. L'atrophie n'a pas encore envahi la joue, point au niveau duquel commence ordinairement la réduction générale du volume de la face. A part une kérato-conjonctivite dans le segment inférieur du globe, causée par l'occlusion incomplète des paupières, rien d'anormal du côté de l'œil. L'examen ophtalmoscopique a été fait ainsi que les différentes expériences sur le fonctionnement de la glande lacrymale. Aucun trouble du côté de la bouche et de la gorge. Odorat bon. Ouïe meilleure du côté gauche que du côté droit. Antécédents héréditaires nuls. Cette tropho-névrose, qui attaque aussi bien le tissu osseux que les téguments qui le recouvrent, ne reconnaît aucune cause et n'a jamais gêné le patient dans l'exercice de son travail très dur. La sensibilité et la motilité sont conservées intactes dans les différentes régions atteintes. Faut-il attribuer la cause de cette hémiatrophie à une lésion des fibres trophiques du trijumeau dans le ganglion de Gasser ou à une perte de l'activité réflexe vaso-motrice du trijumeau? Y a-t-il irritation du sympathique cervical? Faut-il chercher la cause dans un autre ordre d'idées? Quel est le traitement le plus rationnel? Toutes questions que le rapporteur désirerait voir résoudre par la savante assemblée.

M. le Pr VERRIEST (de Louvain), appelle l'attention sur l'importance des tares héréditaires chez l'enfant au point de vue du pronostic des maladies ultérieures, Présentation de malade.

M. le Dr LEBOLTE (de Bruxelles) demande si vraiment les deux premières années de l'enfance passées sans accident, mettent l'enfant à l'abri de certaines maladies non occasionnelles, les tares héréditaires semblant devoir peser sur lui pendant les deux premières années et constituer ainsi la période où la mortalité est la plus forte.

M. le Pr VERRIEST répond affirmativement.

M. le Dr DE VENÈS (d'Amsterdam) expose et explique plusieurs planches qui viennent à l'appui de sa thèse sur le *groupement présumé des cellules motrices dans l'écorce cérébrale.*

SECTION D'HYPNOLOGIE.

La suggestion de tous les jours et la puissance physiologique de l'idée avec quelques considérations sur le traitement psychique.

M. le Dr. L. CASTELAIN (de Bruxelles). — Les expériences dites de « transmission de pensée » que l'imagination créatrice peut varier à l'infini, ne s'expliquent plus, comme on a pu le supposer autrefois, par une intervention surhumaine, par une action fluidique ou mystérieuse, ni même par des effets de volonté ou de suggestion mentale. Le « liseur de pensées » ne s'applique qu'à une chose : bien saisir les mouvements musculaires qui se passent chez le sujet qui pense, notamment à

© BIU Santé

l'endroit du contact, s'il y en a, et, en tous cas, faire exprimer ces mouvements et les percevoir d'une façon quelconque. Il est possible de faire sur soi-même des expériences analogues et probantes : anneau du Chevreul. Et, comme pour les tables parlantes, il s'agit ici aussi de mouvements musculaires chez l'opérateur, qui est en même temps sujet sinon quelquefois dupe. Ces contractions sont habituellement inconscientes et absolument involontaires. L'intervention des centres supérieurs en affaiblit la vivacité. Et pour saisir nettement les contractions musculaires qui s'associent à nos idées motrices, on s'adressera de préférence aux sujets hypnotisés, chez lesquels l'état de mono-idéisme existe à un haut degré, et chez lesquels la puissance de résistance et celle de contrôle sont en grande partie enlevées (exemples). Ces phénomènes à l'état hypnotique où d'auto-suggestion intense ne sont que l'exagération de l'état physiologique ; et dans les conditions habituelles de la vie, il est également facile de déceler l'existence d'un élément moteur dans nos représentations psychomotrices. Pour le membre supérieur, rien n'est aisé comme d'enregistrer ces manifestations motrices de l'idée (chez un sujet qui pense à un chiffre, je suppose), ou d'amplifier, pour le rendre appréciable à l'œil, le mouvement qui résulte d'une extériorisation idéo-motrice inconsciente (canne qui va dans la direction pensée). Pour le tronc la même chose, et les hypnotiseurs savent très bien qu'un bon sujet s'incline en arrière si on le lui dit au préalable. Il suffit de penser à une direction, à une voyelle, à un jeu de physionomie pour que les organes moteurs correspondants (muscles de l'œil, des lèvres, de la face, de l'écriture . . .) y répondent involontairement, inconsciemment et même malgré nous. Les faits de la vie courante le démontrent d'ailleurs tous les jours, et nous nous fions à chaque instant à ces extériorisations motrices qui traduisent des états d'âme variés. On n'en finirait pas si l'on voulait montrer toutes les applications de cette loi de physiologie générale. D'autre part, lorsque notre pensée porte sur les régions sensitivo-sensorielles de notre cerveau, elle provoque également des extériorisations dans le domaine des sens (exemples divers pour la vue, l'ouïe, l'odorat, les sensations cutanées). L'hypnoscope de Ochorowiez était uniquement basé sur ces phénomènes, et il est certain que dans l'état hypnotique, ou dans des conditions pathologiques spéciales, ils peuvent acquérir une intensité et une importance extraordinaires. Dans le domaine organique, une foule de faits de la vie courante nous montrent aussi l'extériorisation de l'élément psychique qui est l'élément prédominant de l'idée sur les fonctions vaso-motrices, secrétoires, viscérales en un mot, et, malgré cela, le médecin ne se rend pas toujours suffisamment compte de sa puissance ou de celle qu'il est capable d'emprunter à l'état d'âme des patients. L'influence curative de l'idée sur le physique est essentiellement variable, suivant les malades, et se trouve favorisée ordinairement par l'état hypnotique et par tout ce qui inspire la foi. Le traitement psychique, bien que reposant sur des bases sérieuses, est beaucoup trop négligé en pratique, mais celui qui l'exerce doit éviter différents écueils. La suggestion, quoique puissante, ne supplée pas à tout. L'hypnotisme n'est pas une panacée. Efficaces dans une foule de troubles fonctionnels, ces méthodes donnent peu de résultats dans certaines affections organiques profondes. Bien des personnes y sont rebelles. Il y a de nombreuses précautions à prendre pour réussir, et, au lieu de l'hypnose brutale ou de la suggestion grossière, il faut souvent un entraînement psychique à l'état de veille. En outre, la suggestion ne doit pas toujours constituer tout le traitement psychique, et il faut savoir individualiser la cure. Il faut enfin très souvent, si l'on veut aboutir à une guérison définitive, un traitement médical bien compris, ce que le psychothérapeute trop zélé oublie parfois.

Etude médico-légale de l'hypnotisme et de la suggestion.

M. le Dr JOIRE (Paul) (de Lille). — L'individu hypnotisé doit être considéré, au point de vue médico-légal, dans deux conditions absolument différentes : à l'état passif, comme victime d'un attentat commis sur sa personne ou sur ses biens, à la faveur de l'état d'inconscience et d'impuissance dans lequel il s'est trouvé par le fait du sommeil provoqué ; à l'état actif, comme auteur d'une action coupable, mais dont il n'a pas eu conscience, privé qu'il était dans son libre arbitre par celui qui l'a plongé dans le sommeil hypnotique. Dans certaines circonstances, le sujet qui se trouvait dans cet état pathologique subit un asservissement qui peut s'étendre même à l'état de veille. Dans tous les cas, ce qu'on constate, c'est le pouvoir absolu de l'hypnotiseur sur l'hypnotisé ; mais l'expertise médico-légale, en s'entourant de toutes les précautions nécessaires pour étudier à fond l'état mental du sujet qui lui est soumis, ne manque pas de données certaines pour éclairer la justice sur son état de responsabilité.

Les suggestions criminelles.

M. le Dr LIÉGEOIS (de Nancy). — Suivant l'auteur il serait prudent que toute personne, homme, femme, jeune fille, sut exactement à quoi s'en tenir sur le degré de suggestibilité dont elle est susceptible. Pour cela, il faut essayer de se faire mettre en somnambulisme par un homme compétent. Si l'on arrive alors au somnambulisme profond, il est absolument indispensable de se faire suggérer qu'on ne pourra être hypnotisé par personne et par aucun moyen. C'est une sorte de vaccination morale que M. Liégeois appelle la suggestion atténuée. Cette vaccination morale est absolument indispensable ; car l'auteur, d'accord avec M. Déjerine, est convaincu qu'on peut faire commettre à échéance plus ou moins éloignée, n'importe quel acte dans n'importe quel domaine.

La valeur thérapeutique de l'hypnotisme et de la suggestion.

M. le Dr MILNE BRAMWELL (de Londres). — Après un court aperçu historique, l'auteur cite plusieurs observations personnelles (fistule urinaire, eczéma, douleurs dentaires, névroses rebelles, etc.), et dont il résulte que l'hypnotisme peut être employé comme une excellente méthode thérapeutique. L'auteur n'a jamais vu le moindre inconvénient résulter de l'hypnose, quelque méthode qu'il ait employée. Un grand nombre de cas ont été guéris par l'hypnotisme, qui est surtout efficace dans trois grandes classes de maladies. L'alcoolisme et ses congénères, les obsessions, et la neurasthénie. L'auteur fait ensuite la théorie de l'hypnotisme enseigné par l'école anglaise et particulièrement par Braid, selon lequel la condition hypnotique est un état de concentration, de ménoidéisme, tous les phénomènes dépendent des idées dominantes produites dans l'esprit du sujet. Braid s'écarte de l'école française en ce qu'il pense que le sujet hypnotisé ne perd ni sa volonté, ni son sens moral, autrement dit, il n'est pas un simple automate soumis à la volonté de l'opérateur, c'est aussi l'opinion de l'auteur.

Contribution à la thérapie de la neurasthénie sexuelle.

M. le Dr STADELMANN (de Würzburg). — La neurasthénie peut avoir diverses origines. Celle qui porte le nom de neurasthénie sexuelle, ne se distingue du syndrome, qu'on désigne généralement sous la dénomination neurasthénie sans épithète, que par son étiologie. Naturellement quelques phénomènes morbides lui sont particuliers, car ils sont en rapport avec l'étiologie. Quelque graves que soient les symptômes de cette maladie au commencement (quoiqu'elle ne paraît pas céder à tout autre traitement) cette maladie disparaît assez rapidement, si l'on a recours au traitement psychique employé sous la forme de suggestion. Sans doute il est très difficile de faire disparaître les symptômes isolément en agissant sur chacun d'eux par suggestion. La guérison s'effectue beaucoup plus rapidement si l'on procède méthodiquement. L'auteur a réussi à faire disparaître tous les phénomènes morbides, en employant l'hypnose et la suggestion contre les causes et les impressions qui ont engendré la maladie.

Le rôle de l'émotion dans la pathogénie et la thérapeutique des aboulies.

MM. les Drs P. HARTENBERG et P. VALENTIN (de Paris). — Les émotions, pour nous comme pour Lange, se réduisent en dernière analyse à la conscience des variations neuro-vasculaires. Elles jouent un rôle considérable dans toutes les opérations de la vie psychique. Mais certaines d'entre elles exercent plus particulièrement leur action paralysante sur l'appa-

© BIU Santé

reil moteur volontaire : telles sont la tristesse et la peur, avec leurs nuances les plus diverses (abattement, inquiétude, angoisse, terreur, etc.) Conformément à la classification (1) que nous avons déjà proposée, nous divisons les aboulies par émotivité en deux grandes classes : 1° les aboulies *constitutionnelles*, affectant des individus pourvus d'une si grande instabilité native du système vaso-moteur, que chaque volition s'accompagne d'un état émotif inhibitoire, généralement impossible à dominer; — 2° les aboulies *occasionnelles* qui, déterminées par le souvenir d'une émotion antérieure, se reproduisent dans certaines circonstances toujours les mêmes, à l'occasion de telle ou telle manifestation de l'activité volontaire. Les deux classes d'aboulies reconnaissent pour facteur pathogénique essentiel l'émotivité morbide des sujets. L'idée, qui donne une forme à l'émotion, n'intervient que secondairement pour la localiser et la définir. Le traitement varie suivant la forme de l'aboulie. — Dans le premier cas, c'est contre l'exagération de l'émotivité tout entière qu'il faut lutter. Dès le jeune âge, l'éducation tendra, par une culture systématique de la volonté, à fortifier l'individu contre son instabilité vaso-motrice. Aux émotions inhibitoires, on opposera les émotions dygnamogènes (gaieté, enthousiasme, etc.), et on développera les sentiments qui poussent à l'activité. Dans le second cas, c'est une ou plusieurs émotions, toujours peu nombreuses, qu'il suffit de vaincre. La suggestion hypnotique permettra d'atteindre le souvenir qui provoque l'émotion, et de l'atténuer. Par la dynamogénie suggestive à l'état de veille, on réagira contre l'action paralysante de la peur ou de la tristesse. Ainsi, tout en rassurant le patient, on stimulera son énergie psychique, on rétablira chez lui la mémoire motrice et on le mettra dans la nécessité de s'en servir.

De la valeur thérapeutique de l'entraînement suggestif actif à l'état de veille.

M. le Dr Aimé (de Nancy). — Un nouveau traitement psychothérapique est le simple *entraînement suggestif actif à l'état de veille*. L'honneur de sa mise en pratique revient à M. le Pr Bernheim et, à son exemple, mon ami, M. le Dr Hartenberg, et moi l'avons plusieurs fois employé avec succès. Cette sorte de *dynamogénie psychique* repose sur le principe suivant : fortifier l'idée thérapeutique par sa représentation *agissante*. En donnant à l'idée un commencement d'exécution, on incite le malade par la contagion de l'exemple à l'imitation active. La suggestion matérialisée n'est souvent qu'une traduction inerte de l'idée. Pour bien des cerveaux, elle demeure lettre morte. L'entraînement actif est une incarnation vivante et mouvementée de l'idée thérapeutique. L'idée imprégnée de stimulation, d'incitation par la voix et le geste, actionne les cellules psychiques et par elles l'échelle des éléments nerveux. D'autre part elle a une action dérivative d'idées jusque-là emmagasinées et qui constituent l'obstacle qu'il faut lever. La malade est arrachée à ses impressions auto-suggérées où il se complait. Différentes catégories de malades sont susceptibles d'être traités par notre méthode : d'une part, les neurasthéniques aboulíques, et, en général, les psychopathes qui ont un *ralentissement de l'idéation* pour une cause quelconque, d'autre part les malades qui ont des troubles dynamiques idéo-moteurs, paralytiques ou convulsifs d'origine émotive ou traumatique, certains de ces malades étant rebelles soit à la suggestion hypnotique, soit à tout autre traitement. A l'appui je pourrais citer plusieurs observations concluantes.

Séance du 20 septembre 1897 (après-midi).

Présidence de M. le Pr Verriest (de Louvain).

Section de Neurologie (*fin*).

De la conductibilité bilatérale des nerfs.

M. le Dr Benedikt (de Vienne). — Le laboratoire a montré que les nerfs possèdent une conductibilité bilatérale, et que, par conséquent, la fameuse loi de Bell doit être complétée. Il est peu probable que les organes possèdent des propriétés dont la nature ne se sert jamais. La physiologie, il est vrai, ne connaît pas encore les usages de cette conductibilité bilatérale des nerfs moteurs et sensitifs; mais la pathologie possède un grand nombre de faits qui l'illustrent : les faits de guérison momentanée de paralysies centrales par irritation périphérique, les faits d'anesthésies ou d'hyperesthésies périphériques d'origine émotive, etc., semblent donner à la loi de la conductibilité bilatérale la valeur d'une loi générale.

Polynévrite arsenicale.

MM. les Drs Buicli et Vernali (de Bucarest). — Les auteurs présentent l'observation d'une malade qu'une vieille femme a traitée d'une leucorrhée très tenace, se compliquant de temps en temps de métrorrhagies, par une solution alcoolisée d'arséniate de sodium et de mercure à l'état métallique. Chez la malade dont il s'agit le mercure ne donna qu'une stomatite, tandis que l'arsenic reproduisit l'ensemble symptomatique si bien décrit dans les leçons cliniques de M. Raymond. Il y a encore un fait nouveau dans cette observation : c'est l'hyperesthésie relative et les mouvements choréiformes localisés au pouce, à l'annulaire et au petit doigt gauche. Il s'agit de savoir si c'est une névrite, une myélite ou les deux à la fois. Les auteurs se sont arrêtés au diagnostic de névrite plutôt qu'à celui de myélite arsénicale, car les névrites guérissent, tandis que les myélites sont incurables, et la malade en question est sortie en complète voie de guérison.

L'amblyopie transitoire.

M. le Dr Antonelli (A.) (de Paris). — L'auteur croit devoir substituer définitivement le nom d'amblyopie transitoire aux autres dénominations (migraine ophthalmique, scotome scintillant, theicopsie, etc.) adoptées jusqu'à présent. L'amblyopie transitoire doit être rangée, dans la plupart des cas, comme la migraine, parmi les troubles nerveux purement dynamiques. Elle est essentiellement caractérisée par des troubles oculaires différents, tels que l'hémiopie, les stocomes périphériques symétriques, le scotome centrale monoculaire ou binoculaire, l'amblyopie ou même l'amaurose totale, l'hémianopsie double, etc. L'influence du sympathique sur cette affection serait bien démontrée par quelques observations et par l'analogie existant entre le scotome scintillant et les phénomènes de certaines intoxications qui intéressent surtout le sympathique. L'amblyopie transitoire se rencontre presque toujours chez les adultes; elle est plus fréquente chez le sexe féminin et l'hérédité nerveuse directe ou indirecte y joue un grand rôle. Le traitement doit viser : 1° Les conditions générales du malade pour prévenir le retour des accès et en diminuer la fréquence; 2° à faire avorter ou à couper les accès mêmes, lorsqu'ils sont intenses et de longue durée.

La dissociation de la vision binoculaire chez quelques strabiques et quelques hystériques, à propos d'un cas d'amaurose monoculaire hystérique.

M. le Dr Antonelli (A.) (de Paris). — La dissociation de la vision binoculaire, tout en étant un phénomène rare, n'en est pas moins assurée dans certains cas concernant des strabiques et des hystériques. Chez ces derniers il est tout justifié, étant donné que l'hystérie n'est qu'une névrose essentiellement cérébrale, un désordre ou un développement défectueux des centres fonctionnels les plus élevés de l'écorce cérébrale. Ce phénomène est rare chez les strabiques. Pour faciliter la compréhension de la dissociation de la vision binoculaire chez certains strabiques comme chez certains hystériques les auteurs s'arrêtent longuement sur le développement de cette fonction. L'étude de l'amaurose monoculaire des hystériques nous oblige à admettre deux appareils et deux mécanismes différents, l'un pour la vision monoculaire et l'autre pour la vision binoculaire. La dissociation de la vision binoculaire, ce trouble systématisé, est une nouvelle preuve clinique que la vision binoculaire exige non seulement des appareils périphériques plus ou moins parfaits, mais surtout le fonctionnement complet de l'appareil visuel cortical tout entier, appareil qui jouit donc peut-être d'une certaine autonomie.

(1) *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*. Toulouse (août 1897).

© BIU Santé

Hémianopsie homolatérale gauche avec déviation conjuguée des yeux à droite

M. le Dr Debray (de Charleroi). — Dans cette étude, M. le Dr Debray, relate le cas suivant.

Homme de 82 ans, atteint de parésie des membres gauches, paresthésie et dissociation de la sensibilité dans la face à gauche et les membres parésiés. Hémianopsie complète à gauche ainsi qu'une déviation conjuguée des yeux à droite. La déviation conjuguée des yeux ne persistant que 38 jours alors que l'hémianopsie subsiste encore 3 mois après l'ictus. M. le Dr Debray tire de cette observation clinique les conclusions suivantes : 1° Le centre des mouvements des yeux est distinct du centre visuel cortical ; 2° Le centre cortical moteur n'a pas été détruit chez le malade dont il rapporte l'histoire, mais les fibres de communication qui le relient aux noyaux mésencéphiques de l'oculo moteur commun et de l'oculo moteur externe ont été momentanément comprimés par la lésion du centre visuel ; 3° De ce cas, d'un autre publié par le professeur Grasset et de plusieurs cas relatés par cet éminent neurologiste, il déduit que le centre des mouvements des yeux siège au niveau du pli courbe; 4° Il admet que toutes les fibres dévolues au nerf moteur oculaire commun et au nerf moteur oculaire externe et qui partent du pli courbe, se décussent dans leur trajet intracérébral. Celles qui formeront le le nerf oculo moteur commun, arrivées au-dessous des tubercules quadrijumeaux se divisant en deux variétés : 1° des fibres qui s'entrecroisent et vont d'un des multiples noyaux du moteur oculaire commun aux noyaux du côté opposé et 2° d'autres fibres qui, de ces noyaux, vont directement former le tronc du nerf du même côté. Jusqu'ici, on avait admis avec von Gehuchten, qui a très bien décrit l'entrecroisement partiel des fibres du nerf moteur oculaire commun dans le mésencéphale, que les fibres qui se décussent à ce niveau sont dévolues au muscle droit interne. Grasset, récemment, admettait le contraire. Le Dr Debray est porté à croire que toutes les fibres émanant du pli courbe et qui donneront naissance au nerf moteur oculaire commun se décussent d'abord dans leur trajet intracérébral, mais qu'en outre, celles qui formeront la branche terminale de ce nerf destinée au muscle droit interne de l'œil, subissent dans le mésencéphale un *second entrecroisement* ; ce qui explique la paralysie du muscle droit interne du côté où siège la lésion. 5° Un fait signalé par le Pr Grasset (paralysie isolée du releveur de la paupière supérieure par lésion corticale) et de la déviation conjuguée des yeux, il déduit que le centre des mouvements des yeux est, à l'écorce comme dans le mésencéphale, réparti en des points multiples et différents pour chacune des branches terminales. La simultanéité de la paralysie du muscle droit interne d'un côté et du muscle droit externe de l'autre serait expliquée par la proximité des deux centres corticaux nerf moteur oculaire externe et branche du muscle droit interne).

Un cas de polynévrite motrice des membres inférieurs.

M. le Dr de Buck (de Gand). — Nous insistons dans l'espèce sur la difficulté du diagnostic avec la poliomyélite chronique des adultes. (Il s'agit d'un homme de 37 ans ; la polynévrite est probablement due à une toxine rhumatismale.) Aussi défendons-nous l'idée que la séparation entre ces deux entités morbides est relativement irrationnelle et qu'il s'agit plutôt d'une localisation différente d'un seul et même processus : l'altération du neurone périphérique. En outre, dans notre cas, malgré une réaction de dégénérescence complète, il n'existe ni asonie, ni atrophie apparente, pas de contractions fibrillaires. Ces phénomènes sont cachés par un processus pseudo-hypertrophique. Ce fait semble indiquer qu'il existe une transition naturelle entre l'altération du neurone moteur périphérique et le processus myopathique primitif. Le même principe primitif semblerait ainsi pouvoir provoquer la poliomyélite, l'atrophie musculaire neuropathique (atteinte primitive de la cellule neuronique), la névrite motrice (atteinte primitive du cylindre-axe) ou l'atrophie musculaire primitive. La paralysie de Landry serait due à l'action aiguë de la même cause. Ces diverses maladies ne seraient ainsi que des variétés d'une même affection.

Un cas d'atrophie aiguë des cornes antérieures de la moelle dorso-lombaire.

M. le Dr de Buck (de Gand). — Démonstration de coupes de moelle d'un cas d'atrophie médullaire dorso-lombaire aiguë d'origine traumatique, cas rapporté cette année à la Société belge de Neurologie. La substance grise a subi les altérations atrophiques les plus profondes dans ses divers noyaux, excepté celui de Stilling, qui semble relativement bien conservé. Description des lésions observées (procédés de Nissl, Marchi, Von Gieson) et comparaison avec des coupes faites au même niveau dans une moelle normale.

Traitement de la sciatique.

M. le Dr Libotte (de Bruxelles). — La sciatique est névralgie ou névrite. Celle-ci est aiguë, subaiguë ou chronique. Ses causes sont : le froid, le traumatisme, le surmenage, les diathèses, les infections, les intoxications, les affections abdominales, les affections médullaires. Le traitement variera avec ces différentes causes. Avant tout, il faut régler l'hygiène, le régime, la médication sur l'affection fondamentale dont la sciatique n'est parfois qu'un éphiphénomène. A la névralgie sciatique on opposera les calmants, le stypage, le massage local et général, l'électricité sous une forme ou l'autre, l'hydrothérapie (douche locale filiforme, douche générale variable). A la névrite aiguë, subaiguë on opposera l'émission sanguine locale, le repos absolu. Mais un moyen de choix pour supprimer très vite les crises douloureuses, l'acuité de la maladie et parer à l'état chronique consiste : 1° Dans le début : sudation totale ou partielle dans une étuve aérée suivie d'une douche courte et froide. 2° Dans la deuxième période : douche écossaise et révulsive localisée avec douche générale variable. Contre la névrite chronique il conviendra d'employer les moyens cités contre la névralgie ou la névrite aiguë selon qu'il y a symptômes aigus ou non.

Traitement du hoquet.

M. le Dr Libotte. — Le hoquet est une contraction involontaire et convulsive du diaphragme. *Causes :* Elles sont psychiques, infectieuses, toxiques ou syndrome réflexe. C'est aussi parfois une affection du nerf phrénique. *Traitement :* Avant tout, il faut traiter la cause, puis le syndrome. Le traitement de celui-ci, le plus rationnel, le plus recommandable, c'est le pinceau faradique à la région cervicale postérieure.

Traitement du tabes.

M. le Dr Maréchal (de Bruxelles) lit une note sur l'application de la méthode de Gilles de la Tourette et Chipault au traitement du tabes dorsal. L'expérience a porté sur 9 malades, 7 d'entre eux ont éprouvé de l'amélioration notable du côté des troubles uro-génitaux et de l'incoordination.

M. le Dr Bodoni (de Novare). — La méthode dite de Gilles de la Tourette a été employée déjà par Bonnucci (de Naples) dès 1889. Moi-même j'ai soigné une malade ataxique cette année ; l'appareil de Gilles de la Tourette oblige à certaines flexions qui peuvent être dangereuses. J'invite le malade à se courber les mains tendues, les jambes écartées ; la première séance est difficile ; au bout de quelque temps, elle est plus facile, la malade peut toucher les orteils avec ses mains. Cette gymnastique d'incurvation est simple, sans danger ; c'est une flexion naturelle dont le corps de l'ataxique semble avoir perdu la mémoire. J'ai eu d'excellents résultats.

La valeur diagnostique de la main succulente dans la syringomyélie.

M. le Dr Crocq (fils). — Marie et Marinesco ont appelé main succulente une main présentant des troubles vaso-moteurs particuliers, associés à de l'atrophie musculaire. Cette main est gonflée, potelée, dure, cyanosée, froide, lisse et sèche ; l'atrophie musculaire lui donnerait un aspect particulier. La main succulente serait, d'après Marinesco, pathognomonique de la syringomyélie. Cependant Gilbert et Garnier ont observé la main succulente, sans atrophie musculaire, dans l'hémiplégie ancienne ; Déjerine a rapporté trois cas de polyomyélite chronique avec main succulente et atrophie musculaire, type Aran-Duchenne ; le même auteur a vu la main succulente dans la paralysie infantile ; Mirallié l'a rencontrée dans un cas de myopathie, type Landouzy-Déjerine. Marinesco a répondu que

© BIU Santé

ces cas ne se rapportent pas à la main succulente véritable, celle-ci présentant toujours l'aspect de la *main du prédicateur*. Déjerine n'admet pas cette nouvelle conception de la main succulente et il demande à son confrère comment il se fait que, dans son travail primitif, il décrit sous le nom de main succulente, un cas dans lequel l'aspect de *prédicateur* faisait défaut. Déjerine ajoute que la cause principale de la main succulente c'est la position verticale du membre ; il cite des cas où les phénomènes ont été *unilatéraux* et toujours du côté où le membre était le plus souvent dans la position verticale.

J'observe, en ce moment, le cas d'une femme de 60 ans, qui, depuis 12 ans, est atteinte d'une atrophie musculaire progressive ayant débuté par les épaules et ayant envahi ensuite successivement les bras et les avant-bras. Il y a trois ans les mouvements des muscles scapulaires devinrent impossibles, leur atrophie était très marquée ; au bras le biceps était fortement atteint, le triceps était à peu près normal ; à l'avant-bras les extenseurs étaient seuls atteints. La flexion du bras était encore possible dans certaines limites ; l'extension des doigts se faisait assez bien. Comme il y avait des contractions fibrillaires, et que l'affection n'était pas familiale, j'écartai le diagnostic de myopathie, type Zimmerlin, auquel on aurait pu songer. Il fallait conclure à une myélopathie et l'affection dont il s'agissait ne pouvait être qu'une poliomyélite antérieure chronique. Mais bientôt la sensibilité à la chaleur et à la douleur s'atténua et disparut ; les mains devinrent le siège d'un œdème ordinaire, intermittent ; le diagnostic de syringomélie s'imposait. Petit à petit l'œdème devint plus constant, plus dur ; la peau se cyanosa, devint cyanosée, froide, lisse et sèche ; en même temps l'atrophie s'accentua, la flexion du bras devint impossible, l'extension des doigts fut abolie, mais les muscles des mains restèrent intacts.

Je n'hésite pas à caractériser les mains de ma malade du nom de *mains succulentes* ; je me range à l'avis de Déjerine en affirmant que le caractère de l'atrophie ne doit pas entrer en ligne de compte dans la succulence, et je crois, comme lui, que si cette succulence s'accompagne de la main de prédicateur, il faut se servir du terme : *main de prédicateur succulente*. Le gonflement des mains n'a débuté que lorsque les bras furent complètement immobilisés, l'œdème qui était d'abord mou et intermittent est devenu ensuite dur et constant, ce qui semble prouver que la cause de la main succulente est bien, ainsi que le pense Déjerine, la position verticale du membre. Je crois, cependant, qu'il faut ici faire une restriction et admettre qu'à côté du facteur mécanique il y a un facteur vaso-moteur grâce auquel le premier peut agir. Aussi, je conclus que la main succulente se montrera de préférence dans la syringomyélie, mais que sa valeur diagnostique n'est pas aussi nette que Marinesco l'affirme.

Un cas de syringomyélie avec pied succulent.

M. le Dr Crocq (fils). — Les troubles vaso-moteurs d'origine centrale agissent comme cause prédisposante et la position du membre comme cause occasionnelle. J'ai observé récemment un cas de syringomyélie dont les manifestations se cantonnaient dans le membre inférieur gauche ; il s'agissait d'un jeune homme de 25 ans chez lequel il n'y avait qu'un peu d'atrophie du mollet, une dissociation complète de la sensibilité et une légère parésie de la jambe gauche. Le pied était le siège d'un œdème dur, la peau était cyanosée, froide, lisse et sèche. Ici encore, l'œdème avait été primitivement mou et intermittent pour devenir ensuite dur et constant. Le pied droit était intact ; or, tous deux étaient soumis à une même position, il faut donc admettre qu'à côté de ce facteur mécanique il y avait un facteur vaso-moteur. D'autre part, je suis persuadé que le facteur vaso-moteur agissant seul n'aurait pas suffi à produire la succulence ; si, par exemple, une lésion analogue s'était produite à la région cervicale, elle n'aurait pas donné lieu à la main succulente, parce que la position des membres supérieurs les prédispose moins à l'œdème mécanique.

Le tabes dorsal spasmodique.

M. le Dr Crocq (fils). — Depuis Erb et Charcot, qui admettaient *a priori*, que le tabes dorsal spasmodique est dû à la sclérose primitive des cordons latéraux, on s'est aperçu que cette affection peut se montrer chez des malades dont ces cordons sont normaux, chez d'autres atteints de dégénérescences secondaires de ces cordons et chez d'autres encore chez lesquels on constate de la sclérose en plaque ou des scléroses combinées. C'est pourquoi Marie ne décrit même pas le tabes dorsal spasmodique. Je crois, cependant, que cette affection mérite sa place ; elle constitue, sinon une entité morbide, du moins un syndrome cliniquement précis ; car autrement comment désigner cette affection ? Du reste, Déjerine et Sottas ont trouvé la sclérose primitive des cordons latéraux dans un cas de ce genre. J'ai en ce moment, dans mon service, une femme de 65 ans, atteinte de paraplégie avec contracture et exagération des réflexes. Certes, je ne prétends pas qu'elle est atteinte de sclérose *primitive* des cordons latéraux et je crois que la sclérose *secondaire* peut aussi bien engendrer le tabes spasmodique. Qu'on appelle ce syndrome : *paraplégie spasmodique* si l'on veut, mais qu'on ne le supprime pas, sous prétexte qu'il ne correspond pas à une lésion anatomo-pathologique constante. Du reste, il y aurait lieu de contrôler, avec nos méthodes actuelles, les autopsies dans lesquelles on n'a trouvé aucune lésion.

SECTION DE PSYCHIATRIE (*suite*).

Rythme couplé du cœur et bradycardie chez les mélancoliques.

M. le Dr Manheimer (de Paris). — Les troubles vasculaires sont du plus haut intérêt dans les états de dépression mentale. Griesinger a attiré l'attention sur le pouls lent des mélancoliques et parle d'un véritable pouls lent permanent dans ces cas. Chez une de nos malades nous avons observé une bradycardie, mais une fausse bradycardie, avec rythme couplé du cœur. Domestique, 32 ans. Un oncle paternel et une sœur morts de complications cérébrales. Fièvre typhoïde à 14 ans. Misère physiologique, anémie. Premier accès de mélancolie (1883). Accouchement (1895). Second accès de mélancolie (1896) avec prédominance de torpeur et de passivité, quelques conceptions vagues de persécution greffées sur un fond mélancolique, hallucinations auditives et psycho-motrices, mutisme presque absolu. Dans la suite, quelques crises d'anxiété avec tentatives de suicide, refus d'alimentation, — au point de vue physique : diminution des réflexes, troubles digestifs, respiration ralentie et superficielle, et surtout état particulier du rythme cardio-artériel. Ralentissement du pouls ; 44-50, quelquefois-même 38, qui n'arrive à un taux normal que sous l'influence d'émotions. Sur les tracés, surélévation fréquente inter-diastolique, indice de bigermination, trigermination passagère. Allorythmie cardiaque, rythme couplé. On entend tantôt une révolution, puis un silence, puis deux révolutions d'égales étendues, tantôt des révolutions simples encadrées dans des silences qui ne sont égaux qu'alternativement, 3e. Dans deux révolutions se suivant coup sur coup, les bruits sont en décroissant d'intensité. Ce sont bien là différentes formes du rythme couplé. Des moments passagers où ce rythme est normal et accéléré (émotions). Différences avec la maladie de Stokes-Adam : pas d'athérôme, pas d'attaques épileptiformes ni apoplectiformes, pas de vomissements, etc.

Comme origine de l'allorythmie, on ne peut invoquer ici la digitale. Pas d'affection valvulaire. Probablement pas de cardio-sclérose. Peut être myocardite, reliquat de dothiénentérie de l'enfance ? Nous croyons plutôt à l'action de l'état cérébro-nerveux, en incriminant le nerf pneumogastrique, particulièrement dans son origine bulbaire. On admet en effet aujourd'hui que c'est là la cause la plus fréquente du rythme couplé avec ou sans altérations cardiaques concomitantes. En suivant cette hypothèse, on ne peut penser à une *lésion organique*, mais à une origine *auto-toxique*, (fermentations anormales gastro-intestinales), et, bien plutôt encore, à un trouble simplement fonctionnel, traduisant l'*ischémie bulbaire*, comme dans les adyamies profondes par exemple. A côté de la neurasthénie bulbaire (Ivanow), il y aurait une véritable asthénie bulbaire à rapporter à la mélancolie (troubles respiratoires...). D'ailleurs c'est à l'extension médullaire de la mélancolie que pourraient sans doute se rapporter les anesthésies cutanées

© BIU Santé

généralement symétriques, la diminution des réflexes, les troubles vaso-moteurs des extrémités, etc.

La paralysie générale.

M. le Dr Paris (Alexandre) (de Maréville). — La création de toutes les pseudo-paralysies générales a été justifiée par des caractères différentiels. La synthèse de tous les caractères de ces pseudo-paralysies générales donne la soi-disant paralysie générale proprement dite, décrite comme type. L'auteur est amené par suite à considérer ce type comme la résultante d'une association d'intoxications (par excès alcooliques, tabac, syphilis, veilles prolongées, etc.), avec possibilité de prédominance d'une de ces intoxications, les autres jouant à son égard le rôle de circonstances aggravantes. Il n'y a donc pas lieu d'admettre une paralysie générale comme entité morbide, mais comme une agglomération de pseudo-paralysies générales qui, elles-mêmes, ne sont, prises isolément, que des phases dans l'évolution d'intoxications et qui, par conséquent, ne peuvent pas être prises comme unités cliniques.

La classification bibliographique décimale et ses rapports avec les sciences neurologiques.

M. Boulanger, étudiant en médecine (de Bruxelles). — Je me borne à résumer cette communication en quelques mots : 1° Exposé succinct du système bibliographique décimal. 2° La place de la Neurologie dans ce système. 3° Neuro-anatomie. Neuro-physiologie. Neuro-pathologie. La Neurologie en Zoologie et en Biologie. La Psychologie et les maladies mentales. 4° Manière de collaborer (revues, sociétés et particuliers). 5° Demande de collaboration des diverses sociétés et périodiques belges et étrangers à la bibliographie décimale (1).

[A. P. S.]

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 octobre 1897. — Présidence de M. Bouchard.

M. Bouchard, en ouvrant la séance annonce la mort de M. le Dr Luys, et rappelle les principaux travaux communiqués par lui à la Société de Biologie.

M. Feré dépose une note sur le *développement et la position du poulet dans les œufs à deux jaunes.*

M. Feré présente un coq, auquel il a *greffé dans les appendices érectiles du cou des embryons de poulet.* Non seulement ils ne se sont pas résorbés depuis l'opération ; mais ils ont pris un certain accroissement.

M. E. Apert rapporte une observation de *pigmentation du péritoine intestinal.* Il s'agissait d'un grand nombre de petites taches lenticulaires, saillantes, un peu épaisses, constituées par des amas de cellules chargées de pigment ocre, et entourées d'une zone plus ou moins épaisse de tissu sclèreux. Ce pigment possède les mêmes réactions que celui du foie et du pancréas dans le diabète bronzé, il est vraisemblablement constitué par des hémorragies anciennes dans lesquelles l'hémoglobine s'est transformée en rubigine et a subi une sorte d'enkystement.

M. Renon a repris les expériences de Ellemberger et Hofmeister sur *l'élimination des sels de plomb par la salive.* Ces auteurs ont retrouvé le plomb dans les glandes salivaires du mouton, ayant reçu de l'acétate de plomb en injections sous-cutanées. M. Renon a constaté sur les cobayes nourris à la céruse la présence de plomb dans les mêmes glandes. L'expérience avec le minium n'a pas donné de résultats. Ces faits peuvent servir à élucider l'histoire des parotidites chez les saturnins.

M. Feré a recherché l'état des *réflexes cutanés chez les épileptiques* et a constaté qu'ils étaient absents ou très affaiblis, alors même que le malade n'avait subi aucune médication bromurée.

M. Berger a constaté que la conjonctive oculaire *n'était pas perméable au curare* instillé dans l'œil. Si on injecte le poison sous la conjonctive, les phénomènes d'intoxication apparaissent au contraire rapidement.

M. Laborde dépose une note de M. Camus, en réponse à M. Dastre, à propos des substances coagulantes du sang.

A. P.

(1) La *Classification décimale des sciences neurologiques* a été faite il y a plusieurs mois déjà par l'*Institut de Bibliographie* de Paris. Les grandes lignes en ont été communiquées à la *Conférence bibliographique* de Bruxelles, en août 1897, par M. le Dr Marcel Baudouin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 octobre 1897. — Présidence de M. Caventou.

Les poussières des appartements.

MM. Kelsch et Simonnin montrent le danger de ces poussières surtout dans les habitations collectives (casernes, hôpitaux). C'est à elles que sont dues la plupart des réveils d'épidémies en apparence éteintes. Au point de vue pratique, la coaltarisation des planchers, actuellement en usage dans l'armée, semble le moyen le plus efficace et le moins coûteux.

M. Laveran objecte que la coaltarisation est trop souvent incomplète, mal faite. Il est moins coûteux d'avoir d'emblée des enduits imperméables.

M. Kelsch fait remarquer que les planchers dont on a soigneusement oblitéré les fentes offrent, une fois coaltarisés, une sérieuse garantie.

Transmissibilité des oreillons de l'homme au chien.

M. Laveran lit un rapport sur un mémoire de M. Busquet signalant un cas de transmission des oreillons de l'homme au chien. Le chien semblait s'être contagionné en léchant les crachats de son maître banal. La salive renfermait un diplostreptocoque qui d'ailleurs ne semblait pas spécifique des oreillons. — D'autres observations restent, d'après M. Laveran, nécessaires pour démontrer qu'il s'agit bien de transmission d'oreillons et non de simple parotidite.

La lèpre et son traitement par la sérothérapie.

M. le Dr Olaya Laverde (de Bucaramanga, Colombie). — L'auteur déclare avoir entrepris ses travaux sur la sérothérapie de la lèpre, après avoir eu connaissance de la première communication du Dr Carrasquilla. Le procédé employé par lui est différent de celui du médecin de Bogota, en ce sens qu'il prépare ses animaux en leur injectant sous la peau du suc de lépromes fraîchement extirpés à des malades en pleine efflorescence de la maladie. Ces animaux éprouvent toujours une assez forte réaction générale, qui disparaît complètement au bout de cinq à six jours. Le sang de ces animaux, saignés lorsqu'ils sont revenus en pleine santé, est recueilli aseptiquement et injecté suivant les règles ordinaires ; les accidents opératoires sont exceptionnels et de peu de gravité.

Les malades éprouvent à la première injection une réaction fébrile assez forte avec malaise, douleurs dans les reins et dans le ventre ; quelquefois on observe de la diarrhée; cette réaction commence six heures après l'injection et se termine au bout de douze heures à trois et six jours, suivant les cas, par une transpiration abondante, sentiment de bien-être et retour de l'appétit.

Les résultats thérapeutiques sont très manifestes et portent sur tous les symptômes à la fois. *Système nerveux :* disparition de l'anesthésie, des douleurs erratiques ou articulaires et des parésies. — *Muqueuses :* rétablissement de la respiration nasale, disparition de l'ozène et de l'anosmie, guérison des blépharites, des ulcères de la conjonctive et de la cornée. — *Peau :* rétablissement de la sécrétion sudorale, réapparition des poils, de la barbe, des sourcils, guérison rapide des ulcères étendus, disparition des lépromes par résorption. *État général.* — Changement favorable de l'habitus, retour des forces, de l'appétit, du sommeil. — *Bactériologie.* Disparition des bacilles dans les parties de la peau précédemment infiltrées de lépromes, où on les constate d'habitude avec facilité. *Durée du traitement :* trois mois à un an et plus.

Résultats. — Jusqu'à présent les améliorations ont été constantes sur 60 cas. Six malades peuvent être considérés comme guéris. Leur guérison se maintient depuis un an. L'avenir seul

© BIU Santé

fera connaitre si les guérisons sont définitives, et si la majorité des malades peut arriver à la guérison complète ou à une amélioration relative. Ces résultats permettent d'employer concurremment avec la sérothérapie les procédés thérapeutiques ordinaires, tels que les cautérisations ignées, l'hygiène alimentaire et générale, et les médications toniques. Nous devons faire une mention spéciale aux lavages du sang pratiqués en injectant des doses massives de sérum normal dans le tissu cellulaire, ou du sérum artificiel dans une veine; ces procédés semblent un adjuvant très précieux de la sérothérapie.

Prophylaxie. — L'auteur croit que, vu les résultats de ce traitement, les lépreux doivent être considérés comme des malades; il n'est pas partisan de la déportation en masse de tous les sujets contaminés. L'isolement pour un temps déterminé, dans un hôpital spécial organisé pour la cure de la lèpre, paraît suffisant.

A. PLICQUE.

CORRESPONDANCE

Congrès de Neurologie, Psychiatrie, Électricité médicale et Hypnologie de Bruxelles.

Mon cher Rédacteur en chef,

Pour pimenter le compte rendu du Congrès, il me faut encore vous dire un mot des réceptions et excursions et de l'assemblée générale qui a terminé cette sympathique réunion.

Mardi soir, première soirée chez M. Schollaert, ministre de l'Intérieur et de l'Instruction publique, à laquelle tous les membres du Congrès ont assisté. A la porte du premier salon, un domestique en simple habit noir annonçait chaque arrivant, que le Ministre accueillait d'un mot aimable et d'une poignée de main sans pose et sans morgue.

Dans un des salons une musique militaire, dissimulée derrière un écran de fleurs, donnait à la réunion un charme de plus ; dans un troisième, le buffet. Quel contraste avec les soirées officielles si froides du Congrès de Budapest, qui n'étaient guère qu'un défilé silencieux et bref, à l'intérieur du palais, de gens plus ou moins chamarrés et décorés ! Ici pas d'uniformes et les décorations ne se remarquent même pas. Le Ministre cause aimablement avec tout le monde ; les professeurs Crocq père, Verriest, Van Gehuchten sont sans morgue et sans prétention également familiers avec leurs pairs et avec leurs élèves. Si la Révolution française a porté quelque part vraiment l'esprit d'égalité, c'est bien ici : constatation flatteuse pour nos esprits républicains, avec une pointe de regret qu'il n'en soit pas de même chez nous.

Mercredi, c'est à l'Hôtel de Ville que nous nous rendons. M. le professeur Verriest, président du Congrès, présente les membres au premier Échevin, qui remplace le bourgmestre actuellement en voyage.

Même simplicité dans l'accueil que chez le ministre. Après une courte allocution de M. Verriest, à laquelle l'échevin répond en quelques phrases aimables et patriotiques, on nous offre le vin d'honneur, puis on nous fait visiter par petits groupes ce merveilleux palais gothique, rempli de chefs-d'œuvre de sculpture, de peinture, de tapisseries anciennes des Flandres, des premiers Gobelins et de meubles splendides. Tout cela éclairé à la lumière électrique, le progrès se reliant ainsi à la tradition et lui donnant un éclat de plus.

Jeudi et samedi deux excursions intéressantes aux colonies de Gheel et de Lierneux, où les aliénés sont placés dans des familles qui les nourrissent et les surveillent moyennant une faible rétribution. A Gheel, qui est la colonie la plus ancienne, puisque son existence remonte à près de deux siècles, c'est l'éminent Dr Peters, son directeur, qui nous a fait visiter les maisons où sont logés les malades; et nous avons pu constater les immenses avantages, à la fois humanitaires et financiers, de ce système d'hospitalisation des aliénés, dont la valeur est encore si sujette à controverses dans le monde des aliénistes. La leçon de choses, qu'ont recueilli les membres du Congrès, contribuera certainement beaucoup à fixer les esprits sur son utilité. Après la visite, qui avait duré jusqu'à deux heures, le déjeûner a été bien accueilli. Songez donc ! nous étions en route depuis cinq heures du matin et notre ventre affamé commençait à nous priver d'oreilles.

Ce déjeûner a été emprunt de cette gaîté tendre et cordiale que les Belges savent vous communiquer. Au dessert, toasts de M. le Pr Verriest remerciant le Dr Peters de son accueil, Tamsumini (de Reggio Mmilia), Wunckler (d'Amsterdam) Liégeois (de Nancy). Nous, gais et contents, comme dit la chanson, nous avons repris le chemin de fer et ne sommes rentrés à Bruxelles que pour dîner à 9 heures passés.

Samedi c'était le tour de Lierneux. Départ en chemin de fer à 5 heures. Arrivée à 9 h. 1/2, à une station où des voitures nous prennent pour nous mener après une promenade d'une heure et demie dans un pays admirable, à la colonie de Lierneux. Celle-ci, copiée sur le modèle de Gheel n'existe que depuis 12 ans. Les malades sont aussi placées dans des familles, surveillées comme à Gheel par des inspecteurs qui chaque jour rendent visite aux pensionnaires et à leurs nourriciers et s'assurent que les malades sont bien traités. M. Depewn, directeur de la colonie, nous pilote dans les diverses maisons. Il nous fait remarquer que cette institution a eu sur le pays un retentissement bienfaisant au point de vue de l'hygiène : c'est d'y faire pénétrer l'habitude de mesures de propreté, auparavant inconnues. Les habitants, en effet, sont obligés par le règlement de laver une fois par semaine les pieds de leurs pensionnaires : cela les a accoutumés à en faire autant pour eux.

Après la visite des maisons, celle de l'asile très peu peuplé comme celui de Gheel, car il ne reçoit que les malades agités ou dangereux qu'on ne peut laisser dans les familles.

Un déjeûner froid, merveilleusement organisé par Madame Deperon a terminé la visite. Au champagne, toast de M. Van Gehuchten qui, après avoir remercié Mme Deperon d'avoir organisé si bien la partie matérielle et gastronomique, malgré les difficultés résultant de l'isolement du pays, propose à l'occasion du Congrès, qui est comme la consécration scientifique de l'œuvre, d'adresser des télégrammes de remerciements aux trois personnes qui ont le plus contribué à sa réussite : MM. le ministre de la justice, Pety de Thopée; gouverneur de la province de Liège, et Peters, directeur de la province de Gruel.

M. le Pr Tamburini lève son verre en l'honneur des dames présentes. M. Crocq fils boit aux membres étrangers ce dont il est remercié par M. Foveau de Courmelles. — Il est temps de se remettre en route pour Spa. L'atmosphère qui nous fut jusqu'ici clémente, ouvre sur nous ses cataractes et la pluie nous accompagne jusqu'à Spa. C'est dommage car la route de Liérneux à Trois-Pont est jolie et la pluie nous empêche de bien voir.

A Spa, nous sommes magnifiquement, mais toujours cordialement, reçus par la Municipalité et la Compagnie fermière des eaux minérales. Une demi-heure après la descente du train, nous sommes réunis à l'Union-Club, où un superbe banquet, arrosé des meilleurs crus du Rhin, de la Moselle, de la Bourgogne, de la Gironde et de la Champagne, nous rend la belle humeur un peu refroidie par la pluie de tout à l'heure. Sur une estrade, un excellent orchestre mêle discrètement son harmonie à celle des conversations et sans nous en douter, pour ainsi dire, nous arrivons au champagne. L'heure des toasts a de nouveau sonné.

M. le Dr Dausseaux, bourgmestre de la ville de Spa, prend le premier la parole pour inviter les membres du Congrès à porter la santé des Souverains Belges et les verres se choquent aux accents de la *Brabançonne*, hymne national belge qui est écouté debout. Immédiatement après l'orchestre attaque *la Marseillaise*, également écoutée debout et applaudie avec une chaleur qui montre qu'ici la France est hautement estimée et aimée : ce dont nous ne pouvons nous défendre d'être émus et fiers.

M. le Pr Verriest, président du Congrès, fait l'éloge de Spa, de ses eaux bienfaisantes, de son climat fortifiant et calmant, qui rendent mieux la santé que les médicaments sortis des officines, et boit à la prospérité de la station. L'orchestre joue les hymnes luxembourgeois et hollandais.

M. Crocq, père, félicite M. Verriest, qui à son tour remercie les congressistes, dont il a eu l'honneur de présider les

© BIU Santé

travaux et M. Crocq fils qui a rempli avec tant d'activité et de dévouement ses difficiles fonctions de secrétaire général. M. Van Reuterghem remercie au nom des membres étrangers et boit à nos hôtes de la soirée.

A mon tour, je prends la parole, pour remercier au nom de la Presse scientifique, M. Crocq fils qui nous a par sa complaisance à nous communiquer les documents du secrétariat général grandement facilité la tâche. Ce dernier refuse modestement l'importance qu'on veut donner à son rôle qui n'est, dit-il, que celui d'un metteur en scène ; c'est aux membres du Congrès qui, par leur présence et leurs travaux, ont donné le plus grand éclat à cette première réunion internationale, que les remerciement doivent être adressés. Il propose donc de boire à la santé de M. Schollaert, ministre de l'Intérieur et de l'Instruction publique et de M. le Pr Verriest. Des applaudissements nourris et des acclamations chaleureuses ont salué chacun de ces nombreux toasts.

Après le café, nous nous sommes rendus au théâtre du Casino, où une charmante représentation nous fut offerte en présence de Son Altesse Royale, la princesse Clémentine. Et puis chacun s'en fut se coucher, car les règlements sévères qui régissent les salles de jeux en Belgique nous ont empêchés à notre grand regret de donner un coup d'œil au Cercle des Etrangers. Pour cela, il eut fallu rester trois jours !

Le lendemain, malheureusement, la pluie a repris et a fait perdre une grande partie de son charme à l'excursion en voiture qu'on nous offrait. L'établissement des bains qu'on nous a fait visiter est bien installé ; mais que cela est loin des magnifiques organisations de ceux de Budapest ! Pour finir, lundi soir, un dernier banquet a été offert à Bruxelles aux membres du Congrès. Mais je n'en puis parler, car, ainsi que beaucoup d'autres, comptant que le Congrès durerait seulement jusqu'au 19, j'avais dû repartir aussitôt après la séance de lundi matin.

A quoi devons-nous cette prolongation imprévue ? Ce n'est pas au nombre des communications, qui auraient bien trouvé leur place aux deux séances de vendredi, si, contre toutes les règles, on n'avait accordé trois heures à M. Liégeois (de Nancy) pour développer sa plaidoirie sur la suggestion criminelle. Elle était intéressante je le veux bien ; mais pourquoi accorder au seul membre qui n'était pas médecin un tel privilège, qui a obligé tous les autres orateurs des séances de vendredi à écourter leurs discours, qui valaient cependant bien celui de M. Liégeois ? Lui-même, ceci est un comble, en présidant la séance de vendredi après midi, pressait les autres de finir !

Il faudra, au prochain Congrès, prendre des mesures pour qu'un semblable fait ne se reproduise pas, car il avait suscité avec raison de nombreux mécontentements. Un autre incident, non moins pénible, a été soulevé dans la séance générale de lundi matin. Le secrétaire général avait pris la parole pour proposer que le deuxième Congrès international de Neurologie, psychiatrie, électricité médicale et hypnologie eût lieu à Paris en 1900, avec M. le Pr Raymond comme président. M. le Dr Chervin, délégué du Ministre de l'Instruction publique de France, nous avait fait connaître que M. Rambaud acceptait la proposition. Tout marchait à souhait et on allait voter sans difficulté quand survient la flèche du Parthe sous forme d'une lettre de M. le Dr Ritti, président de la Société médico-psychologique. Dans cette épître, d'une allure hautaine, tout juste polie, M. Ritti semble contester au premier Congrès de Neurologie de Bruxelles le droit de choisir Paris pour sa seconde réunion, en disant que c'est la Société médico-psychologique qui organisera, comme en 1878 et 1889, les congrès internationaux. Or, en 1878, le seul congrès organisé dans cet ordre d'idées fut le Congrès de médecine mentale, qui eut lieu du 5 au 10 août. En 1889, il y en eut quatre : le Congrès international d'hypnotisme expérimental et thérapeutique, le Congrès magnétique international, le Congrès international de médecine mentale et le Congrès de psychologie physiologique. Quel est celui qui fut organisé par la Société médico-psychologique ? D'ailleurs, cela ne ressemble que de bien loin au Congrès de Neurologie, Psychiatrie, Electricité médicale et Hypnologie de Bruxelles, auquel il restera quand même le mérite d'être le premier, et la prétention de la Société médico-psychologique de diriger le second nous paraît fondée sur des titres bien aléatoires. Qu'elle eût offert son concours aimablement, cela se comprenait à merveille. Mais la façon, quelque peu cavalière, dont elle entend prendre la direction a paru à nombre de membres du Congrès de Bruxelles aussi incivile que déplacée. Peu s'en est fallu qu'on ne délaissât Paris pour une autre capitale, et, ma foi, ça aurait été bien fait. Après la chaleureuse réception qu'on nous avait faite ici, la lettre de M. Ritti est venue fort mal à propos, et, si on aime encore à l'étranger la science et l'amabilité françaises, ce n'est certes pas à lui qu'on le devra.

Agréez, mon cher Rédacteur en chef, etc.

L.-R. Regnier.

VARIA

Le cas du Dr Laporte.

M. le Dr Laporte a été, par ordonnance du juge Bertulus, mis en liberté provisoire.

La Société médicale du XVIIe arrondissement, à laquelle appartient M. le Dr Laporte, s'est réunie, en assemblée générale extraordinaire, à la mairie des Batignolles. Une résolution ainsi conçue a été adoptée à l'unanimité :

Considérant,

1° Qu'en dehors des faits de droit commun il est impossible d'admettre la responsabilité pénale des médecins ; 2° que les faits purement professionnels, si regrettables soient-ils, échappent à la compétence des tribunaux et que la possibilité de poursuivre ces faits rendrait impraticable l'exercice de la médecine où l'on ne doit relever que de sa science et de sa conscience ; 3° que ces principes, conformes au maintien de la dignité professionnelle, sont admis par le corps médical tout entier, dans l'intérêt bien entendu des malades ; la Société médicale du XVIIe arrondissement proteste contre l'arrestation préventive injustifiée du Dr Laporte ; réclame des pouvoirs publics la justice qui lui est due.

La mise en liberté provisoire du Dr Laporte a eu lieu après une dernière démarche faite auprès du juge d'instruction, dans la matinée, par le Syndicat des médecins de Paris et Me Henri Robert, que l'inculpé a, depuis plusieurs jours, chargé du soin de sa défense. Le dossier de l'affaire va être communiqué au parquet dans la journée ; mais le procès, le Dr Laporte étant libre, ne sera appelé devant le tribunal correctionnel qu'après la rentrée. C'est le 19 octobre que le Dr Laporte, assisté de Me Henri Robert, comparaîtra devant la 9e chambre correctionnelle sous l'inculpation d'homicide par imprudence.

Cette incroyable incarcération a soulevé, à bon droit, dans le monde médical, un tolle général. Inutile de faire remarquer que nous ajoutons nos plus vives prostestations à celles de nos confrères et de nos collègues de la Presse médicale. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet en temps plus opportun.

Écoles municipales d'Infirmières.

Directeur de l'enseignement : Dr Bourneville.

I. — *École de la Salpêtrière.*

L'École municipale d'infirmières de la Salpêtrière a ouvert ses cours professionnels le mercredi 6 octobre, à huit heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration, M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière. Éléments d'anatomie, M. le Dr Gautier, ex-interne des hôpitaux. Éléments de physiologie, M. le Dr J.-B. Charcot, chef de clinique de la Faculté, ex-interne des hôpitaux. Pansements. M. le Dr Poirier, chirurgien des hôpitaux. Suppléant : M. le Dr Pilliet, ex-interne des hôpitaux. Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, Mme Pilliet-Edwards, docteur en médecine. Hygiène, M. le Dr Féré, médecin de Bicêtre. Petite pharmacie, M. le Dr Viron, pharmacien des hôpitaux.

Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'École de la Salpêtrière doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, n° 47, bureau de la direction, de neuf heures à midi. Les cours sont publics et gratuits.

II. — *École de la Pitié.*

L'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié a ouvert ses cours professionnels le jeudi 7 octobre, à huit heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'adminis-

© BIU Santé

tration, M. Joly, directeur de la Pitié. Eléments d'anatomie, M. le Dr Dauriac, ex-interne des hôpitaux. Eléments de physiologie, M. le Dr P. Regnard, professeur à l'Institut agronomique. Pansements, M. le Dr Petit-Vendol, ancien interne des hôpitaux. Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr Lepage, accoucheur des hôpitaux. Hygiène, M. le Dr Regnier, ancien interne des hôpitaux. Petite pharmacie, M. le Dr Viron, pharmacien des hôpitaux.

Les personnes qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Pitié doivent se faire inscrire à l'hôpital de la Pitié, rue de Lacépède, n° 1, bureau de la direction, de huit heures du matin à cinq heures du soir. Les cours sont publics et gratuits.

III. — *Ecole de Lariboisière.*

L'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de Lariboisière a ouvert ses cours professionnels le vendredi 8 octobre à huit heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration, M. Montreuil, directeur de Lariboisière. Eléments d'anatomie, M. le Dr Dauriac, ex-interne des hôpitaux. Eléments de physiologie, M. le Dr Pilliet, ex-interne des hôpitaux. Pansements, M. le Dr Isch-Wall, ex-interne des hôpitaux. Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr Maygrier, accoucheur des hôpitaux, agrégé de la Faculté. Hygiène, M. le Dr L. Tissier, accoucheur des hôpitaux. Petite pharmacie, M. le Dr Cornet, ex-interne en pharmacie des hôpitaux.

Les personnes qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de Lariboisière doivent se faire inscrire à l'hôpital Lariboisière, rue Ambroise-Paré, n° 2, bureau de la direction, de huit heures du matin à cinq heures du soir. Les cours sont publics et gratuits.

Exercices spéciaux du Service de Santé en 1897.

Programme des Exercices.

Première journée. — Mardi 12 octobre à 8 heures et demie du matin. *Conférence* aux docks du Service de Santé (53, boulevard Latour-Maubourg). Démonstration : 1° du matériel technique et des approvisionnements du Service de Santé en campagne (M. le médecin principal Moine). 2° du matériel de transport (par un officier du train). — 2 heures du soir. 1° *Conférence* à la caserne de Bellechasse (37, rue de Bellechasse). Notions sur les ordres de mouvement, l'exécution des marches, la réglementation du Service de Santé pendant les phases successives du combat, etc... (par un officier supérieur de l'état-major). 2° A l'issue de la conférence, réunion de tous les chefs de service des régiments et formations sanitaires. Instructions du directeur technique pour les opérations des jours suivants.

Deuxième journée. — Mercredi 13, octobre 8 heures et demis du matin. *Conférence* à la caserne de Bellechasse (salle d'escrime) sur le fonctionnement du Service de Santé en campagne (M. le médecin principal Benech). A l'issue de la conférence, réunion des chefs de service. Rapport et rédaction des ordres en prévision du combat du lendemain. — 2 heures du soir. *Mobilisation des formations sanitaires.* Réunion du personnel aux docks du Service de Santé. Délivrance du matériel. Chargement des voitures. Départ des formations sanitaires pour le camp de Satory.

Troisième journée. — Jeudi 14 octobre. Marche et combat d'une division. Passage de l'avant-garde à la grille d'octroi de Versailles, par la route nationale n° 186, à 8 heures du matin. Service de Santé pendant le combat (postes de secours, ambulances, hôpitaux de campagne). L'ambulance s'installera à Vélizy). — Dans la soirée. Eclairage du champ de bataille et recherche des blessés pendant la nuit.

Quatrième journée. — Vendredi 15 octobre, 8 heures du matin. Service de Santé après le combat. Répartition des blessés. Préparation des évacuations de Vélizy sur Versailles. Formation des convois. Fonctionnement de l'hôpital d'évacuation (gare des Matelots). Organisation d'un train sanitaire improvisé et embarquement des blessés.

Cinquième journée. — Samedi 16 octobre 9 heures du matin. Embarquement de l'ambulance divisionnaire à la gare des Matelots. Résumé et critique des opérations.

NÉCROLOGIE

M. le Dr LARGEAU (de Niort)

Nous apprenons avec peine le décès de notre excellent ami, M. le Dr Largeau (Jean-Raymond), de Niort, ancien interne des hôpitaux (1882), qui vient de succomber à Paris le 21 septembre, après une opération faite par l'un de nos confrères dans une maison de santé. C'est l'un des bons chirurgiens de province, — parmi les jeunes, — qui disparaît d'une façon aussi tragique.

Ses études terminées, Largeau s'établit à Niort et s'y consacra, d'une manière exclusive, à l'exercice de la chirurgie. Il était membre correspondant de la *Société de Chirurgie* de Paris, membre de l'*Association française de Chirurgie*, et l'un des fondateurs des *Archives provinciales de Chirurgie*. Dès notre premier appel, en 1892, il avait accueilli avec enthousiasme l'idée qui depuis a fait son chemin. C'était d'ailleurs un cœur excellent, dévoué à ses amis et très aimé dans son pays, où il avait su s'attirer la sympathie de tous.

Ces temps derniers, surpris, en pleine activité, par une maladie aussi grave qu'imprévue, il avait dû subitement abandonner la pratique médicale et se retirer à la campagne pour se soigner. Malheureusement le mal empira et, malgré une intervention délicate, l'emporta il y a peu de jours.

On doit à Largeau les travaux suivants :

Lipome sus-claviculaire. *Prog. méd.*, Paris, 1883, XI, 736. Cancroïde du front. *Prog. méd*, Paris, 1883, XI, 388. Lymphangite mammaire, abcès, concrétions fibrineuses dans le pus. *Prog. méd.*, Paris, 1883, XI, 209. Cancer de l'ombilic. *Prog. méd.*, Paris, 1884, XII, 992. Du traitement des anévrismes poplités par la méthode d'Antyllus. *Arch. gén. d. méd.*, Paris, 1885, I, 297-314. — Premiers pansements des fractures ouvertes. Paris, Thèse n° 129, 1885, 4°, 74 p. Absence complète du rectum traitée par la colotomie iliaque, *Poitou méd.*, Poitiers, 1886, I, n° 1, 13-15. 1 pl. Corps étrangers des voies aériennes. *Poitou méd.*, Poitiers, 1888, III, 403-407. Laparotomie et drainage dans un cas de péritonite. *Poitou méd.*, Poitiers, III, 519-522. Hydrocèle vaginale et épiplocèle chez un enfant de 5 ans; épiploïte tuberculeuse, cure radicale de l'épiplocèle, de l'hydrocèle et de la tuberculose. Rapport par J. Lucas-Championnière. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1888, n. s., XIV, 816-818. Remarques sur une taille hypogastrique. *Poitou méd.*, Poitiers, 1889, III, 29-35. Apoplexie de l'ovaire gauche; endométrite hémorragique et rétroversion; ovariotomie double et ventro-fixation; guérison. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1889, LXIV, 361. Sarcome fasciculé intra-utérin; amputation sus-vaginale de l'utérus et de ses annexes. *Bull. Soc anat. de Paris*, 1889, LXIV, 360. Fracture ouverte de la rotule par chute de bicyclette; arthrotomie; cal osseux. *Poitou méd.*, Poitou, 1890, IV, 108-111. Craniectomie à lambeau chez un enfant arriéré. *Cong. franç. d. Chir.*, Proc.-verb., etc., Paris, 1892, VI, 338-339. Craniectomie à lambeau chez un enfant arriéré. *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1892, LXV, 459. Fibro-myomes de la région vulvo-périnéale. *Arch. Prov. d. Chir.*, Paris, 1892, I, 335-342. Kystes ovariques jumeaux; ovariotomie double sans chloroforme. *Assoc. franç. d. Chir.*; Procès-verb., etc. Paris, 1893, VII, 816-819. Hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes utérins interstitiels. *Assoc. franç. d. Chir.*, Proc.-verb., etc., Paris, 1893, VII, 159-162.

Récemment encore, il donnait au *Progrès médical* une revue générale sur la *Laparotomie*, article dont la publication n'est pas encore terminée, mais qui montre bien que notre regretté camarade parlait en connaisseur de l'opération qui a bouleversé la chirurgie contemporaine. M. B.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 19 au samedi 25 septembre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.090, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 416, illégitimes, 170. Total, 586. — *Sexe féminin* : légitimes, 350, illégitimes, 154. Total, 504.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 au samedi 25 septembre 1897, les décès ont été au nombre de 796, savoir : 440 hommes et 356 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 2, T. 6. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 0, F. 0, T. 0. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 1, F. 0, T. 1. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 2, T. 4. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 99, F. 63, T. 162. — Méningite tuberculeuse : M. 10,

© BIU Santé

F. 7, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 5, T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 34, T. 54. — Méningite simple : M. 8, F. 8, T. 16. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 22, F. 21, T. 43. — Paralysie, M. 3, F. 6, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 10, T. 15.— Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 35, T. 61. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 3, T. 5.— Bronchite chronique : M. 15, F. 13, T. 28 — Broncho-pneumonie : M. 9, F. 9, T. 18. — Pneumonie : M. 6, F. 10, T. 16. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 20, F. 17, T. 37. — Gastro-entérite, biberon : M. 15, F. 20, T. 35. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 2, T. 7.— Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 7, F. 3, T. 10. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 2 T. 5 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6. — Débilité congénitale : M. 11, F. 14, T. 25 — Sénilité : M. 13, F. 21, T. 34. — Suicides : M. 8, F. 6, T. 14 — Autres morts violentes : M. 5, F. 2, T. 7 — Autres causes de mort : M. 97, F. 28, T. 125. — Causes restées inconnues : M. 12, F. 1, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 97, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 42, illégitimes, 14 Total : 56. — *Sexe féminin* : légitimes, 32, illégitimes, 9 Total : 41.

FACULTÉS DE MÉDECINE.— *Bourses*.— L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de Médecine, le 25 octobre. Les registres d'inscription seront clos le 16 octobre.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés *Chevaliers de la Légion d'honneur* MM. les Drs Delamare et Jagot-Lacaussière, médecins militaires. — *Chevalier du Mérite agricole*, M. le Dr Monglond (de Sornac).

RÉCOMPENSES. — Une *mention honorable*, pour acte de courage et de dévouement, a été décernée à M. le Dr Robin (de Reims).

LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — *Angleterre*. — Il est exact qu'une terrible épidémie de fièvre typhoïde s'est abattue sur la jolie petite ville de Maidstone, dans le comté de Kent. Maidstone est une localité de 33,000 habitants, située dans la vallée de Medway, et où nombre de Londoniens aisés ont leurs maisons de campagne. Quelques cas de typhus y avaient été signalés du 15 août au 15 septembre, six ou sept au plus, et l'on n'y avait pris garde, à cause de l'excellent état sanitaire ordinaire du pays. En 1896 la moyenne des décès n'y avait pas dépassé 14,47 pour 1.000 habitants, et ce n'est pas là une proportion trop élevée relativement à la mortalité en Angleterre. Brusquement, en moins d'une semaine, 800 cas se sont déclarés, et le chiffre des décès dans les dernières vingt-quatre heures est de 13. Le Kent faisant partie des comtés sur lesquels est construite la métropole, le personnel des hôpitaux de Londres s'est immédiatement dédoublé au profit de Maidstone, et une commission d'hygiène a été instituée pour ouvrir une enquête sur les causes premières du fléau. Comme il fallait s'y attendre, cette commission n'a pas tardé à expliquer le développement presque foudroyant de l'épidémie par la mauvaise qualité des eaux d'alimentation. La fièvre typhoïde a en effet trouvé son foyer principal dans un groupe de maisons situées sur la hauteur et où ne parvient pas la canalisation, qui pourvoit aux besoins du bas de la ville. Ces maisons tirent leur eau de réservoirs qui n'avaient pas été curés depuis assez longtemps. Il y a un an environ, l'eau de ces réservoirs était analysée chaque semaine ; mais les autorités locales supprimèrent ces analyses par raisons d'économie. C'est principalement à cette incroyable mesquinerie qu'est due l'épidémie actuelle. Le plus grand nombre des victimes appartiennent à un asile d'aliénés, dont tous les pensionnaires ont été évacués sur d'autres hôpitaux. Depuis quelques jours, Maidstone est remplie de jeunes médecins et d'infirmières venus de Londres pour aider le corps médical du pays à combattre le fléau. — Récemment on écrivait que cette épidémie de fièvre typhoïde faisait des progrès terrifiants. Ces jours-ci, on signalait 60 cas nouveaux et 24 décès. Pour se rendre compte de l'extension du fléau dans cette localité de 33.000 habitants, il suffit de constater que depuis le 15 septembre le nombre des cas a été successivement de 11, 38, 64, 130, 206, 327, 395, 473, 532, 620, 724, 798, 852, 916, 976 et 1.124. Le nombre des malades équivaut dès aujourd'hui à plus du tiers de la population, et comme celle-ci est composée en grande partie de familles ouvrières, elle se trouve, pécuniairement aussi, dans une extrême détresse. — Il faut malheureusement constater de nouveaux progrès de la fièvre typhoïde à Maidstone. Les déclarations enregistrées depuis vingt-quatre heures portent sur quatre-vingt-douze cas nouveaux et cinquante et un décès. L'événement de la semaine est la visite de l'archevêque de Canterbury, venu pour présider aux obsèques du révérend J.-W.-S. Howe, curé de Saint-Pierre de Maidstone, qui a succombé à la contagion en portant secours aux victimes de l'épidémie. L'archevêque a profité de sa présence dans l'église pour monter en chaire et adresser aux fidèles un sermon par lequel il s'est efforcé de les exhorter au courage et à la résignation ! Il a terminé en annonçant que quinze de ses prêtres arriveraient lundi à Maidstone pour s'unir aux infirmiers et infirmières envoyés par les hôpitaux de Londres : ce qui ne changera rien, sans doute, à l'état des choses actuel. On craint aujourd'hui que la fièvre typhoïde ne s'étende avec la même intensité à la commune d'Ashford, sur laquelle on a évacué un certain nombre de malades hospitalisés à la maison de fous de Maidstone. Deux cas sont également signalés à Chatham et trois à Willesborough.

Saint-Dié (France). — Un huitième décès vient de se produire parmi les typhoïdiques de la garnison, celui d'un chasseur du 10e bataillon. Deux autres sont encore en danger de mort.

UNE NAISSANCE EN OMNIBUS. — Au moment où l'omnibus faisant le trajet de la gare Montparnasse à Ménilmontant descendait la rue de Rennes, une voyageuse qui se trouvait à l'intérieur fut prise tout à coup des douleurs de l'enfantement. Les soins nécessaires lui furent aussitôt donnés et un gros garçon vint au monde. La mère, une dame Emilie Philippart, et le bébé ont été placés dans un fiacre et transportés à l'hôpital de la Charité. Mme Philippart revenait de l'hôpital Necker où elle s'était rendue pour faire ses couches. Mais cet établissement ne possédant pas de salle d'accouchement, on lui avait conseillé d'aller à l'Hôtel-Dieu. Elle retournait chez elle, quand l'accouchement s'est brusquement produit (*Figaro*). — Si les *Ambulances urbaines* existaient à Paris réellement et étaient pourvues d'*avertisseurs d'accidents*, pareils ennuis ne se produiraient pas. Rappelons qu'il existe des Ambulances urbaines spéciales pour femmes enceintes à Chicago et à Moscou. M. B.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MAHEUT, ancien médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 30 septembre, à l'âge de 83 ans. — M. le Dr BAUER (de Marseille).—M. le Dr CALVET (de Castres).—M. le Dr Victor CHAPUIT, ancien médecin principal (de Grenoble). — M. le Dr LELOT (de Tours). — M. le Dr BRÉMOND (de Saint-Flour). — M. le Dr MORIN (d'Alger). — M. le Dr Ch.-P. ALBERT, décédé le 2 octobre à Paris. Depuis trente-quatre ans, le Dr Albert exerçait la médecine dans le XIXe arrondissement ; il était le doyen des médecins de l'état civil de Paris et vice-président de la commission d'hygiène de son arrondissement. — M. le Dr Edmund DRESCHSEL, professeur de chimie physiologique à la Faculté de Médecine de Berne. — M. le Dr L. AUERBACH, professeur extraordinaire d'histologie à la Faculté de Médecine de Breslau. — M. le Pr Max BURCHARDT, privatdocent d'ophtalmologie à la Faculté de Médecine de Berlin. — M. le Dr Hjalmar HEIBERG, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Christiania. — M. le Dr Ralael BRANCHAT Y VIME-PRADAT, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Grenade.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL NECKER. — Service de M. le Pr Le Dentu. — Pendant les vacances, M. le Dr MAUCLAIRE, chef de clinique, fera à 9 h. 1/2 à l'amphithéâtre, le mardi, une leçon de pathologie externe ; le vendredi, une leçon de diagnostic chirurgical.

MATERNITÉ DE BEAUJON, 51, rue de Courcelles (service du Dr Ribemont-Dessaignes). — M. le Dr G. LEPAGE a commencé, le vendredi 3 septembre, à 4 heures du soir, des conférences de *Clinique obstétricale* ; il les continue les vendredis à la même heure.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*. — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

ANÉMIE, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale, *Biosine Le Perdriel*.

SAVON DENTIFRICE VIGIER, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

PHTISIE, *Bronchites chroniques*. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 42. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 16 OCTOBRE 1897.

Le Progrès Médical

ÉPIDÉMIOLOGIE

De la Psittacose au point de vue épidémiologique. — Relation de deux nouveaux cas observés à Saint-Denis (*suite*) (1) ;

Par le Dr L.-E. DUPUY, médecin de l'hôpital de Saint-Denis.

Nous avons pu, en somme, réunir 70 cas de psittacose constatés à Paris et dans la banlieue, depuis l'année 1892, chaque année ayant payé son contingent plus ou moins fortement à cette maladie dont la mortalité générale a été de 34,28 0/0. Aussi quelques auteurs (2) ont-ils pensé qu'épidémique à son origine, elle existe actuellement, en France, à l'état endémique ; le terme d'endémicité ne nous semble pas cependant devoir, dans l'espèce, s'appliquer à la psittacose et à sa persistance à Paris, où aucune cause locale n'est jamais intervenue pour entretenir un foyer épidémique de cette maladie. Les petites épidémies, dont nous avons fait l'énumération et qui figurent au tableau suivant, se sont formées suivant les hasards de la vente de perruches malades de provenances diverses et selon leur dissémination. Il y a donc apparence plutôt que réalité d'état endémique : c'est dans les ports d'arrivage, dans les marchés aux oiseaux, dans les oiselleries et surtout dans les ventes faites par les marchands ambulants qu'il faut rechercher les causes de ces petites épidémies successives.

TABLEAU RÉSUMANT L'HISTOIRE DE LA PSITTACOSE PENDANT LA PÉRIODE 1892 A 1897.

Années	Nombre des cas	Guérisons	Décès	Mortalité pour 100.
1892 . . .	49	33	16	32.64
1893 . . .	7	2	5	71.43
1894 . . .	2	2	»	»
1895-1896.	5	3	2	40
1896-1897.	7	6	1	14.20

Résumé : 70 cas avec une mortalité de 34,28 0/0 de 1892 à 1897.

De la maladie des perruches ayant occasionné la psittacose. — Les perruches importées en France sont sujettes à une maladie infectieuse qu'il importe de faire connaître avant de décrire la psittacose chez l'homme ; elle est fréquente et détruit chaque année un grand nombre d'oiseaux, ce qui nous porterait à admettre que la psittacose doit exister depuis longtemps et que, selon toutes probabilités, elle a passé inaperçue avant l'année 1892. C'est le caractère intensif de l'épidémie dont nous avons raconté l'histoire, d'après le consciencieux rapport de Dujardin-Beaumetz, qui a attiré sur elle l'attention du public médical. Les caractères de la maladie épidémique des perruches ont été déterminés par MM. Eberth et Wolff ; ils consistent en diminution de l'appétit, tristesse et langueur, diarrhée et convulsions. Ce sont ceux que nous avons constatés sur la perruche malade observée à Saint-Denis ; comme le font les oiseaux malades en général, celle-ci laissait tomber ses ailes, se tenait en boule avec les plumes hérissées, de plus, elle était languissante, somnolente, avait l'air triste et restait perchée absolument immobile. Outre une anorexie complète, une diarrhée continuelle et fétide, elle présenta un amaigrissement très rapide. Cette maladie qui dure, en général, de 8 à 20 jours, se termine le plus souvent par la mort. M. Nocard l'a provoquée expérimentalement en inoculant une culture de la bactérie de la psittacose sous la peau, dans les muscles, la trachée, le péritoine ou les veines d'une perruche saine ; il lui a même suffi, pour arriver au même résultat, de mélanger cette culture aux aliments, voire même de déposer dans la cage d'un oiseau adulte et bien portant les ailes desséchées de perruches mortes d'infection.

L'inoculation de la bactérie de Nocard tue plus ou moins rapidement, en un temps qui varie de 2 à 15 jours. L'autopsie des cadavres a révélé à M. Nocard une congestion accentuée et des hémorragies intenses dans le parenchyme de la plupart des viscères (foie, rate, reins) qui, de plus, étaient hypertrophiés ; l'examen bactériologique y a révélé, à l'état de pureté, la bactérie de Nocard.

MM. A. Gilbert et L. Fournier (*Ibid.*), qui ont repris les recherches de M. Nocard, ont fait les mêmes constatations ; ils ont trouvé en outre, une congestion très intense de la muqueuse intestinale et, ça et là, de petites exulcérations, lésions qui sont bien en rapport avec la diarrhée intense et fétide qui est le symptôme prédominant chez les perruches malades. Ces auteurs trouvèrent, à l'état pur, la bactérie de Nocard dans le sang du cœur, la pulpe de la rate, dans la moelle osseuse de l'humérus et du fémur, ainsi que dans l'intestin.

Du mode d'infection. — La transmission de la psittacose peut se faire de la perruche à l'homme ou de l'homme à l'homme. La transmission par la perruche se produit soit par le contact direct de l'oiseau, soit par les plumes ou le duvet de l'oiseau voltigeant dans l'atmosphère et s'introduisant dans les voies respiratoires de l'homme, soit enfin par des objets souillés par l'oiseau, tels que la cage, par exemple.

Le contact direct de l'oiseau semble avoir été la cause la plus fréquente, la gravité du mal étant en raison directe de la multiplicité et de l'intimité plus grande des contacts : c'est ainsi que la plupart des observateurs ont noté cette gravité chez les personnes qui ont nourri les oiseaux de bouche à bec.

Chez nos malades de Saint-Denis, nous avons signalé le duvet et les plumes qui, au moment de la mue des oiseaux, voltigeaient dans l'appartement et se déposaient sur tous les meubles et jusque sur la table de la salle à manger : l'introduction dans les voies respiratoires ou digestives du germe infectieux était donc fort possible par ce duvet, puisque, ainsi que nous l'avons fait remarquer, il a suffi à M. Nocard de déposer les ailes desséchées d'oiseaux malades au fond de la cage d'une perruche saine, pour provoquer chez elle l'infection. Du reste, dans notre Observation II, il est fort probable que

(1) *Progrès médical*, 9 octobre 1897.

(2) *Contribution à l'étude de la psittacose*, par Maurice Millienne, thèse de Paris, 1897, et *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, numéro du 18 avril 1897.

© BIU Santé

la transmission s'est produite ainsi, car M. F..., le mari, qui fut atteint deux jours après sa femme, n'avait soigné les oiseaux que l'avant-veille du jour où il présenta les premiers symptômes.

Les objets souillés par les perruches infectées peuvent évidemment par le contact transmettre la psittacose; mais ce mode de transmission est certainement beaucoup plus rare que les précédents. Plusieurs auteurs se sont basés, pour l'admettre, sur le cas de ce concierge (relaté par M. Dubief) qui tomba malade après avoir nettoyé la cage d'une perruche infectée : tel a été notamment l'avis de M. Descazals et de M. Millienne.

Nous ne le partageons pas sans réserve, car, en lisant attentivement l'observation de M. Dubief, on voit que « le concierge avait conservé quelque temps avec lui le cadavre de l'animal avant de le jeter ».

Le contact direct de ce cadavre peut, en effet, avoir joué un rôle dans la transmission, rôle peut-être même plus important que celui de la cage souillée.

En résumé, le contact direct avec les perruches infectées nous paraît particulièrement dangereux et on ne saurait trop réagir contre cette aberration d'esprit de la plupart des propriétaires de perruches, qui les nourrissent de bouche à bec, les embrassent, se font mordiller par elles dans les parages de la bouche! En général, l'homme doit s'abstenir de ces attouchements à la fois bestiaux, répugnants et dangereux. N'avons-nous pas eu l'occasion d'observer un rabique qui avait été contaminé simplement pour avoir eu les lèvres léchées par une petite chienne malade?

L'infection d'homme à homme est la plus rare; elle est cependant démontrée par plusieurs cas qu'ont relatés Dujardin-Beaumetz, Peter et M. Dubief; il s'agit de personnes qui, s'étant mises en contact avec des malades atteints de psittacose loin du lieu où se trouvaient les perruches et sans avoir avec celles-ci le moindre contact, ont néanmoins contracté la psittacose : c'est même en s'appuyant sur ces faits, que Dujardin-Beaumetz avait tout d'abord nié la spécificité de cette maladie. Il apparaît aussi bien nettement que les mauvaises conditions hygiéniques prédisposent à la transmission du mal : les cas les plus nombreux et les plus graves ont été observés chez les personnes habitant, en grand nombre, des logements trop petits, mal éclairés, et surtout imparfaitement aérés. L'encombrement dans des logements insalubres est d'ailleurs la grande cause prédisposante de toute maladie infectieuse : il prépare, rend plus facile et plus abondant l'ensemencement des microbes pathogènes, en débilitant les organismes et en les privant de leurs moyens de défense contre le mal envahissant. Chez nos malades de Saint-Denis, une marche forcée ayant occasionné un état de véritable surmenage, l'habitation d'un appartement propre, mais petit et encombré, peuvent être invoquées comme causes prédisposantes manifestes.

Symptomatologie. — Nous avons déjà répété que tout d'abord on avait nié l'existence de la psittacose en tant qu'entité morbide.

De prime abord, Dujardin-Beaumetz l'avait confondue avec une pneumonie infectieuse grippale, de nature particulière, extrêmement contagieuse, atteignant les propriétaires de perruches ; mais, depuis que M. Nocard a trouvé la bactérie de la psittacose chez les perruches et que MM. Gilbert et Fournier ont réussi à la retrouver dans le sang d'une femme infectée, la maladie des perruches a été universellement reconnue comme entité morbide ; les résultats des recherches bactériologiques sont venus confirmer d'une façon bien nette ceux de l'observation clinique faite dans les hôpitaux par Dujardin-Beaumetz, Peter, Rendu, A. Mathieu, Debove et A. Gilbert.

Les travaux de ces maîtres, les cas si nettement caractéristiques observés à Saint-Denis nous ont absolument convaincu qu'il ne saurait être question ici d'une simple pneumonie infectieuse pas plus que d'une fièvre typhoïde : la réaction de Widal a, du reste, formellement exclu cette dernière maladie, ainsi que nous le verrons plus loin.

La psittacose se traduit en effet par une série de *symptômes, toujours semblables, qui naissent dans des circonstances identiques, se déroulent suivant les mêmes lois, s'accompagnent de complications particulières.*

Les symptômes de début sont les suivants : abattement, prostration extrême, courbature, douleurs intenses dans la tête, les membres et surtout les membres inférieurs, pleurodynie, insomnie fatigante et prolongée, anorexie absolue, langue saburrale et couverte d'un enduit épais, constipation généralement opiniâtre qui peut persister jusqu'à la convalescence et être entrecoupée de diarrhée très fétide et abondante mais de courte durée, plus rarement accompagnée de nausées et de vomissements.

Chez quelques malades les premières manifestations de la psittacose se sont produites à l'endroit même où avaient eu lieu les contacts suspects. Chez une malade de M. Dubief, on constata au pourtour de la bouche une légère enflure qui disparut au moment même ou se manifestaient les symptômes graves : or elle avait l'habitude d'embrasser sa perruche à chaque instant et lui donnait à manger de bouche à bec. Dans les mêmes conditions une malade de M. Dujardin-Beaumetz présenta une stomatite diphtéroïde, et une troisième, observée par M. Rendu, eut la langue recouverte de boutons rouges et douloureux, ainsi qu'une angine avec endolorissement de la région sous-maxillaire.

A cette période initiale de la psittacose, existent souvent des râles bronchiques disséminés dans les deux poumons et une légère albuminurie. Parfois on observe une pneumonie initiale.

Dans les formes bénignes ou abortives, le mal en reste là et la guérison est complète au bout d'une huitaine de jours ; mais plus souvent, les symptômes s'exagèrent et la maladie entre dans sa période d'état.

La température monte alors à 39° et dépasse même 40° dans le rectum ; la courbe thermique ne présente aucune régularité et le plus souvent l'oscillation diurne se fait au rebours de celle de la fièvre typhoïde, le maximum étant matutinal. Le stade des grandes oscillations n'existe pas, mais il se produit dans cette courbe, à des intervalles irréguliers, des ascensions brusques coïncidant généralement avec une augmentation de l'état congestif du poumon. Cette particularité n'avait pas échappé à M. le professeur Peter et l'avait porté à confondre la psittacose avec le typhus récurrent (*relapsing fever*). Combien lointaine et vague est cependant la ressemblance entre ces deux maladies! Outre que les rechutes se font à des intervalles réguliers et que le malade reste apyrétique entre les accès, la fièvre à rechute débute brusquement par une fièvre intense sans présenter tout le cortège symptomatique qui entoure le début de la psittacose. D'autre part au point de vue de sa genèse, la fièvre à rechute est causée par le *Spirochoete* d'Obermeier dont M. Rendu a très nettement constaté

© BIU Santé

l'absence chez un de ses malades atteint de psittacose.

Dans la psittacose le pouls varie entre 70 et 120 pulsations ; il n'est pas toujours en rapport avec la température. Ainsi chez un des malades de Saint-Denis il était un jour à 96 alors que le thermomètre marquait 40°,2 : le lendemain nous comptions 100 pulsations alors que la température était tombée à 37°,8.

Pendant toute la durée de la maladie, la langue reste saburrale, recouverte d'un enduit blanchâtre très-épais ; elle peut cependant devenir sèche, fendillée, jaunâtre et rôtie à une période plus avancée de la maladie, ainsi que nous l'avons constaté dans notre Observation II. L'anorexie persiste fort longtemps ainsi que la constipation ; les dimensions du foie restent normales, celles de la rate sont généralement un peu augmentées. Nos deux malades de Saint-Denis ont présenté, ainsi que nous l'avons dit, une constipation opiniâtre et, par intervalles, une diarrhée abondante et excessivement fétide, mais de courte durée : le ventre n'étant douloureux ni à la pression, ni spontanément.

La céphalalgie du début se prolonge beaucoup au delà du terme observé dans la fièvre typhoïde ; elle affecte souvent un caractère d'intensité extrême au point d'arracher des cris aux malades et de leur occasionner une insomnie complète. A celle-ci succéda, dans l'Observation II, un délire, qui augmentait surtout la nuit et se compliquait d'accès impulsifs pendant lesquels le malade s'efforçait de quitter son lit pour s'échapper, si bien qu'une fois la surveillante arriva à peine à temps pour le retenir au moment où il gagnait le jardin par un froid rigoureux. Il s'agit là d'une *forme nerveuse* de la psittacose dont les principaux caractères ont été décrits dans la thèse de doctorat de M. Millienne. Ajoutons que nous avons la certitude que notre malade n'était nullement alcoolique. D'autre part, l'abattement et la prostration peuvent être tels que le patient reste plongé dans un demi-coma, affectant la position du décubitus dorsal, conservant une immobilité prolongée, prononçant dans une sorte de rêvasserie des propos sans suite rappelant ses occupations habituelles. Il est à remarquer que la malade de l'Observation I, qui est restée assez longtemps dans cet état de prostration et d'adynamie, sortait assez facilement de ce demi-coma pour répondre aux questions, pour peu que celles-ci lui fussent adressées d'une voix ferme et élevée : cette forme clinique de la psittacose correspond assez exactement aux formes ataxo-adynamiques de la fièvre typhoïde.

Les troubles pulmonaires jouent un rôle important dans l'histoire de la maladie des perruches : ils consistent principalement en une congestion pulmonaire se traduisant par des symptômes très particuliers : râles ronflants, dus à l'hypérémie bronchique, apparaissant dans toute l'étendue des deux organes, puis râles devenant plus fins dans certaines régions de l'appareil pulmonaire, dans l'aisselle ou sous les clavicules par exemple, indiquant ainsi une invasion du parenchyme par la congestion. Au bout de quelques jours, ces symptômes de congestion s'amendent, mais ne tardent pas à réapparaitre dans un autre coin du poumon ; une toux quinteuse, fatigante, coïncide avec ces poussées congestives qui, par leur mobilité, leurs tendances aux récidives, nous semblent véritablement caractéristiques de la psittacose. Nous n'avons pas, en effet, constaté ces caractères dans les congestions pulmonaires grippales avec lesquelles on a primitivement confondu la psittacose qui, elle, ne présente jamais de phlegmasie des voies lacrymales, ni d'inflammation des conjonctives, des fosses nasales et du pharynx.

De plus l'expectoration, qui est nulle pour la psittacose dans la grande majorité des cas, est muqueuse dans la grippe et devient rapidement purulente.

A ces troubles pulmonaires peut se joindre la pneumonie, soit au début, soit dans la période finale : prise d'abord pour la maladie elle-même, la pneumonie n'est qu'une complication de la psittacose, complication qui n'est même pas constante et manque dans les formes bénignes de la maladie. La pneumonie de la psittacose est loin diavoir une forme franche, elle affecte plutôt tous les caractères d'une infection secondaire insidieuse. Elle débute brusquement, sans être, le plus souvent, annoncée par le point de côté et le frisson prolongé classiques ; l'expectoration elle-même n'est pas toujours caractéristique. Par contre, les signes stéthoscopiques sont au complet, la température s'élève, la dyspnée devient intense, signes souvent précurseurs d'une mort prochaine.

Dans deux cas, M. Descazals a noté, comme complication pulmonaire, la pleurésie.

Chez la malade de notre observation I, la convalescence a été longtemps retardée par une phlébite du membre inférieur.

Les urines dans la psittacose, deviennent légèrement albumineuses ; leur quantité diminue, variant de 600 à 800 grammes en 24 heures.

Nous avons vu le chiffre de l'urée descendre à 12 grammes ; chez un de nos malades l'augmentation de la quantité d'urine revenue à 1.200 grammes et la proportion d'urée ramenée à 30 grammes fut un signe précoce de la convalescence alors que des symptômes assez graves persistaient encore (1).

Bactériologie. — La bactérie de la psittacose a été découverte et étudiée avec une rare compétence par M. Nocard dont elle porte le nom : MM. Gilbert et L. Fournier ont confirmé les faits avancés par le savant professeur de l'Ecole d'Alfort. Ils ont en effet retrouvé la bactérie de Nocard dans le sang du cœur, la pulpe de la rate, l'insestin et la moelle osseuse d'un perroquet qui avait présenté une diarrhée abondante et avait succombé en même temps que plusieurs autres chez un oiseleur. Le sang du cœur de cet oiseau, celui des pulpes splénique ou hépatique et le contenu intestinal, ensemencés sur divers milieux, donnèrent également des cultures pures de la bactérie de Nocard.

Enfin, après plusieurs explorations négatives faites avec les produits de l'expectoration, le sang recueilli par piqûres à la pulpe du doigt ou dans une veine de l'avant-bras, le liquide séreux d'un épanchement pleural, MM. Gilbert et L. Fournier réussirent à isoler, dans le sang du cœur provenant d'une femme morte de la psittacose, une bactérie absolument identique, par ses caractères et ses effets, à celle de M. Nocard. De nombreuses recherches leur firent admettre que ce bacille était spécial à la psittacose ; que, s'il se rapproche du Coli et de l'Eberth, il s'en distingue nettement par les apparences de ses cultures sur gélatine ou sur pomme de terre et plus encore peut-être par son extrême virulence sur certains animaux (perruches, souris, lapins). Etendant le champ de leurs recherches, ces deux bactériologistes recoururent à la réaction de Widal et découvrirent que le sérum typhique agglutinait de façon

(1) Nos analyses d'urine ont été faites avec le plus grand soin par M. Favières, pharmacien en chef de l'hôpital de Saint-Denis.

© BIU Santé

différente le bacille de la fièvre typhoïde et celui de la psittacose. A dix gouttes d'une culture dans le bouillon, de la bactérie de la psittacose, ils ajoutèrent une goutte de sérum de typhique et virent alors se produire de petits agglomérats peu accentués et le microbe de Nocard conserver sa mobilité au milieu de ces agglomérats. Très rapide et accentuée est, au contraire, l'agglutination quand c'est du sérum de typhique que l'on ajoute à une culture de bacilles d'Eberth.

D'ailleurs, MM Widal et Sicard ont montré que si l'on ajoute du sérum de typhique à un tube que l'on vient d'ensemencer avec la bactérie de la psittacose, la culture présente son aspect accoutumé et le bouillon se trouble dans sa totalité, tandis qu'il est clair et qu'il existe des précipités au fond du tube s'il s'agit du bacille d'Eberth.

MM. Gilbert et Fournier ont, à leur tour, recherché si le sérum de malades atteints de psittacose présentait la réaction agglutinative, vis-à-vis de la bactérie de Nocard : la réaction ne s'est produite ni avec la bactérie du perroquet, ni avec celle qui avait été trouvée par eux chez l'homme. On leur a objecté que leurs malades n'étaient qu'au quatrième et au cinquième jour de la maladie ; or des recherches ont pu être faites par M. Weinberg à l'hôpital de Saint-Denis sur nos deux malades, alors qu'ils étaient aux 35e, 43e et 45e jour de la maladie avec un échantillon de bactérie de Nocard que lui avait obligeamment prêté son maître M. Achard : même dans ces conditions le résultat a été absolument négatif ; MM. Achard et Bensaude (1), de leur côté, sont arrivés à formuler les mêmes conclusions. La réaction de Widal vient donc confirmer l'observation clinique et constitue un élément de diagnostic précieux qui pourra, dans certains cas douteux, permettre d'écarter l'hypothèse d'une fièvre typhoïde.

M. Blanquinque (2), dans une récente communication à l'Académie de Médecine, a démontré que, grâce à ce procédé, il lui fut possible de diagnostiquer formellement la fièvre typhoïde dans deux cas rendus très difficiles à la fois par l'obscurité de la symptomatologie et par la présence d'oiseaux malades au domicile même des typhiques. Les résultats de la réaction de Widal furent confirmés par l'examen des oiseaux morts fait à Alfort par M. Nocard lui-même, qui ne trouva sa bactérie dans aucun des cadavres incriminés.

Somme toute, la bactériologie et l'observation clinique s'unissent pour démontrer que la psittacose est bien une entité morbide, causée par un microbe spécial, et que ses caractères propres différencient nettement de la pneumonie, qui la complique souvent, de la fièvre typhoïde et de la fièvre à rechutes.

Gravité de la psittacose et mesures prophylactiques à prendre. — En 5 ans, nous avons pu retrouver à Paris et dans la banlieue 70 cas de psittacose ayant causé 24 décès, soit une mortalité de 34.28 pour 100. Ces chiffres s'éloignent sensiblement de ceux de M. Millienne qui, dans une thèse récente (3), parue presque au moment où nous écrivons ces lignes, ne compte que 59 cas avec 22 décès, soit une mortalité de 37.28 0/0. Nous avons recherché la cause de cette divergence de chiffres qui tient surtout à ce que pour 1892 M. Millienne n'a compté que 24 cas, alors que M. Dujardin-Beaumetz en compte 49 et que M. Debove dans son rapport à l'Académie de Médecine (1) a écrit textuellement : « L'importante épidémie qui, en 1892, frappa plus d'une cinquantaine de personnes. »

Il s'est, de plus, glissé une erreur de calcul dans l'addition des cas faite par Millienne ; nous pouvons donc admettre que son chiffre de 37,28 0/0 exagère la mortalité générale de la psittacose et que celui de 34.28 répond davantage à la réalité des faits. Ce chiffre, du reste, est déjà bien élevé, et nous pensons qu'il y a lieu de se préoccuper de la gravité et de la persistance de cette maladie à se maintenir dans Paris et ses environs immédiats.

Nous le pensons d'autant plus qu'il est fort probable qu'un certain nombre de cas ont été méconnus ou n'ont pas été publiés ; en effet, tous nos malades atteints de psittacose proviennent des hôpitaux ou ont été signalés par le service des épidémies, et il n'est guère admissible que les praticiens n'aient pas été appelés à en traiter un seul à domicile dans l'espace de cinq années. Les travaux récents sur la question et la grande publicité que lui a donnée le rapport de M. Debove lu à la tribune de l'Académie de Médecine, auront sans doute pour résultat d'attirer l'attention du corps médical sur cette question, d'empêcher les cas nouveaux, qui pourraient se produire désormais, de passer inaperçus.

Dès l'apparition de la psittacose, Dujardin-Beaumetz a senti la nécessité de prendre contre elle des mesures prophylactiques ; dans son rapport de 1892, il demandait au Préfet de police « de faire prendre les mesures les plus rigoureuses pour que l'isolement et la désinfection soient sévèrement appliqués dans tous les cas de cette nature qui seraient signalés à l'Administration » ; du second rapport, présenté en 1893, découlent les conclusions suivantes :

1° Prévenir les marchands d'oiseaux des dangers que fait courir, tant à eux-mêmes qu'au public, le contact des perruches malades, et les avertir de la responsabilité qui leur incombe du seul fait de la vente des oiseaux suspects ;

2° Appeler l'attention du public sur les deux points suivants : A. Danger d'acheter des perroquets ou des perruches à des marchands ambulants ; B. Ne jamais donner à manger à ces oiseaux avec la bouche.

3° Inviter les médecins qui auraient observé des faits de transmission de la maladie infectieuse de la perruche à l'homme, à les communiquer, dans le plus bref délai, au Bureau des Epidémies et des Epizooties à la Préfecture de police.

De son côté et dans une partie-annexe du même rapport, M. Dubief insistait surtout sur le danger de la vente faite par les marchands ambulants qui débarrassent les grandes oiselleries de leurs perruches malades ou susceptibles de le devenir à brève échéance et demandait l'interdiction la plus absolue de ce genre de vente qui dégage complètement la responsabilité du vendeur puisqu'il n'a pas grande peine à rester inconnu de l'acheteur. Dans la séance du 20 octobre de l'Académie de Médecine, M. le Pr Debove demandait, à peu de chose près, l'adoption des mêmes mesures prophylactiques. C'est l'*exécution* de ces mesures qui nous

(1) Achard et R. Bensaude.— *Injections paratyhoïdes. Société médicale des Hôpitaux*, 27 novembre 1896. — Sur l'agglutination des divers échantillons du bacille d'Eberth et des bacilles paratyphiques, par MM. M. Achard et R. Bensaude (*Presse médicale*, 25 novembre 1896). — Widal et Sicard. Différenciation du bacille typhique et du bacille de la psittacose par la réaction agglutinative (*Presse médicale*, 2 décembre 1896). — MM. A. Gilbert et L. Fournier. *Etude sur la psittacose* (*Presse médicale*, 16 janvier 1897).

(2) *Académie de Médecine*, février 1897.

(3) *Loc. cit.*, p. 57.

(1) *Loc. cit.*, p. 429.

© BIU Santé

semble surtout difficile à réaliser : comment, en effet, constater la présence de perruches malades dans une oisellerie et en interdire la vente à des marchands ambulants, puisque ce genre d'établissement, n'étant pas classé, échappe à la surveillance de la Préfecture de Police ? Si l'on ne classe ce genre de commerce, toutes les mesures prophylactiques me paraissent bien difficilement exécutables et, de fait, il ne semble pas qu'elles aient été appliquées avec une utilité quelconque depuis 1892.

La question de la prophylaxie de la psittacose implique donc le classement (troisième classe) des oiselleries, mesure qui aurait pour résultat de les placer sous la surveillance immédiate, efficace et non platonique (comme elle paraît l'avoir été jusqu'aujourd'hui) de la Préfecture de Police. Voyons si cette mesure serait utile et, dans l'espèce, facilement applicable. Et d'abord le classement a été imposé à des commerces ayant une certaine analogie avec les oiselleries au point de vue de l'hygiène publique et de leur incommodité pour le voisinage ; tels sont les établissements pour l'engraissement des volailles dans les villes, placés dans la troisième classe, parce qu'ils présentent les inconvénients suivants : mauvaises odeurs causées par les déjections des oiseaux, le dépôt de matières fermentescibles destinées à leur alimentation, l'écoulement d'eaux altérées, les cris des animaux. Or, nous trouvons dans les oiselleries ces mêmes incommodités : celles-ci renferment presque toujours des singes, des chats, des petits chiens en cage, ainsi que des pigeons et des poules pondeuses, animaux répandant une mauvaise odeur s'il en fut, odeur *sui generis* qui indique de loin le voisinage des oiselleries. Les cris de ces animaux, où domine la voix aiguë, rauque ou stridente des perroquets, l'emportent certainement au point de vue de l'incommodité sur ceux de la volaille, surtout lorsque viennent s'y mêler en plus les aboiements des petits chiens et les miaulemets des chats. Beaucoup d'oiselleries ont une installation absolument défectueuse au point de vue de l'hygiène ; rien n'y est prévu pour l'aération, l'écoulement des eaux sales à l'égout, l'adduction d'eau de lavage en quantité suffisante.

C'est le ruisseau de la rue qui est le déversoir ordinaire des déjections, des liquides pollués. La surveillance s'impose, en conséquence, pour ce genre d'établissements ; son classement aurait pour résultat l'adoption immédiate de mesures hygiéniques relatives à l'aération des magasins, la propreté et l'évacuation des matières fermentescibles et mal odorantes. Tout le monde trouverait avantage au classement : les voisins qui ne seraient plus incommodés, l'oiselier qui verrait diminuer ou même disparaître les épidémies décimant trop souvent ses pensionnaires. Grâce à lui seulement pourraient devenir efficaces les moyens de défense contre la psittacose qui s'installe sournoisement à demeure dans la capitale et y cause presque chaque année quelque victime, lorsqu'elle ne sévit pas, comme en 1892, sous forme d'une épidémie meurtrière : aussi avons-nous cru devoir proposer cette mesure à la Commission d'Hygiène et de Salubrité de l'arrondissement de Saint-Denis qui a bien voulu l'accueillir favorablement.

Épée d'honneur au Dr Bourdon. — Le Ministre de la Guerre a autorisé M. le Dr Bourdon à accepter des habitants de Molène une épée d'honneur en souvenir de services rendus par lui pendant une épidémie de choléra.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Responsabilités chirurgicales.

Notre confrère, M. le Dr Laporte, est en liberté. C'est déjà un résultat ; et c'est aussi une preuve que si la Presse a de mauvais côtés, elle en a de très bons. Elle est, en effet, parfaitement capable d'adorer sincèrement ce qu'elle a brûlé par ignorance. Nous n'imiterons donc pas nos confrères et nos collègues de la Presse médicale qui crient, sans merci, haro sur le baudet. Nous serons plus indulgents pour ceux dont la profession est d'abord d'écrire et ensuite de se renseigner ! Il est d'ailleurs probable qu'il n'en serait plus ainsi si certains directeurs de journaux politiques étaient d'abord de vrais hommes d'affaires, au lieu d'être de piètres littérateurs ! Mais passons et revenons à notre domaine.

Nous sommes de ceux qui pensent qu'il est parfois bon de crier, mais qu'il est encore préférable d'*agir*, vite et bien. Ce caractère n'est pas à la mode, évidemment, et il compromet souvent son homme ; mais, à force de brûler les planches, on finit par ne plus se souvenir qu'elles peuvent prendre feu et par les arpenter quand même, grâce à la vitesse acquise, sans songer au péril. Efforçons-nous donc d'aller plus loin encore dans la voie où l'on s'est engagé en faveur du Dr Laporte et plaidons carrément, non plus la cause de la liberté... provisoire, aujourd'hui gagnée, mais les circonstances atténuantes devant le Tribunal qui, nous n'en doutons pas, voudra au moins être aussi humain que le juge d'instruction.

Si M. le Dr Laporte a commis une bévue, une imprudence, voire même une sottise (ce que nous ignorons, car les experts ne nous ont rien raconté), il est assez puni professionnellement par le bruit fait autour de son affaire. C'est un homme fini comme médecin à Paris, indiscutablement. Peut-être pourra-t-il redevenir médecin praticien, à supposer qu'il soit acquitté ! Mais, pour pouvoir oser encore tenter un accouchement difficile, il faudra qu'il aille au moins habiter, sinon sur le Mont Blanc, du moins sur le Plateau central ou les plus hauts sommets des montagnes d'Arez ! Quoi qu'on fasse, c'est donc un homme à la mer, si l'on n'arrive pas à obtenir son acquittement pur et simple. Et encore ! Avouons que c'est là une terrible correction ! Pour moi, je ne comprends pas très bien la nécessité d'en arriver là au point de vue social ; mais, évidemment, sur ce terrain, je suis incompétent.

Ce qui, à mon sens, est plus grave, c'est la conclusion que les médecins tirent — et cela avec raison — de ce triste événement. D'abord, ils se demandent avec anxiété à quoi ils seraient exposés si les médecins légistes n'étaient que de purs fonctionnaires ; et leur respect et leur confiance en ces excellents confrères, sous la pression de ces malheurs, tend trop à diminuer. C'est là un courant que le Tribunal a le devoir d'arrêter, en se montrant à la hauteur de sa mission sociale, qui est au moins autant de prévenir le mal que de le châtier.

D'autre part, si on doit être poursuivi, — je ne dis même pas coffré, — parce qu'au cours d'une intervention chirurgicale un malheur vous est arrivé, oh !

© BIU Santé

alors, c'est bien pis. Il ne faudra plus se plaindre si, pour faire une laparotomie, un chirurgien vous demande 10.000 francs ! Et vous appelez cela de la décentralisation ? Et vous appelez cela des idées démocratiques ! Parmi les malades à opérer, il n'y aura plus que deux classes : les colossalement riches, qui pourront se payer un chirurgien comme une mine d'or ; et les *pauvres*, les *seuls* pauvres (car l'hôpital ne doit pas être fait pour les *bourgeois*), auxquels l'Assistance publique devra assurer l'acte chirurgical, comme le pain et le sel ! — Non, ce n'est pas ainsi qu'il faut comprendre l'exercice de la chirurgie.

Qu'on exige de ceux qui prennent le bistouri des connaissances spéciales ; qu'on leur fasse passer des examens sérieux (et non pas des concours : ce qui n'est pas la même chose) ; qu'on les oblige à faire un stage dans le service des Maîtres chirurgiens de Paris ou de Province, soit. Cela ne sera que prudence et garantie pour le public, et surtout ne sera vexatoire pour personne. Mais, grands dieux ! ne punissez pas un homme qui, au cours d'une hystérectomie vaginale pour salpingite, a eu une hémorragie utérine et a perdu son opérée sur la table d'opérations, sous prétexte qu'il connaissait l'existence de l'artère utérine et qu'il ne l'a pas liée ou pincée au moment indiqué par la théorie, cet homme fût-il un simple médecin de campagne ; car en somme, il a aujourd'hui le *droit strict* de faire une gastrectomie totale au même titre que le professeur de clinique chirurgicale de l'Université de... Vienne ! X...

Conférence de la Lèpre.

BERLIN (11-16 octobre 1897).

La conférence de la lèpre, qui s'est ouverte lundi dernier à Berlin, a été très brillante et l'*Agence de la Presse scientifique* nous informe que plus de cent quarante congressistes assistaient à cette réunion, à laquelle se sont fait représenter de nombreux gouvernements étrangers.

Le lundi 11 octobre, à 9 h. 1/2 du soir, charmante réception chez M. le Pr Lassar, le célèbre dermatologiste, l'ancien secrétaire général du Congrès international de Médecine de Berlin. Le lendemain, mardi, à 2 heures du soir, séance d'ouverture en grande pompe dans le Palais de l'Office sanitaire de l'Empire (*Gesundheit's Amt*). On y remarquait M. le Ministre de l'Intérieur, comte Posadowski et le Ministre de l'Instruction publique de Prusse, M. Bosse. M. le Pr Virchow a été élu président. Les vice-présidents sont : MM. Hansen (de Bergen), Lassar (de Berlin, Besnier (de Paris). Le secrétaire général est notre ami, M. Ehlers (de Copenhague), privat-docent. Discours de MM. Lassar, Virchow, Besnier, Neumann (de Vienne), Ehlers, Petersen (de Saint-Pétersbourg), Hansen, Neisser (de Breslau), Abraham (de Londres), etc.

ASILES DES ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie* vacantes au 1er janvier 1898, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine. Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif. — Le lundi 8 novembre 1897, à une heure précise, il sera ouvert à l'Asile clinique, rue Cabanis, nº 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1898 dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 11 au samedi 23 octobre 1897 inclusivement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONFÉRENCE POUR L'ÉTUDE DE LA LÈPRE.

(Berlin, 11-16 Octobre 1897).

Les Lépreux à Paris.

M. le Dr HALLOPEAU. — On n'observe pas jusqu'ici, à Paris, de lèpre autochtone : néanmoins le nombre des lépreux immigrants y augmente dans des proportions qui doivent éveiller l'attention. Dans le courant de l'année, le chiffre de leurs admissions à l'hôpital Saint-Louis a plus que quintuplé par rapport aux années précédentes ; presque tous ces lépreux viennent de nos colonies ; quelques-uns ont été contaminés aux environs de Nice ou en Bretagne ; on signale aussi un cas en Normandie. C'est à tort que Zambaco-pacha veut adjoindre à nos lépreux les sujets atteints de sclérodermie et surtout de morphée ; cette maladie diffère essentiellement de la lèpre par l'induration ligneuse et la conservation de la sensibilité au niveau des plaques achromiques ; on n'observe pas la forme *esthésique* et *achromique* admise récemment par Zambaco.

L'invasion de Paris par un nombre rapidement croissant de lépreux et l'absence complète de mesures de défense doivent faire craindre qu'il ne s'y développe tôt ou tard des foyers autochtones ; peut-être en existe-t-il déjà, car, en raison de la longue latence de la maladie, on ne peut souvent en reconnaître l'existence que plusieurs années après son éclosion. L'histoire démontre que l'on ne peut attribuer, ni à notre race, ni à notre climat, une immunité à l'égard de la lèpre. Aucun de nos malades n'étant isolé, le défaut de transmission dans nos salles d'hôpital prouve que la lèpre ne peut se transmettre par le milieu ambiant, alors même qu'il est infecté, comme dans nos salles de Saint-Louis, par les bacilles émanés, soit des altérations ulcéreuses du tégument externe, soit des cavités nasales (Jeanselme).

La transmission de la maladie, dans les léproseries des pays chauds, aux infirmiers et religieuses chargés du soin des malades, peut s'expliquer, soit par une installation défectueuse des buanderies, soit par la piqûre d'insectes jouant le rôle de vecteurs. La lèpre se présente à Paris avec les mêmes caractères que dans les pays à lèpre ; elle s'y termine le plus souvent d'une manière fatale ; on observe cependant parfois, surtout en ville (Besnier), soit des améliorations qui équivalent à la guérison, soit des cas frustes.

La constatation de ces derniers a fait naître l'idée que la lèpre aurait tendance à s'atténuer sous l'influence du climat parisien ; elle n'est pas d'accord avec ce que nous observons à Saint-Louis et nous n'avons pas de données statistiques suffisantes pour établir que, chez les malades de la ville, ces cas frustes s'observent plus souvent à Paris que dans les pays à lèpre ; elle nous paraît, *a priori*, peu vraisemblable, car la France a été, pendant des siècles, un pays à lèpre ; elle n'est pas sans danger, car elle contribue efficacement à l'invasion de notre ville par les malades exotiques, au péril de notre santé publique.

La marche naturelle de la lèpre par poussées revenant à des intervalles très irréguliers et suivies de périodes de régression rend très difficile l'appréciation des moyens thérapeutiques qu'on lui oppose ; le médicament efficace serait celui qui accentuerait le mouvement normal de régression et empêcherait la production de nouvelles poussées ; il n'est pas démontré que, ni l'huile de chaulmoogra, ni le baume de gurjum, ni le hoangnan, ni le sérum de Carrasquilla, auxquels nous avons eu recours à Paris, satisfassent à ce desideratum, car ils sont impuissants dans la plupart des cas ; on n'est pas cependant en droit de leur refuser toute action, car chacun d'eux possède à son actif des cas favorables et l'on ne connaît pas assez bien la marche naturelle de la maladie pour savoir si, abandonnée à elle-même, elle présenterait les mêmes rémissions. La prophylaxie est encore, de beaucoup, le meilleur moyen de défense contre cette maladie.

Il est à craindre que Paris ne redevienne de nouveau un pays à lèpre. En cas de danger imminent, il y aurait lieu d'interdire l'entrée en France de tout lépreux par navire, car l'invasion se produit jusqu'ici exclusivement par nos ports. Dès à

© BIU Santé

présent, nous demandons, pour les malades de la ville, la déclaration obligatoire, et, comme conséquence, la désinfection des lieux habités par des lépreux, ainsi que de leur linge.

L'isolement, impraticable pour les malades de la ville, peut et doit être fait dans les hôpitaux, d'une manière relative pour les malades payants, absolue pour ceux des salles communes; pour les premiers, il faut des salles spéciales avec interdiction du séjour en commun avec les autres malades et l'obligation de faire passer le linge à l'étuve; pour les seconds la création de services spéciaux. Dans ces services, il y aurait lieu de pratiquer, à l'égard des autres lépreux, un isolement relatif des sujets atteints de graves lésions ulcéreuses, dans la crainte que leur agglomération ne devint, par elle-même, un foyer d'infection; il y a là encore une explication de la contamination des serviteurs dans les hôpitaux spéciaux des pays à lèpre, alors qu'ils sont restés jusqu'ici indemnes à l'hôpital Saint-Louis où, avant ces derniers mois, il n'y avait jamais eu que des cas isolés. La gravité de la maladie, sa puissance de propagation, les cas incontestables de contagion, le défaut d'immunité de la race française et les tristes enseignements de l'histoire sont autant de raisons qui autorisent un cri d'alarme et justifient la mise en œuvre, comme *minimum*, des mesures purement préventives qui viennent d'être énumérées.

La lèpre et son traitement par la sérothérapie.

M. le Dr Olaya Laverde (de Bucaramanga, Colombie). — L'auteur déclare avoir entrepris ses travaux sur la sérothérapie de la lèpre, après avoir eu connaissance de la première communication du Dr Carrasquilla. Le procédé employé par lui est différent de celui du médecin de Bogota, en ce sens qu'il prépare ses animaux en leur injectant sous la peau du suc de lépromes fraîchement extirpés à des malades en pleine efflorescence de la maladie (Voir *Progrès médical, Acad. de Méd.*, numéro précédent). [A. P. S.].

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 octobre 1897. — Présidence de M. Bouchard.

M. Féré présente à la Société des *appareils destinés à l'exploration du sens des couleurs*. Les boites d'échantillons de M. Féré sont construites par M. Aubry et donnent une grande exactitude au point de vue de la notation du sens des couleurs chez un individu quelconque et même de l'éducation de ce sens.

M. Roger dépose une note de M. Vanderhem (de Louvain) sur le *pouvoir agglutinant de sérum de cheval vacciné contre la fièvre typhoïde*. Ce pouvoir, dans un cas spécial, s'est montré très actif.

M. Roger a recherché à *quel endroit du réseau capillaire sanguin* se faisait l'arrêt des microbes infectieux ayant pénétré dans le sang, et, par suite, la pénétration générale dans l'organisme. En inoculant les microbes dans différents vaisseaux, aorte ou veine porte par exemple, on a constaté que les veines périphériques et celles du système porte offrent une différence considérable; la dose mortelle par la veine porte est 64 fois plus considérable que par les veines périphériques. L'agent microbien employé était le charbon, par infection par le microbe vivant.

M. Bouchard. — Tous ces faits sont extrêmement intéressants, mais il faudrait savoir comment les bactéridies se détruisent dans le foie.

M. Chauveau se demande s'il ne s'agit pas d'un phénomène de filtration par le foie et par suite d'accoutumance de l'organisme; il rappelle à ce propos que l'inoculation intra-veineuse de charbon dans certaines espèces de moutons est vaccinante, même avec de très faibles doses de microbes infectants.

M. Thiroloix, en ponctionnant les veines et les cavités pleurales d'un jeune homme *atteint de rhumatisme articulaire aigu*, a trouvé un bacille anaérobie, cultivable sur lait et pomme de terre, qui donne en injections intra-musculaires au cobaye un œdème séro-sanguinolent. Cette sérosité de l'œdème agit sur le cœur d'autres cobayes ou du lapin comme un poison paralytique du cœur et l'on trouve une endocardite plus ou moins étendue des valvules du cœur droit. Le microbe se retrouve dans les exsudats. M. Achalme a décrit, ajoute l'auteur, un bacille à peu près identique.

M. Bouchard a rencontré une seule fois, par culture, un bacille dans les articulations; et il est très sceptique à cet égard. Ce qu'il a surtout rencontré dans les arthrites subaiguës, c'est du streptocoque d'infection secondaire.

M. Recami (de Genève) adresse une note sur la *nature des glandes parathyroïdiennes*. Greffes dans le tissu cellulaire de ces glandules.

M. Pilliet a étudié l'*action du bleu de méthylène sur les infusoires et leurs portions motrices*. En déposant, au centre d'un cristallisoir rempli d'un liquide d'infusion, quelques parcelles de bleu de méthylène en poudre, on peut prendre à la périphérie de la tache colorée qui s'étend petit à petit, des infusoires ayant fixé le bleu avec plus ou moins d'intensité. On observe ainsi que le pédicule contractile des vorticelles se colore très vivement par le bleu, malgré sa gaine, et sans que cette coloration paraisse gêner sa fonction physiologique. Les cils vibratiles ordinaires se colorent plus ou moins bien, et les soies rigides des infusoires ne se colorent pas. Ainsi, des organes de motilité qui paraissent identiques, présentent une composition moléculaire différente, puisqu'ils fixent inégalement le même colorant mis à leur contact.

M. de Grandmaison rapporte une observation d'*adénophlegmon du ganglion épitrochléen*, survenu sans effraction, à la suite d'un traumatisme. Le pus contenait du staphylocoque en abondance.

M. Quainton présente une note sur l'*eau de mer employée en injections sous-cutanées*, comme devant remplacer tous les sérums artificiels. L'histoire naturelle nous montre que l'eau de mer peut être considérée comme le liquide vital par excellence. Partant de ce principe, l'auteur a constaté d'abord la très grande tolérance du vertébré à sang chaud pour les injections d'eau de mer, et ensuite les effets thérapeutiques de ces mêmes injections sur l'animal saigné à blanc. Ces effets sont manifestes, et la survie est plus considérable dans ces cas que dans les cas d'injections de sérum artificiel.

M. Lapicque dépose un livre, résumé de ses dernières publications sur *le sang et ses pigments*.

Erratum. — Dans le dernier compte rendu, à propos de la *non absorption du curare par la cornée*, lire M. Mermet, au lieu de M. Berger. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 octobre 1897. — Présidence de M. Caventou.

Etiologie de la cirrhose.

M. Vallin, contrairement à l'opinion de M. Lancereaux, croit au rôle prépondérant de l'alcool dans l'étiologie de la cirrhose. Les excès de vin signalés par M. Lancereaux agissent surtout par l'alcool contenu dans le vin. M. Vallin discute en particulier le rôle du plâtrage des vins. Si le rôle nocif du plâtrage était démontré, la conséquence immédiate devrait être une modification complète de l'industrie vinicole. Et cette modification ne peut être exigée à la légère :

M. Lancereaux, dans sa réponse, insiste sur l'extrême rareté de la cirrhose, soit aux colonies où l'on boit peu de vin, soit en Bourgogne où le vin n'est pas plâtré. L'alcool détermine la dégénérescence graisseuse et non des lésions cirrhotiques du foie.

Deux cas de chirurgie cervicale.

M. Doyen présente une balle extraite de la deuxième vertèbre cervicale après utilisation, pour le diagnostic du siège exact, des rayons X.—M. Doyen signale l'application des rayons X dans le diagnostic des rétrécissements et des dilatations de l'œsophage. L'emploi de sondes en gomme pleines de mercure qu'on photographie en place dans l'œsophage, donne aux épreuves une grande netteté.

© BIU Santé

Les revaccinations.

M. Hervieux montre que pour avoir des statistiques comparables, il faut considérer comme revaccinés avec succès les sujets portant une éruption même non absolument typique au point d'inoculation. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 octobre 1897. — Présidence de M. Delens.

De l'occlusion intestinale.

M. Quénu. — La laparotomie paraît être l'intervention de choix dans l'occlusion intestinale. Or, il n'en est rien. L'anus contre nature peut rendre les plus grands services.

M. Kirmisson. — Certains cas d'occlusion intestinale peuvent constituer un véritable problème. Dans un cas, je fis l'anus contre nature et ce fait vient à l'appui de cette opinion que la laparotomie n'est nullement le traitement constant de l'occlusion intestinale.

M. Reclus se rappelle un malade atteint d'occlusion intestinale paralytique, auquel il ne fit qu'une petite boutonnière. Il est resté en bonne santé jusqu'à 87 ans.

M. Berger. — Un homme, de près de 40 ans, était sujet à de véritables crises d'occlusion à répétition. On lui fit une laparotomie. Anus contre nature et petite soupape de sûreté sur le cæcum. Le malade vit dans d'excellentes conditions. L'occlusion était-elle due à une bride avec coudure du transverse et du descendant? La déplétion par l'anus contre nature a suffi pour amener la guérison.

M. Segond pense que, dans nombre de cas d'occlusion, il faut surtout empêcher les malades de mourir, et par suite bien faire supporter le moindre traumatisme. L'occlusion intestinale post-opératoire, surtout après l'hystérectomie vaginale, difficile à distinguer de la septicémie, de la péritonite, et due à un véritable bouchon fécal, n'est pas justiciable de la laparotomie que le malade ne pourrait supporter. C'est à l'anus contre nature qu'il faut avoir recours. Il cite deux faits dans lesquels l'anus s'est fermé tout seul, après avoir sauvé la malade.

M. Nélaton. — Dans nombre de cas on trouve un abdomen distendu, dans lequel il est impossible de faire le diagnostic de la cause. Dans ce cas, la laparotomie est une opération néfaste. Comme l'a dit Segond, l'anus contre nature ne tue jamais. L'établissement d'un anus contre nature me paraît l'opération de choix dans les cas d'occlusion intestinale dont on ne connaît pas la cause. Ceci est la vieille pratique. Et on a eu de nombreux cas de guérison spontanée à la suite de l'anus contre nature. La laparotomie n'est la méthode de choix que dans les cas où on peut constater une bride. Or, on ne peut jamais la reconnaître à l'avance.

M. Kirmisson pense qu'il est possible de faire un diagnostic.

M. Michaux. — L'anus contre nature est le procédé de choix dans les cas chroniques. Si l'obstacle ne siège pas sur le gros intestin, il devient inutile. Enfin, il est d'autres cas aigus chez des individus jeunes, où la laparotomie peut seule rendre service.

M. Bazy n'insiste pas sur la facilité du diagnostic de la cause de l'occlusion. On peut cependant reconnaître le siège. La laparotomie est une opération dangereuse.

M. Routier. — Dans les cas d'occlusion aiguë, dans la plupart des cas on ne peut faire de diagnostic. La laparotomie permet de rechercher l'obstacle, et il faut être éclectique, réservant l'anus contre nature pour les vieillards et les moribonds.

M. Hartmann. — On dirait, à entendre les différents orateurs, que nous sommes tous d'avis de rejeter la laparotomie. Or, à mon sens, c'est la seule opération à choisir.

M. Chaput. — Dans les cas de torsions, d'étranglement, l'anus contre nature peut donner de bons résultats. La déplétion des valvules peut suffire pour les faire cesser. Dans les cas d'invagination, de brides, l'anus contre nature peut rendre de grands services. L'anus contre nature a toutes les vertus de la laparotomie et n'en a pas les inconvénients.

M. Quénu n'a pas voulu déshériter la laparotomie, et il croit que l'anus contre nature, à la période terminale de l'occlusion, est la seule ressource. Dans les cas moyens, il est partisan de la laparotomie, sauf dans les cas chroniques.

Séance du 14 octobre 1897.

Suite de la discussion sur l'occlusion intestinale.

M. Picqué rapporte plusieurs cas de sa pratique personnelle. Il présente, en particulier, un jeune homme de 18 ans, entré à l'hôpital Dubois en pleins accidents aigus d'occlusion intestinale. Plusieurs médecins avaient vu ce malade sans avoir pu préciser le diagnostic. En présence de cette incertitude du diagnostic, M. Piqué pratique d'emblée la laparotomie. Il trouve une bride fibreuse étranglant l'intestin sur la colonne lombaire. Cette bride enlevée, le cours des matières se rétablit immédiatement, et, vingt et un jours après l'intervention, le malade était complètement guéri. M. Picqué, s'appuyant sur sa pratique personnelle, insiste sur ce point qu'en cas d'occlusion intestinale, le chirurgien doit se garder de tenir une règle de conduite systématique. Il propose néanmoins les conclusions suivantes : 1° Si le diagnostic est impossible, laparotomie qui sera suivant les cas : exploratrice, curatrice, si la lésion le permet, ou même palliative par l'établissement consécutif d'un anus iliaque. 2° Si le diagnostic anatomique est certain, le chirurgien doit se comporter suivant les indications et faire soit l'anus iliaque, soit la laparotomie curative. Il est bien évident d'ailleurs que ces conclusions ne s'appliquent qu'aux cas d'occlusion aiguë et non aux cas d'occlusion datant de plusieurs jours dans lesquels le diagnostic anatomique est ordinairement impossible et l'état du malade trop affaibli pour supporter une laparotomie. M. B.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Présidence de M. Olivier Beauregard.

Séance du 7 octobre 1897.

M. G. de Mortillet présente une leçon qu'il a publiée sur *les boissons*, étudiées au point de vue de leurs origines. Le vin tient le premier rang, comme de juste. La vigne est indigène sur nos propres côtes méditerranéennes. Et elle (*la vigne à vin*) y était déjà, ainsi qu'en Italie, dès la première époque quaternaire. Il est assez probable que son aire géographique naturelle comprenait dès lors toutes les côtes méditerranéennes jusqu'au Caucase. En raison de son abondance et de sa grande productivité au Caucase, de Candolle a dû supposer que cette région était sa véritable patrie. Mais le fait certain pour le moment est que dès les premières dynasties, il y a six mille ans et plus, les Egyptiens la cultivaient et fabriquaient le vin en grand. Aussi des égyptologues, comme M. Beauregard, pensent-ils qu'elle était indigène aussi en Afrique. Nulle part on ne trouve des indications relatives à la culture de la vigne et à la fabrication du vin, plus anciennes que celles fournies par les monuments égyptiens. Cependant M. de Mortillet admet que c'est dans le midi de la France et en Italie qu'est la véritable patrie de cette plante, dont le rôle est déjà si considérable, dès les débuts de l'histoire.

M. Papillault expose l'une des vues essentielles de sa conférence déjà publiée (*Revue scientifique* du 25 sept. 1897) sur le *transformisme et son interprétation en craniologie*. Deux particularités fréquemment observées sur les crânes : la persistance de la suture métopique et la persistance de trous de chaque côté de la partie postérieure de la suture sagittale, ne sont pour lui nullement des signes de régression, bien qu'elles rappellent des phases morphologiques très anciennes et très inférieures.

M. Deniker offre un *récit de voyage au Thibet* par un Kalmouk. Ce récit a le mérite rare, et pour nous unique, d'être écrit en *langue kalmouque*. La traduction russe qui l'accompagne permet d'ailleurs d'y relever des observations bien faites sur des pays encore presque inconnus des Européens.

La Société d'Etudes philosophiques et sociales, fondée en 1881 par Mme Clémence Royer, n'a pas été abandonnée par sa fondatrice, dont l'âge n'a pas éteint l'étonnante activité d'esprit. Réorganisée récemment, elle recommencera une autre série de publications dont son nouveau président, M. A. Colas, présente le premier volume.

M. Sanson relate l'observation qu'il a faite d'une petite fille

© BIU Santé

dont *l'œil gauche était d'un bleu très foncé, alors que son œil droit était d'un bleu très clair.* Elle avait les cheveux très blonds et la peau délicate, marquée de taches de rousseur. Son père était brun, sa mère blonde. C'est donc de son père qu'elle tenait son œil brun, alors que pour le reste elle tenait de sa mère. Elle est un curieux exemple d'hérédité croisée. Des exemples semblables ont été signalés. M. Sanson en a relevé d'assez nombreux chez les animaux domestiques.

M. J. Regnault signale une ressemblance très grande entre la statue soigneusement faite du dieu Bès, à la langue pendante, que Mariette a rapportée du Sérapum de Memphis, avec un cas d'*idiotie myxœdémateuse* publié par Bourneville. Il conclut de cette ressemblance que les Egyptiens ont mis sur leurs autels l'image de véritables idiots, ceux-ci ayant toujours été l'objet d'un respect mêlé de crainte.

M. Olivier Beauregard, qui a publié un très curieux ouvrage sur la *Caricature en Egypte*, émet des doutes sur la validité d'une telle conclusion. Le dieu Bès était certainement d'origine étrangère. Il venait de Syrie ou de l'Inde. Son aspect grotesque prêtant à rire, on en a fait un dieu de la danse, du bonheur, de la joie, de dieu de la guerre qu'il était. Z.

REVUE DE CHIRURGIE

I. — Sur le dédoublement du maxillaire inférieur, dans l'extirpation des tumeurs malignes adhérentes à cet os ; par M. le Dr J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux. (*Gaz. hebdom.* du 4 juillet 1897).

I. — Sous ce titre, M. J.-L. Faure étudie un nouveau procédé opératoire des néoplasmes du maxillaire inférieur, procédé qui consiste à conserver une portion de l'arc maxillaire, destinée à solidariser les deux segments qui, malgré les appareils prothétiques les plus perfectionnés, restent toujours plus ou moins indépendants et rendent la mastication pénible.

Se basant sur la constitution anatomique du maxillaire inférieur, sur l'épaisseur et la solidité de ses deux tables de tissu compact, M. Faure est arrivé à cette conclusion, que cet os doit opposer une résistance sérieuse à l'envahissement des néoplasmes et qu'il faut un temps relativement long pour que les boyaux épithéliaux aient perforé cette couche éburnée et pénétré dans le tissu aréolaire central où ils peuvent se développer librement.

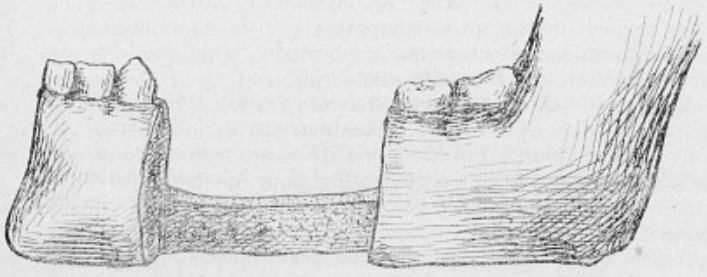


Fig. 17. — Portion du maxillaire enlevé dans l'Obs. I.

L'auteur présente deux observations à l'appui, montrant qu'il a pu obtenir ainsi des résultats très appréciables. La première concerne une femme de 75 ans, opérée une première fois d'un épithélioma de la lèvre inférieure et qui revient trois mois après avec un sarcome développé aux dépens de la table externe du maxillaire. M. Faure fit l'ablation du néoplasme, avec résection de la table externe et du bord alvéolaire, laissant une languette osseuse de cinq centimètres de long, sur un centimètre de haut et trois millimètres environ d'épaisseur, constituée par la partie la plus inférieure de la table interne de l'os. Il y eut guérison complète et le maxillaire fonctionne parfaitement.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme, âgé de 55 ans, qui présentait un épithélioma du plancher buccal, avec adhérence à la table interne du maxillaire inférieur. M. Faure fit encore l'extirpation complète de la tumeur, avec résection de l'arc maxillaire, dont il ne laissa qu'une languette d'un centimètre de hauteur sur deux ou trois millimètres d'épaisseur et constituée par la table externe de l'os.



Fig. 18. — Arc osseux résultant du dédoublement du maxillaire dans l'Obs. II.

Quatre mois après, il y eut guérison complète; les mouvements de la mâchoire sont normaux et l'alimentation se fait bien; seule la parole est un peu gênée.



Fig. 19. — Coupe du maxillaire (Obs. II). — La partie hachée représente l'os enlevé (bord alvéolaire tout entier et table interne).

Ce procédé, comme on voit, est d'une utilité incontestable, et pourra, dans des cas assez nombreux rendre des services importants; mais il ne faut, sans aucun prétexte, que dans cette idée de conservation, on fasse une exérèse insuffisante, car mieux vaut un délabrement trop étendu qu'une extirpation trop parcimonieuse.

II. — Ostéome du ligament rotulien ; par M. Félix Lejars. — (*Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.* du 21 février 1897).

II. — Étant donné l'exceptionnelle rareté des tumeurs des ligaments et des tendons, M. le Dr Lejars rapporte l'observation d'un volumineux ostéome, né dans l'épaisseur du ligament rotulien gauche.

Il s'agit d'un garçon vigoureux, âgé de 17 ans, n'ayant aucune tare héréditaire, de santé excellente, portant seulement sur le pied gauche, au niveau de la malléole interne et de la partie interne du tarse, un épaississement irrégulier, trace d'un coup de pied de cheval qu'il reçut à l'âge de six ans, et qui, actuellement, sans provoquer aucune souffrance, gêne notablement les mouvements du pied. Le malade entre à l'hôpital Beaujon pour une tumeur qui occupe la face antérieure du genou gauche du volume d'une noix quatre mois auparavant; elle est à son entrée de la grosseur d'une orange. L'examen de la tumeur permit à M. Lejars de constater qu'elle avait une consistance osseuse, qu'elle était parfaitement dépourvue d'adhérences avec les téguments, mobile dans le sens transversal, absolument indépendante de la rotule et du tibia, occupant exactement le siège du ligament rotulien. Ayant fait le diagnostic d'ostéome de ce ligament, M. Lejars, par une incision longitudinale, put

© BIU Santé

extirper la tumeur, tout en conservant la continuité du tendon rotulien qu'il reconstitua en un cordonnet assez solide par un surjet de catgut; on conçoit l'importance de ce dernier point, pour le fonctionnement ultérieur du membre. Trois semaines

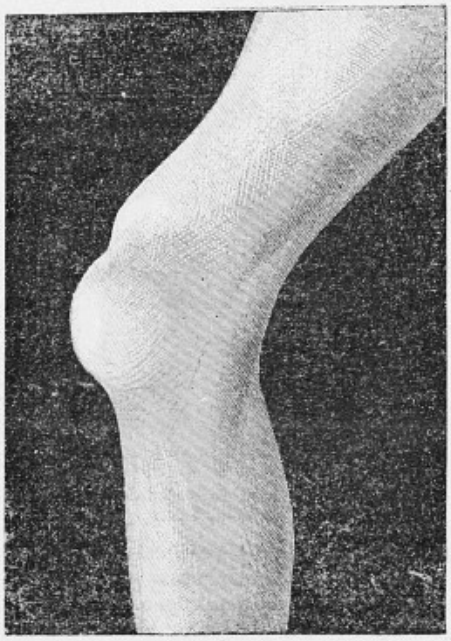


Fig. 20. — Ostéome du ligament rotulien.

d'immobilité dans un appareil plâtré, suivies de massage et d'exercice d'assouplissement, amenèrent une guérison complète; le membre recouvra son fonctionnement normal. Quant à la tumeur, il s'agit bien d'un ostéome compact, de six cen-

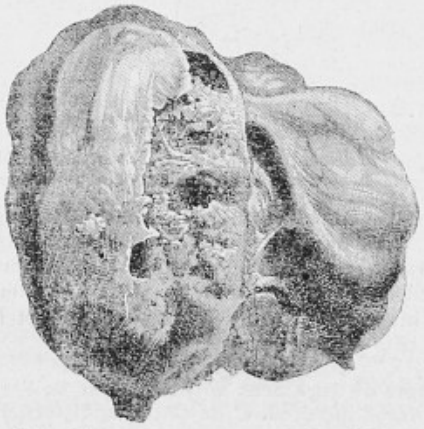


Fig. 21. — Ostéome avec ses deux lobes.

timètres de hauteur sur quatre et demi de largeur et de quatre centimètres d'épaisseur, pesant soixante grammes et présentant à la coupe, de fines lamelles osseuses concentriques, sinueuses, à peine séparées par de minces traînées médullaires et disposées en systèmes irréguliers. SCHWARTZ.

UN DON AUX INTERNES DES HÔPITAUX DU HAVRE. — M. Genty, un ami de la joie, dans son testament, n'a pas oublié les internes des hôpitaux du Havre (car, avec eux, il passa d'agréables soirées autrefois) et vient de faire un don à la corporation, aux jeunes même, pas ceux qu'il a connus; il est vrai que ce sont des internes! Ces derniers n'ont jamais connu ce bienfaiteur dont la nouvelle de la mort vient de leur arriver, comme celle d'un oncle d'Amérique.

FÉCONDITÉ EXTRAORDINAIRE. — Un cas assez rare de fécondité pour mériter d'être signalé vient de se produire aux Sables-d'Olonne. Le 7 courant, Mme Renelleau, agée de 38 ans, demeurant rue de la Patrie, 19, a mis heureusement au monde trois enfants : deux garçons et une fille fort bien constitués et qui ne demandent qu'à vivre. La maman est aussi bien que possible.

BIBLIOGRAPHIE

Etude médicale sur les ouvriers des houillères, leurs affections des voies respiratoires, anthracose et tuberculose; par le Dr J. OBERTHIER. — 1897.

Cette monographie, qui comptera certainement parmi l'une des meilleures qui aient été écrites sur l'hygiène professionnelle, nous montre que la situation des ouvriers mineurs a bien changé depuis les descriptions faites autrefois de leur misérable situation par Romazzini et Hallé. Depuis trente ans surtout, de grands progrès ont été réalisés dans l'organisation et l'outillage des mines. Des ventilateurs puissants, de grandes machines d'extraction et d'épuisement, des appareils variés leur permettant de meilleures méthodes d'exploitation permettent de remplacer l'air vicié et chaud d'autrefois par de l'air pur et frais, de sécher les chantiers, de supprimer le transport à dos d'homme, de remplacer les traditionnelles échelles par des ascenseurs et de réduire considérablement la durée du travail quotidien. Dans la première partie de son travail, l'auteur nous décrit le travail du mineur; il nous le montre descendant dans la mine, gagnant son chantier et travaillant à l'extraction, puis décrit les procédés employés pour chasser les gaz, l'eau et éteindre les incendies. Sa journée finie, le mineur dont les vêtements sont mouillés peut, s'il a un long chemin à faire pour gagner sa demeure, être exposé à toutes les conséquences des refroidissements. Aussi a-t-on créé des chambres chaudes où l'ouvrier laisse le matin ses habits du dehors pour les reprendre le soir, après avoir pris une douche chaude qui le débarrasse de la poussière de charbon qui le couvre. Ainsi il évite de se refroidir et d'apporter dans le ménage la saleté et le désordre. Dans le second chapitre nous voyons l'ouvrier en dehors de la mine, son logement dont les conditions sanitaires ont marché de pair avec les progrès de l'industrie. Le chapitre III est consacré à la constitution physique du milieu houiller. Dans la seconde partie est exposée la pathologie, plus facile à comprendre après cette lumineuse exposition. Nous voyons que malgré les améliorations réalisées l'ouvrier des houillères, bien que n'étant plus, comme jadis, condamné à l'emphysème, à l'épuisement cardiaque précoce et à l'anémie, souffre encore assez souvent de maladies de l'appareil respiratoire, dans l'étiologie desquelles les écarts de température jouent le principal rôle. La poussière de houille qui, à première vue, paraissait jouer un rôle néfaste, est un facteur pathogène des plus négligeables. L'anthracose n'est qu'un signe d'identité professionnelle; ce n'est pas une maladie.

La tuberculose est rare chez le houilleur, ainsi que cela est prouvé par les assertions des statistiques et le contrôle bactériologique. Cette rareté paraît liée à la grande difficulté de la contagion pendant le travail, grâce aux précautions prises, et nous sommes tout à fait de l'avis de l'auteur qui, dans ses conclusions, émet le vœu qu'on essaie, pour combattre ce fléau dans les autres industries, de réaliser, sous le point de vue de l'hygiène, des conditions de salubrité, analogues à celles dont jouissent aujourd'hui les ouvriers des mines.

L.-R. REGNIER.

Relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil; par G. LAURENT. — Paris, G. Carré, 1897.

De son travail, l'auteur conclut qu'il existe entre l'organe de l'ouïe et celui de la vision des rapports anatomo-physiologiques qui expliquent la réaction pathologique de l'oreille sur l'œil et inversement.

Les relations anatomiques sont établies : par l'intermédiaire du cerveau (suppuration otique produisant un abcès cérébral qui déterminera de la névrite optique); par le trijumeau et les anastomoses de ce nerf avec le facial (ainsi un lavage du conduit pourra produire du blépharospasme par excitation de l'auriculo-temporal, branche du trijumeau qui s'anastomose avec le facial, nerf de la paupière); par les connexions avec les noyaux oculo-moteurs (troubles oculaires réflexes survenant dans le cours d'affections de l'oreille sans complications cérébrales).

Les relations physiologiques s'expliquent : par les fonctions du trijumeau (recherches expérimentales); par la physiologie

© BIU Santé

des canaux semi-circulaires ; par le phénomène de l'audition colorée.

Les troubles oculaires observés dans les maladies d'oreille sont très nombreux : les plus fréquents sont le nystagmus et la névrite optique. On peut rencontrer successivement du myosis, de l'iritis, des paralysies oculaires, du blépharospasme, des troubles de l'accommodation, des kératites et des lésions du fond de l'œil.

Ces divers accidents oculaires s'observent dans les affections des divers segments de l'organe auditif, en particulier du conduit auditif externe, dans les otites moyennes suppurées compliquées ou non de mastoïdite, de méningite, d'abcès cérébral, de thrombose des sinus.

Ils sont dus : soit à une propagation indirecte par l'intermédiaire du cerveau et de ses enveloppes, soit à des influences nerveuses (troubles réflexes), soit à une propagation vasculaire et sanguine (troubles infectieux); ils ne sont pas constants dans toute affection, même grave et compliquée, de l'oreille, mais quand ils existent dans ces cas, ils sont d'une importance capitale pour le diagnostic qu'ils assurent, pour l'intervention chirurgicale qu'ils rendent nécessaire. J. BARATOUX.

Le premier livre de la médecine : par J. BOUGLÉ et A. CAVASSE.— J.-B. Baillière et fils, édit., 1897.

Ce livre en deux parties (partie chirurgicale et partie médicale) est destiné à combler une lacune de l'enseignement officiel, l'enseignement de la propédeutique. La Faculté se rendant enfin compte que, pour faire des médecins, il est nécessaire de leur apprendre à examiner les malades, a décidé récemment à ajouter cet enseignement au stage hospitalier. Pendant de très longues années on n'y avait pas songé!!

Les deux volumes de MM. Bouglé et Cavasse remplissent à merveille ce programme qui tous les jours est accru des moyens nouveaux d'investigation que le progrès de la science ajoute à l'art médico-chirurgical. Le plan de l'ouvrage est simple, il passe en revue tous les organes qui demandent chacun des applications spéciales des méthodes d'investigation connues.

A notre avis un des grands avantages de ce traité est d'être dû au travail de deux jeunes internes distingués; sur le point de quitter les bancs de l'école, ils ont pu, mieux qu'un professeur, apprécier les besoins des étudiants; ils ont su insister sur les points qui naguère les ont le plus embarrassés au début de leurs observations cliniques. Nous regrettons de ne pouvoir analyser cet ouvrage d'un si grand intérêt pratique. Ceux qui, comme nous, n'ont pas eu jadis de pareils guides dans leurs débuts hospitaliers, peuvent seuls en reconnaître la valeur et vanter à son juste mérite une œuvre sans doute scientifiquement modeste, mais véritablement très utile. J. NOIR.

Recherches sur la tuberculose expérimentale des Vertébrés à sang froid; par MM. AUCLÉ et HOBBS. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 20 sep. 1897.

Les auteurs font connaître les premiers résultats de toute une série d'expériences qu'ils ont entreprises. En se servant d'une culture de tuberculose humaine très virulente, ensemencée sur gélose glycérinée, diluée dans du bouillon de bœuf, ils ont inoculé six grenouilles dans la cavité intra-péritonéale avec deux gouttes de cette culture en dilution. Les grenouilles ont été maintenues à la température du laboratoire. Au bout de vingt jours une d'elles fut sacrifiée. La cavité intra-péritonéale contient encore de nombreux bacilles et l'on trouve trois granulations intransparentes sur le foie : la plus grosse ayant le volume d'une petite tête d'épingle. De semblables granulations sont répandues sur le mésentère et aussi sur l'un des poumons. L'examen microscopique a démontré la présence d'une très grande quantité de bacilles, colorés en rouge par la méthode de Ziehl, à l'intérieur de ces granulations. De plus, par la même méthode, les bacilles ont été retrouvés dans l'intérieur des parenchymes hépatique et splénique. Des expériences en cours démontreront si ces bacilles sont vivants et dans ce cas quel est leur degré de virulence.

VARIA

Hospices civils de Marseille.

Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des Hôpitaux.

Le lundi 8 novembre 1897, à 8 heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour 4 places d'élèves internes. Le lundi 22 novembre 1897, à 8 heures du matin, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour 10 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 (ancien régime) ou de huit inscriptions de médecine (nouveau régime) et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Epreuves du premier Concours : 1° Pathologie médicale et chirurgicale (épreuve écrite ; deux questions). Cette épreuve est éliminatoire et aura lieu au commencement du concours. Ne seront admis à prendre part aux autres épreuves que les candidats qui auront obtenu la moitié plus un du nombre de points fixé à 30 pour cette épreuve. 2° Préparation anatomique. Au cours de cette épreuve les candidats rendront compte de leur dissection sans interruption et sans sortir de l'amphithéâtre. 3° Question d'anatomie et de physiologie (épreuve orale). 4° Rédaction de deux observations, l'une de médecine, l'autre de chirurgie. 5° Trois questions dites de garde : chirurgie, médecine, pathologie spéciale (accouchements et syphilis). Ces questions seront traitées de vive voix après cinq minutes de réflexion.

Epreuves du deuxième Concours : 1° Pathologie chirurgicale élémentaire (épreuve écrite). Comme pour le concours de l'internat, cette épreuve sera éliminatoire et les candidats qui n'auront pas obtenu la moitié plus un du nombre de points fixé à 30 ne pourront prendre part aux autres épreuves. 2° Anatomie (ostéologie, myologie) (épreuve orale). 3° Bandages et petite chirurgie.

Après le rapport du jury d'examen, la Commission administrative nommera les élèves. Les élèves nommés entreront en exercice le 1er janvier 1898. La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1901 pour les internes et au 31 décembre 1900 pour les externes. Les élèves internes seront logés, nourris, éclairés et chauffés dans les hôpitaux. Ils recevront un traitement de : La première année, 360 fr. La deuxième année, 420 fr. Les troisième et quatrième années, 480 fr.

Les élèves externes devront tenir les cahiers de visite ; ils recevront à cet effet une indemnité de 300 fr. par an. Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de la Commission administrative, du règlement intérieur des hôpitaux, ainsi que de celui spécial au service de santé. Ils seront tenus, en cas de nomination, de se conformer à toutes les dispositions desdits règlements en ce qui les concerne et aux modifications qui pourraient y être apportées pour le bien du service. Tout élève, interne ou externe, qui se pourvoira, pendant la durée de ses fonctions, d'un diplôme universitaire qui lui donnerait le droit d'exercer la médecine (docteur ou officier de santé), sera par ce seul fait démissionnaire de sa qualité d'élève.

Nota. — Bien que le concours de l'internat soit annoncé pour quatre places et celui de l'externat pour dix places, ce nombre pourra être diminué si la Commission le croit nécessaire. En outre des nominations annoncées, la Commission administrative pourra, si elle le juge utile, procéder à la nomination d'un certain nombre d'internes provisoires choisis parmi les concurrents à l'internat ayant obtenu le minimum des points fixés pour l'ensemble des épreuves. Ces nominations auront leur effet pendant un an seulement, à partir du 1er janvier 1898. Les internes provisoires seront, à tour de rôle, chargés de toutes les suppléances d'internes titulaires lorsque ceux-ci devront s'absenter pour une période de plus de huit jours. Lorsqu'ils seront en fonctions, ils recevront un traitement basé sur le traitement afférent à la première année d'internat et jouiront de tous les privilèges des internes. Les externes des hôpitaux de Marseille ayant pris part au concours de l'internat et ayant obtenu le minimum des points conservent en restant externes le rang de placement qui leur a été assigné pour avoir un droit de priorité sur leurs collègues dans le choix semestriel des services hospitaliers.

A propos du Congrès international de Moscou.

« Il faut beaucoup en rabattre de l'enthousiasme franco-russe que l'on s'attendait à trouver à Moscou, un peu comme à Cronstadt. L'Allemagne avait presque tout envahi, accaparé,

© BIU Santé

tout autant qu'au Congrès de Rome. Nos chirurgiens militaires brillaient par leur absence, et, comme à Rome, on ne voyait reluire au soleil que des phalanges de médecins militaires allemands en grand uniforme, mobilisés pour cette circonstance. Les allemands se faisaient à eux-mêmes des ovations, acclamaient leurs notabilités scientifiques, tandis que par notre petit nombre, et par notre responsabilité scientifique, nous laissions les quelques savants, destinés à nous représenter, ne recueillir que quelques timides applaudissements. » (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 26 septembre 1897).— Notre gouvernement continue, à propos des Congrès médicaux internationaux, ses mêmes déplorables errements. Il ne comprend pas qu'il y a, dans ces circonstances, un véritable devoir patriotique à accomplir. S'il ne peut faire acte d'initiative et faire mieux que l'Allemagne, qu'il l'imite au moins. A l'approche du Congrès de Washington, il y a quelques années, nous avons vainement insisté auprès de M. Spuller, ministre de l'Instruction publique, pour qu'il y envoyât le plus grand nombre possible de médecins français, en les défrayant, sinon de tous les frais, au moins d'une partie (B.).

Le Service d'accouchement de Lariboisière.

L'*Intransigeant* a raconté que le service d'accouchement, dirigé par M. le Dr Maygrier, à l'hôpital Lariboisière, a dû être évacué, car la fièvre puerpérale y sévissait avec fureur. « On s'étonne, ajoutait l'*Intransigeant*, que le même homme qui ouvre des cadavres à la Morgue puisse aller soigner ensuite des femmes en couches, au risque de les infecter et d'apporter avec lui les germes de la fièvre puerpérale. »

M. le Dr Maygrier a fait à ce sujet les déclarations suivantes à un rédacteur du *Temps* :

« L'entrefilet, paru ce matin dans l'*Intransigeant*, affirme : 1° que mon service d'accouchement à l'hôpital Lariboisière vient d'être évacué parce que la fièvre puerpérale y sévit avec fureur; plusieurs jeunes mères transportées dans d'autres salles de l'hôpital seraient même en danger de mort; 2° que je suis responsable de ces graves accidents, étant précisément l'accoucheur expert chargé de faire le rapport sur le cas du Dr Laporte, et, en cette qualité, ouvrant des cadavres à la Morgue et allant soigner ensuite des femmes en couches, au risque de les infecter et d'apporter avec moi les germes de la fièvre puerpérale.

« Or, voici les faits : 1° Il y a eu dans mon service un cas d'infection, provenant d'une femme qui nous avait été envoyée malade d'une des salles de chirurgie voisines. Consécutivement, plusieurs femmes ont été prises de fièvre. Elles ont été immédiatement transportées soit dans mon service d'isolement, soit, faute de place dans celui-ci, qui est très exigu, dans les services voisins. Une d'entre elles a malheureusement succombé. Les autres n'ont eu que des accidents légers et sont hors de danger. J'ai fait aussitôt désinfecter mes salles d'accouchées, et une partie de mon service est actuellement occupée par les ouvriers, l'autre contenant encore vingt-trois femmes, toutes en excellent état. Mon service n'a donc pas eu besoin d'être évacué, et on continue à y faire des accouchements. 2° Quant à ce qui me concerne personnellement, je ne suis expert qu'à titre d'accoucheur consultant, chargé de répondre à des questions techniques concernant l'art des accouchements, et, comme tel, je n'ai jamais à pratiquer d'autopsie. C'est d'ailleurs sous cette réserve absolue que j'ai accepté ces fonctions. Dans le cas particulier du docteur Laporte, auquel il est fait allusion dans l'*Intransigeant*, je n'ai fait que me conformer à cette ligne de conduite. »

Le Professeur Virchow en 1870.

Dans les *Mémoires du Dr Belogolovi*, qui viennent de paraître, une page est consacrée à cette formule : « La force prime le droit ». Le Dr Belogolovi, décédé l'année dernière, était une des gloires médicales de Russie, et ses souvenirs sont doublement précieux, non seulement parce qu'ils retracent avec fidélité l'état d'esprit d'une Université allemande à cette époque où la France saignait sous la pression féroce du vainqueur grisé par sa victoire, mais parce qu'ils montrent le désenchantement et l'amertume qu'éprouva l'élite de l'Université russe, en assistant à la métamorphose de la fameuse *Gemüthlichkeit* en un véritable accès de sauvagerie en 1870. Quelques jours après Sedan, M. le Dr Belogolovi et son ami le Dr Botkine, se rencontrèrent à Berlin à leur retour de la Suisse. Bien que la population de la ville fût sensiblement diminuée et représentée presque exclusivement par des femmes et des enfants en deuil, les principales rues étaient pleines de visages épanouis; à chaque pas les médecins russes rencontraient des manifestations patriotiques célébrant les victoires allemandes devant le palais du roi et le monument de Frédéric le Grand. Les deux amis se trouvant mal à l'aise au milieu de l'enthousiasme provoqué par les sanglants triomphes remportés « sur le peuple français si cher à notre cœur », résolurent de quitter au plus vite la cité berlinoise. Mais ayant appris que le Pr Virchow était à Berlin, Botkine et Belogolovi, qui avaient l'habitude de venir chaque année à cette époque saluer le maître, décidèrent qu'avant de partir ils lui rendraient visite au faubourg Moabit, où il dirigeait les baraques d'ambulances établies pour recevoir les blessés ramenés du champ de bataille. Les deux Russes trouvèrent le savant occupé à faire la tournée de ses malades. Il accueillit ses visiteurs avec son affabilité accoutumée et se montra surtout empressé auprès du professeur Botkine, avec qui il était plus lié. Il montra aux deux médecins des « cas intéressants », leur communica ses nouvelles observations scientifiques et des théories qu'il en tirait; il leur fit visiter en détail les baraques, ce type d'hôpital étant alors tout nouveau, et les entretint des changements qu'il avait introduits dans le système de ventilation et de chauffage.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er JANVIER AU 31 MARS 1897, PAR MM. LES Drs PASSANT ET HAUTECŒUR.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	12	19	2	33
2e	18	11	1	30
3e	34	40	9	83
4e	34	53	8	95
5e	28	30	11	69
6e	10	23	7	40
7e	12	22	5	39
8e	2	7	1	10
9e	14	29	5	48
10e	21	48	13	82
11e	93	163	72	328
12e	28	50	16	94
13e	58	78	46	182
14e	37	73	24	134
15e	46	62	32	140
16e	9	14	4	27
17e	41	59	26	126
18e	52	83	36	171
19e	46	113	50	209
20e	88	192	125	405
	683	1022	493	2345

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Angines et laryng.	162	Affect. cérébrales	73
Croup	15	Eclampsie.Convuls.	42
Coqueluche	14	Tétanos	»
Maladies des yeux et oreilles	»	Névralgies	52
Corps étrangers de l'œsophage	»	Névroses	58
B		Epilepsie	16
Asthme	59	Aliénation mentale.	4
Affections du cœur	108	Alcoolisme. Delirium tremens.	22
Bronchites aiguës et chroniques	332	Chorée	»
Pleuro-pneumonie.	114	Tétanos	»
Congestion pulmonaire	146	Gale	»
Grippe. Influenza.	»	**F**	
C		Rhumatisme	45
Affections et troubles gastro-intestinaux	167	Affections éruptives	128
Cholérine et dysent.	43	Erysipèle	»
Dysenterie	28	Fièvres	32
Athrepsie	30	Fièvre typhoïde.	8
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	83	Hémorrhagies de causes internes et externes.	56
Hernie étranglée	19	**G**	
Rétention d'urine	35	Plaies. Contusions. Abcès	65
Orchite	»	Fractures. Luxations. Entorses	24
Affections des organes génitaux externes	»	Brûlures	7
D		Empoisonnements.	9
Métrite. Métro-péritonite	62	Asphyxie par le charbon	5
Métrorrhagie	48	— submersion.	»
Fausse couche	70	Suicide	4
Accouc. Délivrance	157	**H**	
Accouc. non terminé	»	Morts à l'arrivée du médecin	48
		Total	2345

La moyenne des visites par nuit est de 26,60.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 46,70.
Les hommes entrent dans la proportion de 29,12 0/0.
Les femmes — — de 43,58 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 27,30 0/0.

Visites du 1er trimestre de 1896	4,254
— 1er — 1897	2,345
Différence en moins.	1,909

Du rire en thérapeutique ou du singe qui but la médecine (1).

Je ne sais si ce fut point ce même singe, dont nous parlions tout maintenant; mais c'est tout un : si ce ne fut lui, ce fut un autre. Tant y a que le maître de ce singe devint malade d'une grosse fièvre; lequel fit appeler les médecins; qui lui ordonnèrent tout premièrement le clystère et la saignée, à la grand'

(1) Bonaventure des Périers, *Contes*, p. 231, Dentu, 1887.

© BIU Santé

mode accoutumée; puis, des sirops par quatre matins; et une médecine : laquelle l'apothicaire lui apporte, de bon matin au jour nommé; mais, ayant trouvé son patient endormi, ne le voulut pas réveiller, d'autant même qu'il n'avait reposé, de longtemps. Mais il laisse la médecine dedans le gobelet dessus la table, couvert d'un linge, et s'en alla, en attendant que le patient se réveillât, comme il fit au bout de quelque temps, et vit sa médecine sur la table, mais il n'y avait personne pour la lui bailler, car tout le monde était sorti, pour le laisser reposer. Et, par fortune, avaient laissé l'huis de la chambre ouvert, qui fut cause que le singe y entra pour venir voir son maître. La première chose qu'il fit, fut de monter sur la table, où il trouve ce gobelet d'argent, auquel était la médecine. Il le découvre et commence à porter ce breuvage au nez, lequel il trouva d'un goût un petit fâcheux, qui lui faisait faire des mines toutes nouvelles. A la fin, il s'aventure d'y tâter; car jamais ne s'en fût passé. Mais, pour cette amertume sucrée, il retirait le museau, il démenait les babines, il faisait des grimaces les plus étranges du monde. Toutefois, parce qu'elle était douçâtre, il y retourna encore une fois, et puis une autre. Somme, il fit tant, en tâtant et retâtant, qu'il vint à bout de cette médecine, et la but toute : encore s'en léchait-il ses barbes.

Cependant le malade, qui le regardait, prit si grand plaisir aux mines qu'il lui vit faire, qu'il en oublia son mal, et se prit à rire si fort et de si bon courage, qu'il guérit tout sain. Car, au moyen de la soudaine et inopinée joie, les esprits se ravigotèrent, le sang se rectifia, les humeurs se remirent en leur place, tant que la fièvre se perdit. Tantôt le médecin arrive, qui demanda au gisant comment il se trouvait, et si la médecine avait fait opération. Mais le gisant riait si fort, qu'à grand' peine pouvait-il parler; dont le médecin prit fort mauvaise opinion, pensant qu'il fût en rêverie, et que ce fût fait de lui. Toutefois, à la fin, il répondit au médecin : « Demandez, dit-il, au singe, quelle opération elle a faite ? » Le médecin n'entendait point ce langage; jusques à tant que, lui ayant demeuré quelque espace de temps, voici ce singe qui commença à aller du derrière tout le long de la chambre, et sur les tapisseries : il sautait, il courait, il faisait un terrible ménage. A quoi le médecin connut bien qu'il avait été lieutenant du malade; lequel à peine leur conta le cas comme il était advenu, tant il riait fort; dont ils furent tous réjouis; mais, le malade, encore plus, car il se leva gentiment du lit, et fit bonne chère, Dieu merci et le singe !

Le Transformisme et la Mythologie.

Nouvelle conception de Pégase et des Anges.

Vous êtes-vous jamais demandé, en considérant un *Pégase*, — cheval ailé qui porte aux cieux tous ceux qui, comme on dit vulgairement, ont quelque chose dans le ventre —, et en particulier le *Pégase* de Falguière, dont les cuivres brillaient au dernier Salon des Champs-Elysées, pourquoi les artistes s'obstinent à représenter un animal, un Mammifère relativement supérieur, auquel ils ont donné des ailes, avec les quatre pattes classiques des Ongulés vulgaires? — Nous autres, transformistes, nous ne comprenons rien à cette conception des artistes. D'où peuvent bien venir ces ailes, puisque nous avons déjà quatre pattes ?

Nous voudrions un Pégase sans pattes de devant : ce qui se conçoit très bien. L'animal aurait même ainsi une allure très artistique. Mais, évidemment, Messieurs les Sculpteurs, même de génie, ne sont pas tenus de connaître à fond l'anatomie comparée et il ne faut pas demander à la Mythologie d'avoir, sinon inventé le Transformisme, du moins connu les éléments de l'Embryologie!

Aussi bien pourrait-on faire la même réflexion pour les *Anges*, autre sorte de Mammifères... supérieurs, quoique les Anges, à l'instar des abeilles ouvrières, aient perdu leur sexe et partant leurs mamelles!

Peut-être les Pégases et les Anges sont-ils ainsi, parce qu'ils dérivent, comme certains dieux chinois, de *monstres doubles* incomplets, d'animaux à six pattes ? Cela est possible, car on connaît l'histoire de *Janus*, invention d'un théologien, qui avait sans doute vu un monstre *Janiceps*, celle des Bouddha à plusieurs bras, etc... Ce serait là un intéressant sujet de recherches.

Marcel BAUDOUIN.

Les travaux futurs de l'Administration de l'Assistance publique.

Les travaux — si les projets de l'Administration sont exécutés — seront considérables. Il ne s'agit de rien moins que de cinquante-trois millions de francs. En voici le détail :

Le Conseil municipal, nous dit un fonctionnaire, invita le préfet de la Seine, par délibération du mois de décembre dernier, à lui faire des propositions en vue de l'amélioration de l'ensemble des services des hôpitaux et des hospices de la ville de Paris. M. de Selves pria alors M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, de le saisir de la question par un rapport; et c'est ce rapport, déjà prêt depuis deux ou trois mois et soumis actuellement à l'examen du conseil supérieur de surveillance de l'Assistance publique, qui renferme le programme des travaux futurs. Mais, et il faut insister sur ce point, ce programme n'est nullement définitif; ce n'est qu'un avant-projet, qu'une étude préliminaire; ce n'est qu'après que le conseil de surveillance et le Conseil municipal auront successivement délibéré sur la question que des propositions fermes pourront être faites par l'administration. Le rapport de M. Peyron, de plus, n'expose que les besoins urgents des hôpitaux et des hospices; il est muet sur les secours à domicile et sur les œuvres d'initiative privée. Comme vous le voyez, il ne s'agit ici en aucune façon d'une réforme; il n'est question que de travaux.

Ces travaux sont classés en deux catégories : 1° constructions neuves; 2° réparations et constructions remises à neuf. Parmi les travaux de la première catégorie, le rapport prévoit la construction d'un nouveau grand hôpital sur la rive droite, sans déterminer dans quel quartier il pourrait être élevé. L'hôpital de la Pitié, construit sous Louis XIII, pour « renfermer des pauvres et des mendiants » et non des malades, est dans un état déplorable; il devra être reconstruit entièrement ou réduit, de telle façon qu'un second petit hôpital puisse être construit, pour le compléter, sur un point quelconque de la capitale. Il faudra reconstruire également l'hôpital Broussais. Élevé en 1883, en six semaines, pour une épidémie de choléra, il est bâti en bois et en briques; or, même les Américains, qui ont été les promoteurs des hôpitaux en bois, ne sont plus aujourd'hui partisans de pareilles constructions; l'hôpital Broussais devra donc être refait en pierre. Il en va de même de l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, également construit en bois; mais, ici, nous nous heurtons à une difficulté d'un nouveau genre; le terrain sur lequel s'élève cet hôpital appartient à l'administration militaire et cette administration ne nous autorise point à le remplacer par des constructions permanentes, en pierres; or, comme cet hôpital est réservé aux maladies contagieuses, les communes, auxquelles nous avons fait des offres, s'opposent à son transfert sur leur territoire. Le département de la Seine a acheté des terrains à Moisselles (Seine-et-Oise), pour l'établissement d'une école de réforme d'enfants assistés. Depuis lors, le département a abandonné ce projet; nous voudrions lui acheter ces terrains, pour la construction d'un hospice de vieillards. A Brévannes (Seine-et-Oise), nous possédons, à côté de notre hospice, des terrains fort étendus; nous voudrions y élever de nouveaux pavillons, également à l'usage des vieillards. Pour les vieillards enfin qui peuvent payer une petite pension annuelle, nous désirerions agrandir la maison de retraite La Rochefoucauld, avenue d'Orléans, maison devenue notoirement insuffisante. Pour les enfants, nous construisons en ce moment deux hôpitaux, qui remplaceront l'hôpital Trousseau : l'un est situé à proximité de l'avenue Daumesnil; l'autre, derrière le cimetière Montmartre. Peut-être dédoublerons-nous l'hôpital d'enfants malades, connu sous le nom d' « Hôpital de l'Enfant-Jésus » et situé rue de Sèvres. Enfin l'hôpital maritime d'Hendaye (Basses-Pyrénées) est en voie de construction.

Quant aux réparations, il n'est pas un seul de nos hôpitaux ou hospices qui n'en réclame de façon urgente de très importantes. La plupart des bâtiments tombent littéralement en ruine; et comment pourrait-il en être autrement, lorsque nous n'avons point de crédits suffisants pour remédier à cet état de choses? De plus, dans tous ces établissements sans exception, il y a beaucoup à faire pour l'introduction du système du « tout-à-l'égout » et de l'éclairage à l'électricité, pour la réfection des façades, l'amélioration des dortoirs des infirmiers, etc.

Le total des dépenses estimées dans le projet de M. Peyron s'élève à 53 millions environ, soit 10.352.600 francs pour les hôpitaux, 6.560.000 francs pour les hospices, 7.519.000 francs pour les enfants, 6.986.800 francs pour la tuberculose, 21.492.000 francs pour les réparations et reconstructions. Dans l'estimation de ces chiffres, l'administration de l'Assistance publique a tenu, d'ailleurs, à procéder avec la plus stricte économie. En effet, si la dépense des travaux en cours, et pour lesquels les fonds sont d'ores et déjà acquis, et celle des travaux non en cours, ni même pas encore définitivement décidés, mais dont les fonds pourront

© BIU Santé

être immédiatement réalisés par l'administration grâce à la vente de titres de rente, atteignent approximativement le chiffre de 16.000.000 de francs. Il reste 38.000.000 de francs à trouver; et ils ne peuvent guère être obtenu que grâce à un emprunt. Quand cet emprunt sera-t-il fait? C'est là l'X redoutable de la question.

Les Centenaires ou Macrobes.

Le *Scientific american* donne une statistique des macrobes, c'est-à-dire des vieux vieillards centenaires qui existeraient actuellement. L'Allemagne ne compterait que 78 habitants ayant plus de cent ans; pour la France, le chiffre atteint 213, et en Espagne, malgré une population de 18 millions seulement d'habitants, au lieu de 40 millions en France et 55 en Allemagne, on trouve 401 centenaires. Pour les autres pays, les chiffres sont : Angleterre, 146; Irlande, 578; Ecosse, 46; Danemark, 2; Belgique, 6; Suède, 18; Norwège, 23. La Suisse n'a pas de centenaire; on en trouve au contraire à foison dans la région si troublée pourtant des Balkans. C'est ainsi qu'on en compte 578 en Serbie, 1.084 en Roumanie, 3.883 en Bulgarie. En 1890, on trouvait en Serbie : 290 personnes de cent six à cent quinze ans, 123 de cent quinze à cent vingt-cinq, 18 de cent vingt-six à cent trente-cinq et même 3 de cent trente-cinq à cent quarante ans. Toujours d'après le *Scientific*, le record de la longévité serait détenu, en ce moment, par un Russe, âgé de cent soixante ans, lequel serait suivi de près par un nègre africain, nommé Bruno Cotrim, habitant à Buenos-Ayres, et qui aurait déjà cent cinquante ans. Il est vrai que la Russie possède encore un nommé Kustrim, cocher moscovite, aspirant au record de longévité, âgé de cent quarante ans, et une femme âgée de cent trente ans!

Enseignement populaire supérieur de la ville de Paris.

Les cours ouvriront le lundi 18 octobre, dans la Salle des Prévôts, à l'Hôtel-de-Ville. — Cours du premier semestre : *Histoire de Paris* (M. MONIN, professeur d'histoire et de géographie au collège municipal Rollin), les lundis et jeudis, à 8 h. 1/4 du soir. — *Biologie* (M. le Dr RETTERER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine), les mardis et vendredis à 8 h. 1/4 du soir. — *Anthropologie* (M. le Dr VERNEAU, professeur à l'Ecole coloniale, assistant au Muséum), les mercredis et samedis, à 8 1/4 du soir. — *Hygiène sociale* (M. le Dr A.-J. MARTIN, inspecteur général de l'Assainissement et de la salubrité de l'habitation), les jeudis à 9 h. 1/4 du soir.

FORMULES

XXVIII. — Traitement de la cystite blennorrhagique aiguë.

M. Balzer prescrit fréquemment le biborate de soude (thèse de Marco-Charalambief).

Biborate de soude	30 grammes.
Bicarbonate de soude	10 —

Deux cuillerées à café à prendre dans la journée dans 1 litre de limonade au citron. Il faut savoir que les urines prennent souvent à la suite une coloration légèrement jaune verdâtre.

Le salicylate de soude réussit bien quand la cystite est compliquée de rhumatisme.

Salicylate de soude	4 à 6 grammes.
Sirop de limons }	ââ 60 —
Eau de menthe }	

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Ou bien :

Bicarbonate de soude	30 grammes.
Salicylate de soude	10 —

Deux cuillerées à café dans les vingt-quatre heures dans 1 litre de limonade au citron. (*Gaz. des Hôp.*).

XXIX. — Cachets pour l'antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde. (M. L. ROYSTER).

Thymol }	
Carbonate de gaiacol }	âà 6 grammes.
Savon médicinal	Q. S.

Mêlez et divisez en trente cachets. — A prendre : un cachet toutes les quatre heures.

XXX. — Mixture contre la constipation consécutive à l'anachlorhydrie stomacale. (M. EINHORN).

Teinture de noix vomique }	
Extrait fluide de condurango }	âà 10 grammes.
Eau de laurier-cerise }	

Mêlez. — A prendre : vingt gouttes dix minutes avant chacun des trois principaux repas.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 au samedi 2 octobre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.163, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 466, illégitimes, 139. Total, 605. — *Sexe féminin* : légitimes, 412, illégitimes, 146. Total, 558.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 au samedi 20 octobre 1897, les décès ont été au nombre de 412, savoir : 329 hommes et 741 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 4, T. 8. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 1, F. 0, T. 1. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 4, F. 0, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 0, F. 3, T. 3 — Grippe : M. 1, F. 2, T. 3 — Phtisie pulmonaire : M. 98, F. 59, T. 157. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 4, T. 11. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 3, T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 3, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 42, T. 65. — Méningite simple : M. 22, F. 12, T. 34. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 1, F. 5, T. 6. — Paralysie, M. 0, F. 0, T. 0. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 3, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 36, T. 63. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 2, T. 4. — Bronchite chronique : M. 4, F. 7, T. 11 — Broncho-pneumonie : M 12, F. 14, T. 26. — Pneumonie : M. 12, F. 11, T. 23. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 18, F. 15, T. 33. — Gastro-entérite, biberon : M. 29, F. 18, T. 47. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 2, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0 T. 0 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 11 F. 9, T. 20 — Sénilité : M. 12, F. 9, T. 21. — Suicides : M. 12, F. 1, T. 13. — Autres morts violentes : M. 10, F. 7, T. 17 — Autres causes de mort : M. 62, F. 45, T. 105. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 5, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 92, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 41, illégitimes, 22. Total : 63 — *Sexe féminin* : légitimes, 18, illégitimes, 11. Total : 29.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Médecine opératoire* sous la direction de M. POIRIER, chef des travaux anatomiques. — Cours d'automne. — Ce cours ne pourra comprendre plus de 52 élèves. Il est spécialement destiné aux étudiants qui ont été empêchés de prendre part aux exercices du semestre d'été, par suite du manque de sujets. MM. les Etudiants, admis à le suivre, recevront une lettre de convocation individuelle. — M. RICHE, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 18 octobre, à 1 heure précise, pavillon n° 7.

Laboratoire de pharmacologie et matière médicale. — Etude du droguier. — Le Laboratoire de pharmacologie et matière médicale est ouvert à MM. les Etudiants de 3e et 4e années, *pour l'étude du droguier*, les mercredis matin, de 9 heures à 11 heures, et les vendredis, de 1 heure à 5 heures. MM. les Etudiants seront inscrits au Laboratoire, pour ces travaux pratiques et les interrogations, tous les jours, de 1 heure à 3 heures, sur la présentation de leur feuille d'inscriptions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret, la Faculté de Médecine de Paris est autorisée à accepter la donation d'une somme de 10.000 francs faite à son profit par Mme veuve Alexis-Charles Legroux, née Louise-Elisabeth Gaudry, pour la fondation d'un prix quinquennal, sous le nom de « *Prix Charles Legroux* ».

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. CARRIÈRE (Georges-Léon), docteur en Médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

INSTITUT PASTEUR. — Une cérémonie touchante par sa simplicité a été dernièrement célébrée à l'Institut Pasteur, rue Dutot, à l'occasion du deuxième anniversaire de la mort de M. L. Pasteur. Tout le personnel de l'Institut de la rue Dutot et de celui de Garches s'est réuni dans la crypte où se trouve le tombeau de l'illustre savant, pour déposer sur ce tombeau une couronne de fleurs cueillies dans les jardins de Garches. Dans la matinée, la famille de Pasteur, qui se trouve en ce moment dans le Jura, assistait à une cérémonie religieuse célébrée dans l'église d'Arbois, pays d'origine du regretté savant. M. Duclaux et le Dr Roux, également à Arbois, rentreront à Paris dans une quinzaine de jours et s'occuperont dès leur retour de réunir le comité pour le monument Pasteur. La souscription, qui ne sera close qu'à ce moment, dépasse aujourd'hui la somme de 300.000 francs.

© BIU Santé

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Les médecins stagiaires dont les noms suivent on été nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe, et ont reçu les affectations ci-après : MM. Sacquepée, hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris. Job, 2e régiment de dragons. Calais, 8e régiment de dragons. Massoulard, 14e régiment de dragons. Vandenbossche, hôpital militaire Saint-Martin à Paris. Danis, 19e régiment d'artillerie. Capmas, 30e régiment de dragons. Dopter, hôpital militaire Saint-Martin à Paris. Langlois, hôpital militaire de Vincennes. Finck, 37e régiment d'infanterie. Scheffler 16e régiment d'infanterie. Ardoin, hôpital militaire de Toulouse. Masson, 9e régiment de cuirassiers. Costa, hôpital militaire de Marseille. Brun, 58e régiment d'infanterie. Bertelé, 9e régiment de chasseurs à cheval. Conte, hôpital militaire de Versailles. Dejouany, 97e régiment d'infanterie. Jacquemin, 4e régiment de chesseurs à cheval. Grall, 19e régiment Camus, 27e bataillon de chasseurs à pied. Crutié de Vaucresson, hôpital militaire de Vincennes. Perrin, 23e régiment d'infanterie. Gauthier, 4e bataillon de chasseurs à pied. Séguinaud, hôpital militaire de Versailles. David de Drézigué, hôpital militaire de Vincennes. Cassan, 7e régiment d'infanterie. Fadeuilhe, 17e régiment d'artillerie. Bourcier, hôpital militaire de Versailles. Boudriot 45e régiment d'infanterie. Guignot, 39e régiment d'artillerie. Théaulon, 30e régiment d'infanterie. Rabuson, hôpital militaire de Toulouse. Thollon, 12e régiment de chasseurs à cheval. Duffau, 1re régiment d'infanterie. Baills, 94e régiment d'infanterie. Mendy, 23e régiment de dragons. Brisard, 2e régiment d'infanterie. Duméry, hôpital militaire de Lille. Faideau, 114e régiment d'infanterie. Biérer, 15e bataillon de chasseurs à pied. Martin, 22e régiment d'infanterie. Folly, 77e régiment d'infanterie. Pinet, 136e régiment d'infanterie. Paul, hôpital militaire de Rennes. Navas, 139e régiment d'infanterie. Taste, hôpital militaire de Rennes. Bouffiandis, hôpital militaire de Marseille. Le Rihan, hôpital militaire de Bourges. Baron, 96e régiment d'infanterie. Ehrmann, 154e régiment d'infanterie. Vignal, hôpital militaire de Bourges. Picon 133e régiment d'infanterie. Julia, hôpital militaire du camp de Châlons. David, hôpital militaire de Nancy. Thiébaut, hôpital militaire de Nancy. Dickson, 73e régiment d'infanterie. Pélissié, hôpital militaire de Lille. Wagon, 147e régiment d'infanterie. Angué, 138e régiment d'infanterie. Fache, 9e bataillon de chasseurs à pied. Gabrielle, 18e bataillon de chasseurs à pied. M. Favier, médecin-major de 2e classe au 28e bataillon de chasseurs à pied, est désigné pour le 14e bataillon de même arme. M. Campos-Hugueney, médecin-major de 2e classe au 14e bataillon de chas. seurs à pied, est désigné pour le 28e bataillon de même arme-M. Duron, médecin aide-major de 1re classe au 158e régiment d'infanterie, désigné pour le 27e bataillon de chasseurs à pied (n'a pas rejoint), est maintenu au 158e régiment d'infanterie.

Armée active. — Promotions au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Schneider, médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire d'Oran. Richon médecin, aide-major de 2e classe au 28e régiment d'infanterie. Sallet, médecin aide-major de 2e classe au 131e régiment d'infanterie. Masure, médecin aide-major de 2e classe a i 25e régiment de dragons. Maingny, médecin aide-major de 2e classe au 10e régiment d'artillerie. Legrand, médecin aide-major de 2e classe au 54e régiment d'idfanterie. Bory, médecin aide-major de 2e classe au 18e régiment de dragons. Oui, médecin aide-major de 2e claase au 43e régiment d'infanterie. Peyroux, médecin aide-major de 2e classe au 110e régiment d'infanterie. L'homme, médecin aide-major de 2e classe au 18e régiment d'infanterie. Coullaud, médecin aide-major de 2e classe au 7e régiment de chasseurs à cheval. Lamoureux médecin aide-major de 2e classe au 1er régiment de chasseurs à cheval. Léon, médecin aide-major de 2e classe au 24e régiment de dragons. Couraud, médecin aide-major de 2e classe au 6e régiment d'infanterie. Gault, médecin aide-major de 2e classe au 60e régiment d'artillerie. Carrey, médecin aide-major de 2e classe au 11e régiment de chasseurs à cheval. Collet, médecin aide-major de 2e classe au 4e régiment de hussards. Ponsot, médecin aide-major de 2e classe au 1er régiment d'artillerie. Mauviez, médecin aide-major de 2e classe au 113e régiment d'infanterie. Caziot, médecin aide-major de 2e classe au 95e régiment d'infanterie. Renard, médecin aide-major de 2e classe au 12e régiment de dragons. De Lauwereyns de Roosendaele, médecin aide-major de 2e classe au 15e régimen de chasseur à cheval. Guichard, médecin aide-major de 2e classe aux hôpitaux militaire de la division d'occupation de Tunisie. Viallet, médecin aide-major de 2e classe au 12e bataillon de chasseurs à pied. Douzans, médecin major de 2e classe au 17e régiment d'infanterie. Mélot, médecin aide-major de 2e classe au 8e régiment de chasseurs à cheval. Ligouzat, médecin aide-major de 2e classe aux hôpitaux militaire de la division d'Oran. Pignet, médecin aide-major de 2e classe au 35e régiment d'artillerie. Dehoey, médecin aide-major de 2e classe au 10e régiment de dragons. Bonthoux, médecin aide-major de 2e classe au 23e bataillon de chasseurs à pied. Defoug, médecin aide-major de 2e classe au 55e régiment d'infanterie. Boucarut, médecin aide-major de 2e classe au 122e régiment d'infanterie. Léniez, médecin aide-major de 2e classe au 4e régiment de cuirassiers. Gautrand, médecin aide-major de 2e classe au 116e régiment d'infanterie. Denis, médecin aide-major de 2e classe au 6e régiment de cuirassiers. Stéfani, médecin aide-major de 2e classe au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique. Picqué, médecin aide-major de 2e classe au 148e régiment d'infanterie. Poullain, médecin aide-major de 2e classe au 11e régiment de chasseurs à cheval. Opin, médecin aide-major de 2e classe au 2e régiment de chasseurs à cheval.

Réserve. — Nominations au grade de médecin principal de 1re classe de l'armée active, retraité.— Au grade de médecin aide-major de 2e classe MM. les Drs Allemand, Apert, Arie, Arrault, Arreat, Aulès, Auzias, Ayasse, d'Azincourt, Baderot, Barbier, Barjon, Baruk, Bassaget, Baudouin, Baudranc, Bavay, Bensa, Berard, Berbineau, Bergeron, Bes, Bibard, Blondel, Bories, Bossan, Boudeau, Bouquet, Bourdais, de Bourdineau, Bouveyron, Brodier, Cabanes, Cairel, Caminade, Carret, Chalufour, Chaumier, Chenu, Choyau, Claude, Cornet, Cortyl, Cros, Curie, Daleine, Dayot, Defos, Delannoise, Delaunay, Delbrel, Delguel, Destribats, Dolbeau, Donnet, Dreyer-Dufer, Dreyfus, Dubos, Dudouyt, Dujon, Engelbarht, Enouf, Fournie, Gaillardie, Gautier, Giresse, Gorodichze, Graille, Grangier, Grognot, Guilhem, Guillemaut, Guilleminot, Hérard, Hernette, Hinglais, Jacqueau, Jourdan, Judet de la Combe, Kahn, Lahonda, Legendre, Lemasle, Levy, Lissac. Louvrier, Maffre, Marc, Marion, Marlier, Marson, Martin, Marty, Meslier, Monnet, Moracchini, Murat, Oberthur, Orlowski, Ouvry, Patry, Pechin, Peronnet, Pescheux, Philbert, Planques, Prax, Ramond, Reniez, Ribereau, Richaud, Roger, Roubion, Sainz, Sautieux, Sempe, Texier, Tocheport, Tremoulet, Trogneux, Valette, Varnier, Veau et Willemin.

Promotions. — Sont promus dans le corps de santé militaire au grade de pharmacien aide major de 1re classe les aides-majors de 2e classe dont les noms suivent : MM. Fétel, des hôpitaux militaires de la division de Constantine. Frouin, des hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. Vrignaud, des hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

Liste des élèves admis à l'Ecole du service de santé militaire à Lyon. — MM. Téchoueyres, Caujole, Dreyfus, Notin, Cornet, Marland, Manaud, Boutin, Prat, Roudié, Boigey, Joly, Massol, De Gaulejac, Piétrement, Maitre, Chapellier, Herscher, Armeilla, Pasteur, Cahuzac, Escher. Miécamp, Jullien, Michel, Pichon, Bailliart, L.-J. Bertrand, Feldmuller, Clément, Champeaux, Guérin, Guilhaumon, Evrard, Battez, Cariès, Fontagné, Carret, Borderies. Vennat, Lantieri, Pons, Lajoux, Brionval, Besson, Taillefer, Dusserre, Cazaux, Bargy, Ferron, Cailhard, Nicolle, Demanneville, L.-G. Bertrand, Garnier, Cortez, Borie, Mayrac, Marcaillon, d'Aymérie, Métoz.

Manœuvres. — Le service de santé du gouvernement de Lyon vient d'achever ses manœuvres spéciales pour lesquelles on avait fourni des détachements des 52e, 99e, 98, 121e, 157e et 158e d'infanterie, du 10e cuirassiers et du 6e d'artillerie, sous les ordres du général Pedoya. Le combat a eu lieu entre Crémieu et Pusignan (Isère). On a expérimenté les appareils dont se servira la garnison de Paris la semaine prochaine, près de Velizy, pour la recherche nocturne des blessés. Pour la première fois on appliquait la loi sur l'emploi des ecclésiastiques en temps de guerre. Un grand nombre de prêtres ont été convoqués et utilisés comme brancardiers. — Les manœuvres du service de santé du 15e corps d'armée ont été attristées par un douloureux événement. Le médecin principal de 1re classe Schindler, directeur technique de ces manœuvres, a été atteint par une congestion à laquelle il a succombé presque subitement. C'est aux travaux de M. Schindler, c'est à sa persévérance que rien n'a pu rebuter, que l'on doit l'introduction du « régime varié » dans l'alimentation du soldat. C'était un médecin militaire accompli qui laisse d'unanimes regrets.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Liste des élèves admis à l'Ecole du service de santé de la marine à Bordeaux.* — MM. Lafolie, Bougenault, Léger, Boussenot, Manine-Hitou, Roustan, Chagnolleau, Lamoureux, Verdier, Coquin, Latour, Margerie, Braud, Bellamy, Grostillez, Montel, Allain, Chemin, Balcam, Sorel, Donnet, Jousset.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr ETCHANDY (de Tardets) est nommé *Chevalier de la Légion d'honneur.*

RÉCOMPENSES. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné une médaille de bronze à MM. Bouzanquet (externe des hôpitaux de Paris), Brivot (externe des hôpitaux de Lyon) et Brucker (de Beni-Ibindel), en témoignage du dévouement dont ils ont fait preuve au cours de diverses épidémies.

FIÈVRE TYPHOÏDE. — *Epidémie de Maidstone.* — Malgré les promesses rassurantes des médecins officiels, l'épidémie de fièvre typhoïde qui ravage Maidstone ne s'est nullement ralentie.

© BIU Santé

Aujourd'hui le nombre des habitants atteints par la contagion est de près de 1.500; c'est-à-dire que la moitié de la population a le typhus. Il y a huit jours, les cas déclarés étaient au nombre de 66, avant-hier de 55, aujourd'hui de 88. 50 décès ont été constatés un jour. Londres se multiplie pour secourir ces malheureuses victimes de la ladrerie des autorités municipales. Le lord-maire de la cité, sir George Faudell Phillips, a ouvert à Mansion house une souscription qui a produit 75.000 fr. en quelques heures. On n'a qu'à choisir dans le personnel des hôpitaux les infirmières disposées à courir au chevet des malades. Mais la métropole n'a pas seulement à secourir les gens de Maidstone; il lui faut maintenant se protéger elle-même. La contagion a gagné Londres. Dans le courant de la semaine dernière, 172 cas de fièvre typhoïde ont été constatés à Londres, les malades ayant été admis dans les hôpitaux dans la proportion suivante: 23 à l'hôpital de l'Est, 39 à l'hôpital du Nord-Ouest, 17 à l'hôpital de l'Ouest, 23 à l'hôpital du Sud-Ouest, 43 à l'hôpital du Sud-Est et 27 à l'hôpital Brook. On peut soupçonner que la situation va s'aggravant, car, ce matin, les directeurs des hôpitaux ont formellement refusé de faire connaître à la presse le nombre des cas de fièvre typhoïde enregistrés dans les dernières vingt-quatre heures.

Epidémie de Saint-Dié. — Par suite de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Saint-Dié et qui ne paraît pas complètement terminée, notamment, en ce qui concerne le 3e bataillon de chasseurs, les réservistes affectés à ce bataillon à Saint-Dié ont été dirigés sur le 15e bataillon à Remiremont pour y accomplir leur période de réserve.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat en Médecine.* — La composition écrite du Concours de l'Internat aura lieu à la date fixée, le lundi 18 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).— Le jury est composé de MM. Chauffard, Toupet, Launois, Duguet, Faure, Blum, Demoulin, Quénu, Porak, Doléris. — Le jury est définitif, sauf en ce qui concerne M. Doléris, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'*Internat de Médecine* des hôpitaux de Lyon s'est ouvert le lundi 4 octobre, à l'Hôtel-Dieu. Le jury est composé de MM. Albertin, Courmont-Josserand, Nové-Josserand, Rollet, Roque et Vinay. — Les candidats sont au nombre de 90.

Hospice de Jarnac. — L'inauguration de l'Asile Moreau vient d'avoir lieu à Jarnac. Cet établissement contient 16 lits et peut recevoir 13 vieillards indigents et 3 pensionnaires payants. L'honorable M. Brisson, maire de Cognac, avait tenu à honneur d'assister à cette cérémonie. — Après un magnifique discours de M. Laporte, sénateur, maire de Jarnac, les assistants, ayant à leur tête M. le président du conseil de préfecture, remplaçant le préfet, ont visité l'Asile, puis la *Société Philharmonique* a donné un concert sur la place du Château. (*L'Indicateur de Cognac*, 10 oct.)

Un Médecin victime de haines politiques. — M. le Dr X..., médecin à Z..., âgé de quarante et un ans, médecin démissionnaire de la marine, auteur de plusieurs ouvrages estimés, qui fut candidat au conseil général, se croyant victime d'un déni de justice à l'occasion d'un procès remontant à plusieurs années — procès que les haines politiques firent naître et qu'il perdit — écrivit à la suite lettres sur lettres volontairement diffamatoires et injurieuses à l'encontre de plusieurs magistrats, espérant s'attirer des poursuites devant le jury où il ferait la preuve de certaines diffamations et pourrait ainsi confondre ses adversaires. Les magistrats visés dédaignèrent les insultes. Celui-ci, exaspéré par leur inaction, fit alors paraître, au commencement de juillet dernier, une lettre non seulement plus diffamatoire que les autres, mais se terminant par une menace de mort, espérant, cette fois, être traduit aux assises. Il se trompait encore. Le parquet, laissant de côté la diffamation, ne retint que la menace de mort, relevant de la correctionnelle. M. X... fut arrêté le 7 août et envoyé, un mois après, à Lyon, pour être soumis à un examen médico-légal qui le déclara responsable. C'est dans ces conditions qu'il a comparu devant le tribunal. Interrogé, le prévenu dit que la menace a été seulement une machine de guerre devant lui permettre d'aller devant le jury. Plusieurs témoins déclarent que M. X... est un excellent homme, très estimé et incapable de faire le moindre mal. Me Millerand a demandé au tribunal de se déclarer incompétent, la diffamation et la menace étant connexes. Le tribunal a décidé que l'incident se joint au fond et les débats continuent. Le ministère public prononce un réquisitoire sévère et demande au tribunal l'application de l'article 306 du Code pénal, avec l'interdiction de séjour. Me Millerand présente à son tour une défense véhémente du Dr X... Il reproche au ministère public et au juge d'instruction d'avoir servi des haines politiques et la vengeance du procureur général en gardant plus de deux mois en prévention un docteur honorablement connu. « Ce sont des procédés que certainement, dit-il, le garde des sceaux répudierait. » Le défenseur cherche ensuite à établir qu'il y a indivisibilité entre les diffamations et la menace de son client, et que ce dernier n'a pas eu d'intention délictueuse. Il conclut au relaxe. Le tribunal, rejetant la demande d'incompétence, a condamné le Dr X... à quatre mois de prison et aux dépens.

Un cas de rage. — *Etiologie rare.* — On a inhumé ces jours-ci au cimetière des Batignolles, une jeune fille de vingt et un ans, Mlle Mariani Santarsiero, qui est morte de la rage dans les circonstances suivantes. Mlle Santarsiero, possédait un chien bull-terrier, « Bob ». Il y a environ deux mois, ce chien devint malade. La pauvre bête semblait être reconnaissante des bons soins qu'on lui prodiguait et léchait les mains et la figure de la jeune fille. Cependant, l'état de « Bob » empirait. Un jour, il fut pris d'une crise, mordit quelques personnes, parmi lesquelles le garçon livreur d'un marchand de glace. On abattit aussitôt l'animal et les personnes mordues se rendirent à l'institut Pasteur. Mlle Mariani Santarsiero, elle, n'avait aucune inquiétude, son chien ne l'ayant jamais mordue. Aussi, lorsque, la semaine dernière, elle fut prise d'un léger malaise, elle mit cela sur le compte d'un refroidissement. Pourtant, ses jambes enflèrent, l'estomac lui fit mal; la jeune fille dut s'aliter et on appela un médecin. La fièvre se déclara. Mlle Mariani Santarsiero eut deux crises, au cours desquelles ses parents durent lui tenir les mains qu'elle agitait désespérément. Enfin, au troisième jour de sa maladie, elle rendit le dernier soupir entre les bras de sa mère à qui elle parlait fort tranquillement. A l'institut Pasteur, on déclare — ce qui est connu — que le *seul contact de la langue d'un chien hydrophobe est suffisant pour communiquer la rage.* Si, en effet, la langue de l'animal rencontre, soit une muqueuse, soit une excoriation de l'épiderme, la contamination peut se produire. Il est probable que Mlle Santarsiero aura été léchée par son chien sur une petite égratignure.

Convocation. — Le Dr Toussaint (d'Argenteuil) informe les médecins qui firent leur volontariat avec lui au Val-de-Grâce, à Saint-Martin et au Gros-Caillou, il y a vingt ans, en 1877-78, qu'il se chargerait avec plaisir d'organiser pour le 9 ou le 14 novembre prochain, un banquet confraternel où ils pourraient tous renouer connaissance. Prière de lui envoyer sans retard les adhésions à Argenteuil, 7, rue d'Enghien.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le Dr Amédée Pomier, ancien interne des hôpitaux (1867), vice-président du Conseil général des Basses-Pyrénées, où il représentait le canton de Salies-de-Béarn. — M. le Dr Gaumé, médecin-major de 1re classe en retraite. — M. le Dr Rougier (de Lussac-les-Églises. — M. le Dr Schindler, médecin militaire (voir p. 255).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Necker. — Service de M. le Pr Le Dentu. — Pendant les vacances, M. le Dr Mauclaire, chef de clinique, fera à 9 h. 1/2 à l'amphithéâtre, le mardi, une leçon de pathologie externe; le vendredi, une leçon de diagnostic chirurgical.

Maternité de Beaujon, 51, rue de Courcelles (service du Dr Ribemont-Dessaignes). — M. le Dr G. Lepage a commencé, le vendredi 3 septembre, à 4 heures du soir, des conférences de *Clinique obstétricale;* il les continue les vendredis à la même heure.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

ANÉMIE, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale, *Biosine Le Perdriel.*

SAVON DENTIFRICE VIGIER, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

PHTISIE, *Bronchites chroniques.* — Émulsion Marchais.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Le Rédacteur-Gérant: Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy, G. Maurin, Succr, rue de Rennes, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T. VI. N° 43. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 23 OCTOBRE 1897.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

L'Actinomycose: 1° Nocardia Bovis;

Par le Dr A.-H. PILLIET.

I. — *Introduction.* — Il y a plus de douze ans que le titre de cette étude a paru déjà dans ce journal. C'était alors le nom d'une maladie presque inconnue, qui ne semblait intéresser que les vétérinaires. L'auteur, le regretté Bricon (1), avait pressenti l'importance de l'affection que quelques savants allemands venaient de faire connaître, et les travaux nombreux, qui ont vu le jour depuis, n'ont fait que confirmer les vues générales qu'il exprimait alors. Après avoir rendu justice à l'enseignement vétérinaire et rappelé combien la médecine humaine lui devait, il décrit minutieusement le parasite; ses dessins, empruntés à Ponfick, sont excellents; et il donne de la maladie une bibliographie complète pour l'époque. Bricon insiste sur la gravité de l'actinomycose et constate que plus de la moitié des cas publiés ont été suivis de mort. Depuis, cette question semblait oubliée à Paris. E. Cart, 1890, fit de l'actinomycose, le sujet de sa thèse inaugurale sur le conseil du Pr Cornil.

Mais, pendant ce temps, l'étude de la maladie se poursuivait à Lyon sous l'impulsion sagace de M. le professeur Poncet et de son chef de laboratoire, M. Dor. Au Congrès de Chirurgie de Lyon de 1894, nous avons pu tous voir, dans le laboratoire de clinique chirurgicale de M. Poncet, de belles cultures d'actinomycose sur des grains d'orge et d'avoine.

Depuis, les deux chercheurs ont multiplié leurs travaux et le rapport de MM. Poncet et Bérard au dernier Congrès de Saint-Etienne, qui a si vivement frappé le monde savant, n'est que le résumé des efforts poursuivis avec tant de ténacité et de succès par l'école de clinique chirurgicale de Lyon.

Qu'est-ce donc que l'Actinomycose? Quelle est son histoire naturelle; quelles sont ses modalités cliniques? C'est à cette double question que nous allons consacrer les pages suivantes. Mais auparavant un peu d'histoire ne sera pas inutile. Cet historique montrera, en effet, que la maladie avait été vue depuis longtemps; mais que les descriptions les plus exactes n'avaient pu frapper l'esprit de contemporains non prévenus. On ne voit bien que ce que l'on a appris à voir, suivant l'axiome de Charcot. Le fait est que, l'idée de l'affection une fois entrée dans le courant scientifique, il ne fut pas difficile de retrouver des précurseurs.

Le premier paraît avoir été Ch. Robin; mais sa description est fort obscure; il n'y a guère là qu'une présomption, et il faut beaucoup de bonne volonté pour y retrouver les caractères du parasite qui nous occupe. Le curieux de la note réside surtout dans la partie clinique. Robin et Laboulbène examinèrent, le 16 décembre 1852 (2), les fragments d'une tumeur opérée par Nélaton, siégeant dans le *sinus* de l'os maxillaire supérieur. Ces fragments contenaient des corps sphériques, tout à fait spéciaux, ne se rattachant à aucune forme visible. Ils décrivirent même des formes avec stries rayonnantes dans les corpuscules et une paroi propre à double contour. Le second fait est une tumeur sous-cutanée de la région parotidienne, provenant de Velpeau. On y retrouve les mêmes corps. Le troisième est une tumeur des fosses nasales de Chassaignac, enlevée par fragments. Les auteurs y voient les mêmes corps sphériques ou légèrement polyédriques, composés d'une enveloppe complètement homogène, transparente, toujours sans granulations, ordinairement sans stries, mais pourtant quelquefois pourvue de très fines stries concentriques. La Fig. 14 de leur planche représente assez vaguement une couronne d'actinomyces.

On le voit, il n'y a là rien de bien précis, que le fait de trois tumeurs bizarres, siégeant à la face, et contenant des productions particulières qu'on n'a pas retrouvées.

Tout autre est le cas de Lebert, rapporté dans son Atlas d'Anatomie pathologique et très net au point de vue de la description et surtout des dessins. Il s'agit du pus d'un abcès des parois thoraciques, consécutif à une affection pulmonaire. Lebert y décrit une quantité considérable de petits corps sphériques, d'un jaune légèrement verdâtre, du volume d'une tête d'épingle, et composés de corpuscules disposés en couronne radiante.



Fig. 22. — Grain jaune d'actinomycose. Picro-carmin.

Ce fait, malgré sa netteté, passa inaperçu. Rivolta, en 1868, trouva, dans une tumeur sarcomateuse à allures infectieuses de l'angle de la mâchoire inférieure d'un bœuf, les mêmes bâtonnets rangés en rayons. Perroncito les retrouve en 1875. Enfin, en 1877, Harz décrit comme un mycelium ces bâtonnets et leur donne avec Bollinger le nom d'*Actinomyces bovis*. Depuis cette époque, Ponfick, Israel, Musgarten, et tous les auteurs dont on trouvera l'étude dans le travail de Bricon, vulgarisent cette question, et les observations d'actinomycose des animaux deviennent extrêmement nombreuses.

En 1888, les travaux se multiplient, avec Atanasiew, Toni et Traversan, Doria; mais c'est surtout la partie botanique qui attire l'attention et chaque auteur donne un nom différent à la maladie. Puis l'Actinomycose humaine s'impose à son tour et prend une place prépondérante, grâce surtout aux travaux de l'Ecole de Lyon. La bibliographie de cette dernière partie de la question est déjà considérable; on pourra s'en convaincre en se reportant aux travaux de M. Bérard (*Gazette des Hôpitaux*, 1896, n° 26; et, avec M. Poncet, rapport au *Congrès de Saint-Etienne*, 1897).

(1) Bricon. — *De l'actinomycose* (*Progrès Médical*, 1884, p. 130-167).

(2) Robin et Laboulbène. — *Mémoire sur trois productions morbides non décrites.* — *Société de Biologie*, 1853 p. 185.

© BIU Santé

II. — *Recherche du parasite.* — La place vraie du parasite dans l'échelle des êtres a été fixée par notre collaborateur, le Pr Raphaël Blanchard, dans le Traité de Pathologie générale de Bouchard (1895). Jusque-là, les idées étaient flottantes ; nous voyons Boström en faire un champignon du genre Cladothrix; Baillon le ranger dans les Schizophytes, Cornil et Babes dans les bactéries, J. Straus et Roux dans les Mucédinées. Maintenant on est d'accord pour désigner, sous le nom de *Nocardia bovis* (R. Blanchard) l'organisme désigné sous le nom d'*Actinomyces*, de *Bacterium actinocladothrix*, de *Nocardia actinomyces*, de *Oospora bovis*, de *Streptothrix actinomyces*, etc. Cet organisme appartient, d'après Bérard, au genre Oospora, dans lequel il faut intercaler les espèces constitutives de l'ancien genre Streptothrix. Ce sont les conclusions forcées des travaux de Nocard, Mestchnikoff, Sauvageon et Radais, Dor, etc.

Ce champignon se trouve en clinique dans le pus ; et il donne au pus des caractères particuliers. Il peut se trouver sous forme de grains jaunes arrondis, et la couleur de ces grains varie du jaune soufre au jaune verdâtre. A l'état récent, ils peuvent être gris clair ou tout à fait transparents, comme des grains d'épithelioma à globes épidermiques. Ils peuvent aussi se montrer grisâtres ou noirâtres, lorsque le foyer sécréteur est exposé à l'air et aux souillures, ou lorsqu'il contient des matières organiques en putréfaction. Dans les crachats, ils se montrent, d'après M. Naussac (1), sous l'aspect de taches grises, blanchâtres, ressemblant de prime abord à de fines bulles d'air.



Fig. 23. — Filaments pris dans les crachats (Naussac).

Pour l'*examen microscopique* de ces grains, voici quelle est la technique généralement suivie, celle que préconise M. Dor. On peut, en cas de doute sur leur véritable nature, laver le produit à examiner dans une solution forte de potasse (30 0/0), qui ne détruit pas le champignon, et laver ensuite à grande eau.

Que cette précaution ait été prise ou non, on saisit avec la pointe d'une aiguille à cataracte le grain à examiner et on l'étend sur une lamelle propre. Il faut alors déposer sur le grain deux gouttes de picro-carmin de Ranvier, filtré. Ce réactif possède en effet la propriété de colorer les massues. On distingue alors les massues, c'est-à-dire une série de corpuscules allongés, à extrémité renflée, très volumineux et disposés en couronnes.

Ces massues ne se colorent pas par les couleurs d'aniline ; elles sont une forme avancée de l'évolution du parasite ; à côté d'elles, on trouve le mycelium qui se colore, lui, par les couleurs d'aniline.

Prenant donc une seconde lamelle avec un grain disposé comme le premier, nous laisserons tomber dessus une goutte de violet de gentiane. Au bout d'une à deux minutes, la préparation est lavée, passée par le liquide de Gram, déshydratée ensuite à l'alcool à 95° et au xylol, et montée au baume de Canada. Le mycelium se montre alors sous forme de filaments excessivement fins, enchevêtrés, droits ou ondulés, mais présentant, ce qui est un caractère capital, des branchements dichotomiques, caractéristiques du parasite.

Ces filaments sont presque toujours fragmentés, avec des intervalles clairs dans leur intérieur. Ils peuvent subir deux évolutions bien distinctes. Dans la première, ils s'allongent, se rétrécissent et s'étranglent bientôt, se segmentant en un chapelet de corpuscules arrondis, qui se détachent bientôt à l'état de spore. Ils suffisent, de même que les massues, à porter le diagnostic histologique de *Nocardia bovis*.

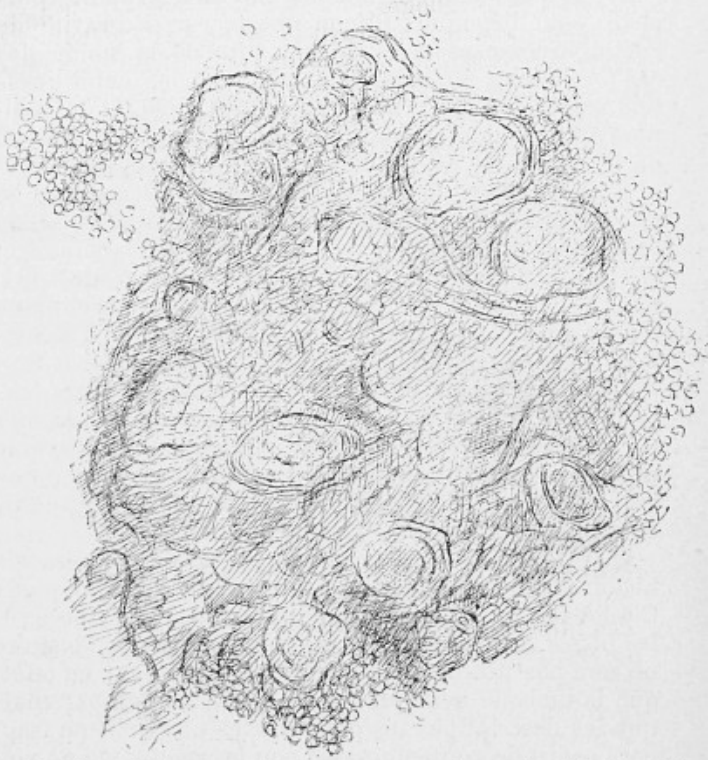


Fig. 24. — Grains jaunes formant des masses dans un tissu (Roufliandis).

Comment ces deux productions, d'aspect si différent, sont-elles reliées l'une à l'autre ? Les travaux de Paulowsky et Maksoutow nous permettent de le comprendre. Ils ont vu en effet que la massue n'est qu'une forme particulière du filament, qui s'épaissit dans certains cas où sa résistance vitale est nécessaire. C'est ainsi que les filaments, en lutte avec les éléments phagocytes, s'épaississent et se renflent en massues au contact ou dans l'intérieur même de ces éléments. Ce fait explique les observations nombreuses, dans lesquelles l'examen histologique n'a montré que des filaments et des spores ; ce sont ceux où le développement libre du parasite n'était pas entravé. On trouve au contraire les massues dans les formes à marche lente, développées sur des

(1) J. Naussac. — *De l'actinomycose pulmonaire.* — Paris, Baillière, 1896.

© BIU Santé

individus résistants. Ainsi la dualité morphologique du parasite peut avoir une grande importance clinique.

Passons maintenant à l'étude des *moyens de culture*. Ils diffèrent de ceux qui sont généralement employés comme les moyens de coloration eux-mêmes. On peut dire qu'en règle générale le *Nocardia bovis* s'accommode de tous les milieux usités. En pratique, il n'en est pas de même. Dans le bouillon, la culture donne des granulations blanchâtres, duveteuses. Sur les milieux solides, gélatine et agar, les mêmes végétations se développent, d'abord blanches, puis tirant sur le jaune et aboutissant au jaune citron. Mais, pour obtenir ces cultures, il faut ensemencer le parasite pur, car sa résistance vitale est très faible, et il est rapidement détruit par les microbes qui lui sont très souvent associés dans les lésions observées sur les animaux à sang chaud.

Le véritable terrain de culture, c'est le végétal; le développement du champignon est caractéristique, d'après Bérard, « par la facilité avec laquelle les cultures pures fructifient sur les céréales légèrement humides ». Sur les graines mûres et légèrement maltées, le mycelium se développe sous la forme d'un enduit pulvérulent, jaunâtre, qui prolifère plus rapidement sur les graines isolées que sur les épis.

Notons par anticipation que, dans un fait d'actinomycose de l'appendice iléo-cæcal sur lequel nous aurons à revenir, on a trouvé, dans la cavité naturelle de l'appendice, un grain de blé couvert de mycelium, comme dans les faits expérimentaux.

Ainsi la graine humide de blé ou d'orge, maintenue à une température variant entre 37° et 40°, est le meilleur terrain de culture. Il est à noter que ces cultures perdent très rapidement leur virulence, lorsque d'autres parasites se développent en même temps que le *Nocardia bovis*.

Après la question des cultures, vient celle de la *reproduction expérimentale de la maladie*. Elle se divise en deux chapitres : reproduction directe par inoculation d'abord; puis reproduction par les cultures pures.

L'inoculation directe a été établie pour le bœuf, par Johne, en 1881. En 1884, Israël introduit un morceau de tissu actinomycosique d'un homme dans le péritoine d'un lapin et obtient la formation d'un tissu induré, néoplasique, contenant des actinomyces. L'expérience était probante. Pour les cultures pures, le résultat a été plus tardif, mais plus complet; on a produit tout d'abord des tumeurs, des indurations; mais Ponfik, et M. Dor et Bérard, en 1893, ont réussi des inoculations dans la chambre postérieure de l'œil du lapin, amenant des généralisations viscérales. La raison de ces difficultés d'inoculation est la même que celle des difficultés de culture; le parasite qui nous occupe est fragile; il se trouve presque toujours associé soit à des microbes pathogènes, soit à des saprophytes qui le détruisent. Pourtant on peut dire que, grâce aux efforts de M. Dor, le *Nocardia bovis* est actuellement au point de vue bactériologique une espèce domestiquée.

III. — *Histoire naturelle du parasite.* — Nous venons de voir quels sont les moyens de recherche du *Nocardia bovis*, quelles sont sa morphologie et sa place dans la classification. Il nous faut chercher maintenant d'où il vient, comment il vit avant de devenir pathogène, quelle est en un mot sa biologie propre. Et ce n'est pas un chapitre d'histoire naturelle seulement que nous écrirons; ce sera surtout de par la force des faits un chapitre de prophylaxie, car l'hygiène préventive se déduira d'elle-même de l'étude de l'habitat et des modes de dissémination de l'ennemi.

Le champignon vit sur les végétaux; il pousse avec facilité, nous venons de le dire, sur les épis de blé ou de maïs, d'avoine ou d'orge, et la plupart des céréales. Mais il ne faut pas croire que cet habitat est nécessaire; on le trouve aussi dans le fourrage, dans le foin humide ou en fermentation, dans les plantes de serre, et aussi sur les débris végétaux, tels que la tourbe des prairies marécageuses, le fumier. Dans un fait d'infection pulmonaire rapporté par Naussac, on ne trouva à incriminer que des moisissures sur le mur d'une chambre attenant à un fumier. On a pu également constater la transmission du mal par les épines et même le bois travaillé.

Ainsi le séjour sur les végétaux, à l'air humide, dans des conditions de température moyenne, telles sont les conditions d'être du *Nocardia*. Sa végétation est ralentie vers 40°, arrêtée vers 50°; il est tué rapidement à 70°.

Ajoutons qu'il est « facultativement anaérobie », c'est-à-dire qu'il peut vivre en aérobie ou en anaérobie, suivant les milieux. En général il se développe mieux dans l'air limité ou confiné qu'au grand air.

La distribution géographique est encore à l'étude; la carte n'en est pas complètement tracée. On le trouve à Paris : l'observation de Lebert, prise sur un malade du service de Louis, en est une preuve, et, depuis, les observations s'en sont multipliées, comme le prouvent les observations de Keller, Choux, Legrain, Duguet, Ducor, Claisse, etc. Mais il paraît y être assez rare, et je n'en ai personnellement examiné qu'un cas, observé à la Charité, dans le service de consultation de M. Thiéry. Dans la grande banlieue, les médecins de Melun, de Corbeil, que j'ai pu interroger, n'ont pas eu non plus l'occasion de voir d'actinomycose.

Pour les animaux, la maladie s'observerait aux abattoirs de la Villette dans la proportion de 1 fois sur 1.000. Dans la banlieue parisienne, elle est assez commune chez les ruminants.

A Lyon, le nombre des cas constatés, surtout par les soins de M. Poncet, est considérable; il égale la moitié des cas répartis ça et là, comme au hasard, dans le reste de la France, Paris compris. La fréquence chez les animaux évaluée à 1 sur 4.000 est difficile à établir, probablement parce qu'il se passe là-bas ce qui se passe dans les environs de Paris. L'animal malade est encore bon pour le trait et subséquemment pour la boucherie; mais il tend à dépérir, parce que le développement de la maladie l'empêche de se nourrir. Le propriétaire s'en débarrasse donc, le repasse à un autre qui s'en débarrasse à son tour, après en avoir tiré ce qu'il a pu, et ainsi de suite. Un seul animal malade passe donc par plus de mains qu'un individu sain, dont le destin est plus simple, et il y a là une cause d'erreur qui ferait croire à des cas plus nombreux qu'ils ne sont réellement.

D'autre part, la maladie n'entraînant pas la saisie de tout l'animal infecté, mais seulement des parties malades, on ne peut se procurer dans les services d'inspection vétérinaire de chiffres fixes (1).

En Allemagne, il existe des districts où la maladie se rencontre sur 5 0/0 des bovidés. En Angleterre, le chiffre atteindrait 8 0/0 dans le comté de Norfolk. Peut-être faut-il incriminer les déchets de distillerie dont on nourrit les bestiaux, car la distribution géographique

(1) Demias. — *De l'Actinomycose animale dans la région lyonnaise.* — Thèse, Lyon, 1896.

© BIU Santé

de la maladie correspond assez à celle des industries de l'alcool.

On voit par là que l'actinomycose est une maladie à aires spéciales, à districts géographiques; il faut d'abord que la région contaminable soit un pays à céréales ou à fourrages, ensuite qu'il existe des troupeaux, de bœufs surtout; le mouton, le porc et le cheval ont été trouvés atteints, mais beaucoup moins souvent; enfin que, soit directement, soit par l'intermédiaire des animaux, la maladie gagne l'espèce humaine. Il est à noter ici que les oiseaux, le pigeon en particulier, paraissent transmettre la maladie chez les gaveurs de pigeons, par exemple, par l'intermédiaire des graines, sans la contracter eux-mêmes.

De cet exposé, on peut conclure que les pays neufs, au point de vue de la culture, l'Australie, l'Amérique du Sud et le Canada, la Sibérie, deviendront des centres de propagation de l'actinomycose, au fur et à mesure qu'ils seront civilisés et exploités. Cette extension du mal sera intéressante, utile à suivre, car l'on sera prévenu de la possibilité de l'invasion et l'on pourra tenter de s'en garder.

IV. — *Anatomie pathologique.* — L'anatomie pathologique de l'actinomycose est assez simple. C'est une tumeur de réaction, que le parasite détermine autour de lui, dans le tissu conjonctivo-vasculaire qu'il envahit par les lymphatiques. Dans le chorion de la langue, par exemple, le mycelium prolifère détermine un apport de phagocytes qui peuvent, comme nous l'avons vu, modifier ce mycelium et déterminer la transformation en massues de ses filaments. Dans ce dernier cas, l'infection est nettement nodulaire autour des massues et rappelle, avec des lésions moins étendues, le type du nodule syphilitique, tuberculeux, lépreux ou morveux. Dans le second, les lésions conjonctives sont plus diffuses et rappellent alors celles de la tuberculose diffuse ou para-tuberculose.

L'actinomycose ainsi formée peut contenir de véritables cellules géantes, mais surtout des cellules épithélioïdes, vitreuses, entourées de tissu conjonctif enflammé. On l'a vu aussi déterminer par le même processus la production de véritables perles épithéliales à cellules périphériques disposées en couches concentriques comme dans les épithéliomas cutanés. Cette forme, bien décrite tout récemment par M. Roulfiandis, peut simuler tantôt l'épithélioma, tantôt le lupus.

Les filaments mycéliens englobés par les phagocytes peuvent n'être pas tous détruits; ils transportent donc l'infection dans toute l'économie par ces mêmes phagocytes, suivant la voie sanguine et la voie lymphatique, mais la généralisation, quoique bien établie, comme nous le verrons dans l'étude des formes cliniques, est rare et tardive. Ponfick a pourtant obtenu des embolies expérimentales par la voie sanguine.

La lésion ainsi installée peut-elle suppurer? Evidemment, puisqu'il s'établit des abcès fistuleux qui donnent aux tissus, aux os en particulier, un aspect de nid de guêpe tout à fait spécial. Mais on s'est demandé longtemps si cette suppuration provenait d'infections secondaires, au cours desquelles les actinomyces peuvent avoir tout à fait disparu, ou si le champignon possédait un pouvoir pyogène propre. D'après M. Netter, ce pouvoir pyogène qu'il a constaté dans un cas d'actinomycose thoracique suppurée n'aurait rien d'extraordinaire.

En résumé, la *Nocardia bovis* reproduit tous les caractères des tumeurs d'infection, avec tendance à la sclérose dans certains cas, à la suppuration dans d'autres, suivant la résistance du sujet. Chez les animaux, sa marche paraît lente, et les épaississements fibreux sont fréquents. Chez l'homme, plus ou moins débilité, on peut, au contraire, observer des destructions étendues des tissus sans tendance à la réparation. Il en est de même dans les autres infections nodulaires qui présentent toutes la même échelle de lésions.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès français de Chirurgie.

18-24 *octobre* 1897.

La XIe session du *Congrès français de Chirurgie* s'est ouverte lundi dernier, à deux heures, à la Faculté de Médecine, avec l'apparat accoutumé, qu'il est désormais inutile de décrire, sous la présidence de M. le Pr Gross (de Nancy).

Sur les bancs du grand Amphithéâtre, recouverts, pour la circonstance, de la traditionnelle draperie rouge, sont entassées les sommités du monde chirurgical. Nous y remarquons un grand nombre de professeurs des Facultés ou Ecoles de province, des chefs de services hospitaliers; et, sur les mêmes gradins, se presse la foule de jeunes praticiens, qui viennent savourer la primeur, fruit du labeur des maîtres, ou soumettre à l'Aéropage suprême le résultat de leurs recherches personnelles.

Nous avons, cette année, comme président, M. Gross, professeur de clinique chirurgicale à Nancy, dont les travaux sont connus de tous nos lecteurs. Ce chirurgien, *vir bonus et operandi peritus*, semble un des plus fervents admirateurs de la radiographie. Son discours d'ouverture n'est pas l'adresse banale des réunions officielles; c'est le panégyrique d'un nouveau procédé de diagnostic qui, indubitablement, ouvre une ère nouvelle aux progrès de la chirurgie.

Lorsqu'il se lève, entouré, sur l'estrade, de MM. les P[rs] Tillaux, Guyon, Lannelongue, Le Dentu, Bouchard, Brouardel, et du médecin inspecteur représentant la VIIe direction au Ministère de la Guerre, une triple salve d'applaudissements, marques de la plus vive sympathie, salue son entrée en fonctions. Voici la substance de ce discours.

Après avoir exprimé sa gratitude pour l'honneur que lui ont fait les membres du XIe Congrès de l'avoir désigné comme président, M. Gross montre combien les difficultés du diagnostic chirurgical sont aplanies par l'application de la radiographie et de la fluoroscopie. Plus de tâtonnements: le chemin du bistouri se trouve désormais tracé avec certitude. Ce nouveau mode de diagnostic a des applications nombreuses. 1° Recherches des corps étrangers dans toutes les parties de l'organisme (position et forme de ces corps); 2° diagnostic différentiel des traumatismes osseux, fractures, luxations, tumeurs, etc.; 3° il rend de grands services dans l'étude des affections néoplasiques profondes (dépôts ostéophytiques, hyperostoses, etc.); 4° enfin, la radiographie est nécessaire pour l'analyse

© BIU Santé

des altérations de nutrition, des troubles de croissance, des difformités et vices de conformation des os. L'examen par les rayons X est du plus précieux secours pour préciser et contrôler toute correction orthopédique en général. L'application à la chirurgie viscérale en est encore très restreinte, le parenchyme des viscères étant peu ou n'étant pas perméable aux rayons Rœntgen. Il est indispensable que nos établissements hospitaliers aient une organisation qui réponde aux exigences actuelles. M. Gross ajoute que le chirurgien doit être à la fois homme d'action et homme de science; il termine en rappelant les noms réputés de quelques confrères décédés depuis la dernière assemblée.

M. le Pr Guyon, sensiblement ému, serre la main à M. Gross (ce dernier venait d'évoquer le souvenir de feu le Dr Vigneron, ancien élève de ce maitre), et l'aimable président est vivement félicité par tous les membres présents.

Le secrétaire général, M. le Dr Picqué (de Paris), encore en grand deuil de sa sœur, une des victimes, comme l'on sait, de l'incendie du Bazar de la Charité, prend à son tour la parole. Après le rapide compte rendu annuel, il constate l'accroissement considérable du nombre des congressistes, la bonne volonté des membres, le travail opiniâtre de chacun, ajoutant chaque année un fleuron supplémentaire à la couronne de gloire de la chirurgie ; il adresse des congratulations aux membres étrangers et les remercie de l'honneur qu'ils font à la science française de participer à ses travaux.

Après le discours de M. Picqué, la séance solennelle a été déclarée close. Chacun, alors, d'aller serrer la main à un ami, aperçu là-bas à l'autre bout de la salle. Les chefs de services et agrégés sautent, comme de jeunes étudiants, sur les gradins de l'amphithéâtre.

Dans la foule, nous avons encore remarqué M. le Pr Félix Terrier, M. Lucas-Championnière, M. le Pr Berger, MM. Segond, Quénu, Gérard-Marchant, Poirier, etc., etc. Parmi les principaux chirurgiens de province, citons : MM. Villar (de Bordeaux), Delagénière (du Mans), Moulonguet (d'Amiens), Témoin (de Bourges), Heydenreich, Calot (de Berck), Tachard (de Nantes), Pantaloni (de Marseille), etc.

Mais, après dix minutes d'interruption, à 3 heures précises, les travaux du Congrès ont commencé par les intéressantes communications de MM. Berger, Poncet, etc. On en trouvera plus loin le compte rendu. [A. P. S.]

Conférence sur la Lèpre.

BERLIN (11-16 *octobre* 1897).

Dans la séance de clôture de la conférence sur la lèpre, qui a eu lieu la semaine dernière, on a résumé le résultat des discussions dans les quatre propositions suivantes : 1° Le bacille de la lèpre est la véritable cause déterminante de la maladie ; 2° L'homme est le seul porteur du bacille ; 3° La lèpre est une maladie contagieuse, mais non héréditaire ; 4° L'isolement des malades est à recommander. Dans certaines conditions, comme par exemple dans celles qui existent en Norvège, l'isolement forcé s'impose.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS. — *Ce numéro paraîtra le 6 Novembre. Nous prions nos lecteurs intéressés, de nous envoyer les renseignements qui concernent leur enseignement le plus promptement possible.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRES FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

(Paris, 18-23 octobre 1897).

Séance du Lundi 18 octobre 1897 (soir).

Epithélioma branchiogène et épithélioma aberrant de la thyroïde.

M. le Dr BERGER (de Paris). — On trouve dans la région latérale du cou des tumeurs cancéreuses, tumeurs primitives en connexion intime avec la gaine des vaisseaux, particulièrement avec la jugulaire, et que Langenbeck, dès 1861, avait appelées tumeurs de la gaine des vaisseaux. Depuis Volkmann (1882) on les considéra comme des carcinomes branchiogènes constitués par de l'épithélium pavimenteux indépendants des organes voisins, enfin adhérents à la gaine des vaisseaux. Néanmoins il existe d'autres cancers, participant à ces deux derniers caractères comme le prouve l'observation d'un cas de tumeur cancéreuse ulcérée profonde du cou chez une femme de 26 ans, extirpée par l'auteur et dont l'examen histologique fait par le Dr Fernand (de Besançon) a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma du corps thyroïde développé dans du tissu thyroïdien accessoire, aberrant.

De la botryomycose humaine. Identité de nature de tumeurs d'apparence papillomateuse chez l'homme avec la botryomycose ou champignon de castration du cheval.

MM. les Drs PONCET (A.) et DOR (de Lyon). — Cette affection est due à un champignon parasite, disposé en grappe; a une grande analogie avec l'actinomycose dont elle serait très voisine, et se traduit anatomiquement par des néoformations inflammatoires au niveau des parasites. Elle se rencontre chez le cheval et n'avait pas encore été remarquée jusqu'à ce jour en pathologie humaine. L'examen anatomique révèle une tumeur présentant une couche de tissus désintégrés et constituée par un tissu de granulations devenu fibreux par endroits, au sein duquel se trouvent de nombreux vaisseaux sanguins embryonnaires. Des cultures furent faites et injectées dans la mamelle d'une ânesse par M. Guinard ; et l'on obtint une tumeur pédiculée, de la grosseur d'une noisette, semblable à la botryomycose du cheval. Après avoir rendu compte de quatre observations de botryomycose humaine, l'auteur conclut que cette affection, si souvent observée chez le cheval, se rencontre également chez l'homme, chez qui elle affecterait plutôt une forme bénigne; et pense que le traitement chirurgical doit être exclusivement conseillé.

Du toucher vésical dans certaines affections périutérines.

M. le Dr HEYDENREICH (de Nancy). — L'auteur cite l'observation d'une inflammation péri-utérine chez une femme de 39 ans, qui faisait tomber le cul-de-sac antérieur du vagin en même temps qu'elle déterminait la formation d'une masse dure s'étendant au-dessus du pubis sur une hauteur de trois travers de doigt. Les urines étaient purulentes. L'auteur, n'ayant pu trouver le foyer purulent le long de la paroi antérieure de l'utérus, pratiqua l'exploration de la vessie. Sous le sommeil chloroformique, il dilata l'urètre à l'aide des bougies d'Hégar, puis introduisit le doigt dans la vessie. Il trouva le foyer à la partie supérieure et un peu à gauche qui laissait écouler un flot de pus, il s'agissait bien d'un abcès anté-utérin ouvert dans la vessie. Puis le doigt gauche placé dans la vessie, le droit dans le vagin, il détermina le point précis du cul-de-sac antérieur où se percevait l'index gauche, et il incisa sur ce point et pénétra tout droit dans la poche, où il plaça une sonde de Pezzer ressortant par le vagin et une autre dans la vessie. Guérison rapide. L'auteur termine en insistant sur les avantages du toucher vésical qui peut tout au plus produire un affaiblissement du sphincter urétral, inconvénient auquel on peut d'ailleurs remédier (électrisation ou diminution chirurgicale du calibre du sphincter), cependant c'est une méthode d'exception dont l'indication ne se présente pas fréquemment, mais c'est une méthode nouvelle.

© BIU Santé

La gastro-entérostomose dans les sténoses simples du pylore.

M. le Dr Dubourg (de Bordeaux). — L'auteur appliqua la gastro-entérostomie au traitement du cancer du pylore (survie de trois à cinq mois en moyenne), il pense qu'elle est indiquée dans les cas de sténose pylorique d'origine simplement inflammatoire. Il faut seulement déterminer le moment où doit se pratiquer l'intervention : c'est lorsqu'une dilatation permanente de l'estomac, accompagnée de troubles graves de la digestion avec hyper ou hypochlorhydrie, douleurs épigastriques, régurgitations ou vomissements plus ou moins fréquents, peut faire penser que le pylore fonctionne mal et qu'il y existe un obstacle, lorsque le traitement médical a échoué, et de plus, lorsque l'amaigrissement est avancé et qu'il y a lenteur et faiblesse du pouls. L'auteur fait toujours la gastro-entérostomie antérieure en passant à travers l'épiploon et le mésocôlon pour aller à la recherche de l'anse jejunale. Il présente le tube de caoutchouc qu'il emploie pour faire l'anastomose et il en décrit les avantages, il en a toujours obtenu des résultats parfaits.

Discussion de la communication de M. Dubourg.

M. le Dr Guinard (de Paris). — L'estomac, suivant les données actuelles de l'anatomie, occupant une ligne verticale, et l'origine du jejunum se trouvant également sur la verticale partant du cardiaque, cette origine, anastomosée à l'estomac suivant la méthode de M. Dubourg, constitue un éperon qui s'oppose au passage facile des aliments dans le jejunum. Il recommande, par suite, le retournement de l'anse duodéno-jejunale vers la droite; de là, chute directe des aliments dans le jejunum.

Les communications de M. Lavisé (de Bruxelles) sur la *cure radicale des hernies*, et de M. Monod (Ch.) (de Paris) sur *un nouveau cas d'hydrorrhée péritonéale*, indiquées au programme, n'ont pas été faites, en raison de l'absence des auteurs.

Séance du 19 Octobre 1897 (soir).

Traitement des contusions de l'abdomen.

M. le Dr Guinard (de Paris). — L'auteur a fait 7 laparotomies pour contusions de l'abdomen; il décrit les 7 cas qui ont nécessité son intervention (il existe en particulier 2 cas où il a opéré 2 sutures du foie avec soie plate et large et où il a obtenu la guérison) et il en arrive aux conclusions suivantes : 1° S'associant totalement aux idées exprimées par M. Michaud, il recommande la laparotomie immédiate, surtout si depuis le moment de l'accident l'état du malade ne fait que s'aggraver. 2° Il recommande également la boutonnière exploratrice sus-pubienne (petite incision de 2 centimètres) qui sert pour ainsi dire d'amorce à l'opération. 3° Il est partisan de l'emploi de l'éther qui remonte le cœur et le pouls. 4° Dans tous les cas de contusions de l'abdomen, il faut se montrer pessimiste, et dans le doute ne jamais s'abstenir.

Sur les contusions de l'abdomen.

M. le Dr Demons (de Bordeaux). — Le diagnostic des contusions de l'abdomen présente trois ordres de faits : 1° les parois seules ont été touchées; 2° avec elles un ou plusieurs organes ont été atteints; 3° les organes seuls ont été lésés à l'exclusion des parois. Les causes en sont extrêmement variables, étant donné la nature, la forme, le volume, etc., des instruments contondants; aussi faut-il se livrer à une enquête attentive et minutieuse. Ensuite, après avoir étudié le degré de résistance des parois abdominales, et la direction de l'action traumatique l'auteur considère la fragilité des viscères, variable suivant les conditions anatomiques, physiologiques et pathologiques où se trouve l'organe, et ajoute qu'il n'est pas indifférent d'apprendre s'il y a eu choc direct ou contre-coup.

Les symptômes seront d'abord la douleur, l'ecchymose et la tuméfaction superficielle, puis les vomissements alimentaires, le ballonnement et la rigidité du ventre. L'auteur étudie, en outre, les différents symptômes qui se manifestent dans les lésions des divers organes, examine quelle est la lésion de l'organe intéressé et s'il y a plusieurs viscères atteints. Enfin, on en arrive au traitement. Le traitement médical consiste en un ensemble de moyens destinés à combattre les accidents généraux du shock, à prévenir les complications, etc., et si cela ne suffit pas, à employer l'expectation armée. Quant au traitement chirurgical, il doit être employé le plus tôt possible, et s'il y a des complications tardives, elles seront traitées selon les préceptes de l'art.

Traitement de la contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval.

M. le Dr Tachard (de Nantes). — L'auteur, se basant sur deux cas récents de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, rejette absolument l'expectation qui est une méthode de hasard, qui permet à l'hémorragie et à la péritonite de s'étendre et adopte dans tous les cas la méthode de l'intervention aussi immédiate que possible. La fréquence et la faiblesse du pouls constatées dix à quinze heures après le traumatisme sont une contre-indication à la laparotomie tardive.

Laparotomie exploratrice dans les contusions de l'abdomen.

M. le Dr Rioblanc (de Lyon). — L'auteur cite deux cas de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, le premier avec douleurs abdominales extrêmement vives et persistantes mais où la laparotomie exploratrice n'a décelé aucune lésion viscérale; l'autre, sans douleurs vives, sauf au premier moment et sans modification du pouls et de la température, mais avec rupture complète de l'intestin, déchirure du mésentère, de la face inférieure du foie; contusion de l'artère rénale droite, ayant déterminé la mort subite. La conclusion, c'est qu'il n'y a pas de signes révélateurs précoces des lésions viscérales, et qu'en présence de la gravité des déchirures méconnues il faut, pourvu que les conditions du milieu le permettent, pratiquer la laparotomie exploratrice, dès que quelque phénomène suspect ou l'intensité même du traumatisme vient jeter un doute sérieux sur l'intégrité des organes abdominaux.

Traitement de la contusion de l'abdomen.

M. le Dr Le Dentu (de Paris). — Sauf dans les cas de rupture du rein et de la vessie faciles à diagnostiquer, le diagnostic direct des contusions de l'abdomen est difficile : d'une façon générale on est obligé de rester dans le doute. Le diagnostic indirect, au contraire, offre plus de chance, il consiste à tirer de chaque symptôme le plus d'indications possible. Il se base sur les signes locaux (lésions de la paroi, hématome, par exemple, pouvant faire penser qu'il y a rupture musculaire et péritonéale, douleur profonde et hyperesthésie en nappe, enfin contracture continue); signes éloignés ou indirects (facies abdominal, altération de la voix et son affaiblissement, variation du pouls, calorification des extrémités, notamment l'abaissement de la température de la langue, suspension ou ralentissement de la sécrétion urinaire, enfin trouble des idées, indocilité du blessé, agitation), tous ces signes commandent l'intervention qui doit être aussi hâtive, aussi simple et aussi rapide que possible. C'est en se basant sur ces nuances qu'il peut distinguer le choc traumatique du choc d'ordre nerveux.

Traitement de la contusion de l'abdomen.

M. le Dr Michaud (de Paris). — La laparotomie est le seul moyen de diagnostic et de traitement des contusions de l'abdomen, sauf dans les cas de contusions du rein, de la vessie et des parties latérales de l'abdomen. Dans l'immense majorité des cas, l'indication thérapeutique ne se tire pas de la clinique (contrairement à ce que dit M. Le Dentu) qui est trompeuse, il faut donc faire la laparotomie exploratrice pour déterminer le diagnostic. A plus forte raison l'auteur recommande-t-il la laparotomie immédiate pour le traitement des contusions de l'abdomen, et non au moment où il y a déjà péritonite généralisée. Sur 20 cas de contusions abdominales, il pratiqua 14 fois l'intervention, il y eut 2 morts seulement; parmi les 6 autres, il y eut 2 cas légers et 2 morts à cause d'une intervention trop tardive.

© BIU Santé

Traitement des contusions de l'abdomen.

M. le Dr Tédenat (de Montpellier). — L'auteur, après quelques observations, se déclare partisan de l'intervention immédiate dans les cas de contusion de l'abdomen.

Traitement des contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval.

M. le Dr Nimier (de Paris). — L'auteur ne conseille pas la laparotomie immédiate faite de parti pris chez tout blessé qui vient de recevoir un coup de pied de cheval. L'auteur a temporisé chez quatre blessés qui ont guéri sans intervention, et sur un relevé de 304 cas traités par l'expectation, on compte 212 guérisons. Suivant lui, l'indication opératoire, si elle doit se poser, devient nette entre la 12e et la 24e heure, parfois même une intervention plus hâtive est cliniquement justifiée. Pour diagnostiquer une déchirure de la paroi intestinale, il faut attendre les accidents dus à la réaction péritonéale et à l'intoxication générale, le chirurgien doit être aux aguets pour en saisir les premiers indices et doit se baser, non sur un seul symptôme, mais sur l'ensemble des phénomènes présentés par le blessé. Celui-ci dès lors doit être immobilisé au lit, réchauffé, tenu à une diète absolue, surveillé à tout instant : l'intervention s'impose dès que la réaction péritonéale et l'intoxication générale paraissent indiscutables.

Sur un cas de contusion de l'abdomen avec déchirure complète de l'intestin.

M. le Dr Février (de Nancy). — Lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion par éclatement, il faut chercher au-dessus et au-dessous sur la surface de l'intestin la lésion par écrasement qui s'y trouve en même temps. Dans une observation citée par l'auteur, celui-ci a vu la coexistence de deux espèces de lésions (écrasement et éclatement) la première à 2 cm. au-dessus de la seconde. Les ruptures incomplètes de l'intestin on été rarement constatées, mais c'est que par l'expectation on leur a donné le temps de se compléter, aussi l'auteur est-il partisan de l'intervention immédiate grâce à laquelle le nombre des ruptures complètes diminuera.

Séance du 20 Octobre 1897 (matin).

Effets du traumatisme opératoire chez le vieillard.

M. le Dr Ch. Rémy (de Paris). — Chez le vieillard, les effets du traumatisme ne sont pas proportionnés à son intensité : une opération sans gravité est souvent suivie de phénomènes inquiétants et même de terminaison fatale. Une plaie même n'est pas toujours nécessaire et l'auteur a vu des vieillards succomber à des fractures de la tête de l'humérus ou du col du fémur. Le choc chez le vieillard peut revêtir plusieurs formes : 1° Le choc traumatique rapide dans lequel il existe un calme qu'on pourrait prendre pour une suite favorable de l'opération. 2° Le choc prolongé, à forme nerveuse, consistant en une série de troubles nerveux qui peuvent amener la mort. 3° Enfin, la mort subite, autre forme de choc opératoire. Le diagnostic est parfois difficile. Le délire nerveux post-opératoire ressemble à celui de l'infection purulente, dans certains cas au délire alcoolique. Le diagnostic est encore à faire avec l'intoxication iodoformique ou l'empoisonnement par l'atropine, et surtout avec la pneumonie et l'urémie. Il faut éviter surtout l'emploi du chloroforme. Le traitement consiste essentiellement dans l'application de compresses chaudes sur l'abdomen, en donnant des boissons chaudes et réconfortantes, des injections de sérum chaud, etc.

Essai sur les ligatures vasculaires dans les tumeurs inopérables et dans certaines infections.

M. le Dr Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien de la Pitié. — Les faits que je réunis ici constituent un essai de réhabilitation. Un essai, car ces neuf observations, ne forment pas une étude suffisante pour élucider une question aussi vaste ; et une réhabilitation, puisque ces ligatures ont été déjà tentées contre les néoplasmes. Elle n'a d'autre but que d'appeler votre attention sur certaines indications thérapeutiques dont votre pratique jugera l'efficacité. L'idée d'atrophier une tumeur en supprimant l'arrivée des liquides qui la nourrissent, en l'affamant, n'est pas neuve. Pratiquée au commencement du siècle par Maunoir et Travers, elle fut essayée par Mirault et Broca père en France, Nagel en Allemagne, plus récemment par Baumgartner, Kœhler 1888, et surtout par les Américains ; et Packard en 1895 en publia une étude d'ensemble.

Ces observations sont disparates au point de vue des indications ; je laisse de côté les opérations de ligatures antérieures à la période antiseptique ; les hémorragies secondaires étaient alors la règle et le discrédit jeté sur la méthode s'est perpétué depuis. Je crois qu'il faut en rappeler et que les ligatures devenues bénignes peuvent rendre les plus grands services, si elles sont pratiquées dans des cas déterminés. Je diviserai à cet égard les néoplasmes *suivant la région* qu'ils atteignent. Certaines régions ont une *vascularité telle* que les ligatures artérielles ne peuvent prétendre à une anémie vraie, et les organes de la face, de la cavité buccale et du pharynx rentrent dans ce cadre ; ils ont une nutrition qui prend *sa source dans des vaisseaux trop nombreux*. J'ai pu me rendre compte que la ligature simultanée des deux linguales ou des deux carotides externes ne fait pas même pâlir la langue ou la face. Si les gros troncs sont vides de sang, la circulation capillaire continue trop intense pour agir même temporairement sur la nutrition du néoplasme. Il en est tout autrement des organes dont la vascularisation dépend *de 1, 2 ou 4 troncs principaux*. Les ligatures artérielles amènent alors une atrophie intense de l'organe. A cet égard, j'ai expérimenté sur des viscères à *un seul* pédicule comme le rein ou la rate, et sur des organes à plusieurs pédicules comme l'*utérus*. L'atrophie consécutive est manifeste ; mais, en cas de néoplasme, la vascularisation subit une vaso-dilatilation énorme et les ligatures artérielles peuvent être alors insuffisantes. Ce sont les observations qui seules peuvent juger cette question. A cet égard, je diviserai les néoplasmes en tumeurs *bénignes* et *malignes*. Les tumeurs bénignes ainsi attaquées ne sont guère que les fibromes utérins, dont la nutrition faible et bizarre se prête à ces interventions. Je ne fais que signaler ces faits déjà nombreux dans la science ; j'ai moi-même lié les vaisseaux du ligament large, en 1892, à Beaujon. Il s'agissait d'un fibrome encloué dont l'extirpation me paraissait bien dangereuse, vu l'état cachectique de la malade, que M. Péan avait refusé d'opérer. Faute de pouvoir découvrir l'ovaire, je fis la castration ; d'un côté et la ligature du ligament large de l'autre. Ma malade vit ses pertes disparaître ; et tous ces accidents ont disparu. Son fibrome a fondu comme dans les cas de castration double.

Les tumeurs malignes, auxquelles je me suis adressé, sont des cancers de la langue et de l'utérus. Les ligatures bilatérales des artères linguales ou carotide externe m'ont donné un succès opératoire parfait, mais des résultats *purement palliatifs*. Mon premier malade, envoyé à la Maison Dubois par M. Le Dentu, fut nettement amélioré au point de vue des douleurs et de la gêne fonctionnelle, au point qu'il ne doutait pas de sa guérison quand il repartit pour la Guadeloupe ; mais j'avais déjà constaté que l'évolution de la tumeur, entravée d'abord par la ligature, avait repris sa marche envahissante. J'ai répété quatre fois cette opération à la Pitié : deux fois en liant les deux carotides ; deux fois en liant les deux linguales derrière la grande corne de l'os hyoïde. Dans les deux cas, douleurs et hémorragies disparurent pour quelques semaines ; mais la tumeur n'en reprit pas moins son évolution. Je n'aurais pas persisté dans cette voie, si je n'y avais été incité par un succès obtenu dans un cas de cancer utérin. Le succès m'étonna moi-même, au point que je n'ose publier l'observation que seize mois après l'opération. Une femme de 37 ans entre à la Maison Dubois dans l'état le plus lamentable : maigre, cachectique, et portant un cancer du col utérin propagé aux parois vaginales. Les lésions sont si manifestes et si étendues qu'on les a jugées inopérables dans le service de MM. Richelot et Pozzi, et je partageais moi-même cette opinion. Cependant, ses douleurs étaient telles que je me regardais comme autorisé à tenter un palliatif quelconque et je fis les ligatures des quatre pédicules utérins par laparotomie. Je fis d'abord l'extirpation d'une salpingite suppurée ; puis je liai les deux utéro-ovariennes au-dessus de l'utérus et les deux utérines. A mon grand étonnement, la malade supporta l'opération et ses suites ; le suintement diminua peu à peu ; l'état général s'améliora ; la malade put sortir de l'hôpital. A ce moment, ses lésions étaient très localisées au col. Je fus convaincu que j'avais fait une erreur de diagnostic ; et je gardai ce fait jusqu'au deuxième mois après l'opération où j'examinai de nouveau cette femme à la Pitié. Elle était relativement bien portante et elle portait au niveau du col une tumeur localisée, du volume du pouce, ayant tous les caractères d'un épithélioma. J'enlevai un gros fragment de la tumeur. M. Macaigne, chef du laboratoire des hôpitaux, m'a remis le résultat de son examen, qui conclut à l'épithélioma le plus net.

Cette malade vient de rentrer, sur ma demande, dans mon service dix-sept mois après son opération, où vous pouvez constater l'existence de cette tumeur vraiment momifiée. Je vous livre ce fait sans commentaires. M. Baumgartner en a publié un autre semblable. J'ai pratiqué une seconde fois cette opération, sans pouvoir lier l'artère utérine par voie abdominale. Tenant le milieu entre les

*

© BIU Santé

tumeurs et les infections, certains états pathologiques, comme la *mégalosplénie*, seraient justiciables de cette méthode. J'ai étudié à cet égard le manuel opératoire de la ligature de la splénique, et j'ai pu le mettre à exécution dans un cas où des lésions multiples m'empêchèrent de pratiquer cette ligature.

Les ligatures vasculaires ont trouvé leurs indications dans *certaines infections*. En somme, une infection locale tue un malade parce que les toxines élaborées au niveau du foyer morbide se reproduisent indéfiniment, grâce à l'apport de sang artériel aux bactéries et à la diffusion dans l'organisme des produits bactériens par l'intermédiaire des veines. De là deux espèces d'intervention : l'une ayant pour but de barrer le chemin aux toxines fabriquées par la *ligature des veines*; l'autre se proposant d'empêcher l'élaboration des poisons en empêchant le liquide sanguin d'apporter les matériaux de cette élaboration: d'où la *ligature artérielle*. Les ligatures de la jugulaire interne dans la thrombose des sinus, les ligatures de la saphène en cas de phlébites graves, sont des interventions du premier groupe. Les ligatures artérielles ont été bien moins fréquemment pratiquées.

Le fait le plus curieux que j'ai observé à cet égard est le suivant : Une jeune femme de 28 ans, à la suite de poussées multiples de furonculose, fut atteinte d'accidents infectieux mal déterminés, et qui aboutirent à un phlegmon périnéphrétique gauche que j'ouvris. Les accidents graves continuèrent et je constatai l'existence d'abcès miliaires multiples du rein. L'état général était si bas qu'il n'y avait pas à songer à une néphrectomie ; mais les accidents étaient tels que je crus devoir intervenir en plaçant une pince à demeure sur le pédicule rénal. Les accidents infectieux tombèrent dès le lendemain ; le rein s'élimina dans la quinzaine par la plaie et je crus un instant ma malade sauvée, quand elle fut prise six semaines plus tard des mêmes accidents du côté du rein droit et elle succomba. De ces faits je ne veux tirer que quelques déductions.

Les ligatures artérielles constituent, avec les procédés actuels de la chirurgie, des moyens inoffensifs ; il serait utile de reprendre leur étude dans le traitement de certains néoplasmes inopérables et dans certaines infections. Les organes ne possédant qu'un petit nombre de pédicules vasculaires sont ceux qui bénéficieront le plus de cette méthode. Certaines tumeurs bénignes, comme les fibromes, peuvent en tirer grand bénéfice, quand nos procédés si perfectionnés d'exérèse seront mis en défaut, ou quand la castration sera contre-indiquée. Les épithéliomas et leurs complications peuvent donner lieu à des indications de ligatures atrophiantes, soit pour remédier à des hémorragies ou à des douleurs, soit pour limiter ou entraver l'évolution de la tumeur. Des faits de cancer de l'utérus ont été ainsi améliorés dans des proportions encourageantes. Certaines hypertrophies organiques, comme la mégalosplénie, paraissent justiciables du même procédé.

Les infections localisées peuvent être attaquées dans certains cas par les ligatures vasculaires. Dans les phlébites des sinus et dans certaines infections veineuses du membre inférieur, la ligature du bout cardiaque du vaisseau a donné de bons résultats. L'oblitération vasculaire se propose dans ces cas d'empêcher le déversement continu de produits toxiques dans la circulation générale. Les ligatures artérielles trouvent de même leur indication, quand il est permis d'espérer qu'elles tariront la source même des toxines. Ce sont là sans doute des faits exceptionnels ; mais ils méritent d'être étudiés à nouveau et je crois qu'ils trouveront quelques heureuses applications.

Discussion sur les ligatures atrophiantes dans les tumeurs inopérables.

M. le Dr Bousquet. — L'auteur, s'associant aux idées de M. Tuffier, recommande la ligature du pédicule vasculaire dans les cas de tumeurs inopérables et d'infection locale.

M. le Dr Hartmann (de Paris). — L'auteur a pratiqué plusieurs ligatures pour des tumeurs inopérables : d'abord pour les régions à pédicules vasculaires nombreux on n'obtient presque aucun résultat. Mais, en outre, il a suivi cette méthode dans 3 cas de cancer de l'utérus inopérables, il a été jusqu'à lier à la fois les 2 artères hypogastriques, les 2 ovariennes et les artères des ligaments ronds et il n'a obtenu aucun résultat appréciable. Ce n'est que dans les cas de fibromes utérins que la ligature peut s'appliquer d'une manière efficace (cela se pratique d'ailleurs à l'étranger), il suffit de déterminer une perturbation dans la vascularisation des fibromes, l'auteur ie le pédicule vasculaire artériel et veineux.

Considérations sur le fonctionnement de l'hôpital de campagne envoyé de Paris à Athènes pendant la guerre gréco-turque.

MM. les Drs Phocas (de Lille) et Inglessis (de Marseille). — Les auteurs ayant dirigé cet hôpital à Athènes pendant la guerre gréco-turque, décrivent d'abord son approvisionnement et le comparent aux autres installations du même genre établies à Athènes pendant la même époque. Ils font certaines critiques sur l'approvisionnement de l'hôpital de campagne français et proposent certaines modifications en rapport avec les exigences de la chirurgie moderne. Puis ils étudient une statistique de 50 cas de blessures par armes à feu qu'ils divisent :

1° Blessures des parties molles ; 2° fractures compliquées ; 3° plaies des articulations ; 4° plaies des vaisseaux et des nerfs ; 5° plaies des viscères.

Ils donnent leur statistique opératoire qui comprend seulement 12 interventions toutes terminées heureusement. Ils concluent qu'il est urgent de doter l'hôpital de campagne de tous les perfectionnements nécessaires à la chirurgie moderne et à la pratique d'opérations graves, telles que les laparotomies et les trépanations. Le rôle de l'hôpital de campagne sera d'autant plus considérable dans les guerres modernes que les blessures les plus graves devront y être soignées. La chirurgie active devra se faire dans le service de l'avant.

Sur un cas de phlébite du sinus latéral consécutif à une otite moyenne. Opération. Mort.

MM. les Drs Villard et Rivière (de Lyon). — Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans, porteur depuis plusieurs années d'une otorrhée chronique. Il vit survenir des phénomènes graves (fièvre, céphalalgie, douleur dans les régions temporales et mastoïdiennes, demi-coma, torticolis douloureux, exophtalmie double, peu de modifications locales). Le diagnostic de phlébosinusite est porté. Intervention à la gouge et au maillet ; cellules mastoïdiennes presques saines, le sinus latéral apparaît thrombosé et d'aspect puriforme. Il est ouvert et poursuivi jusqu'au pressoir (jet de sang à ce moment), ligature de la jugulaire qu'on trouve thrombosée. Au troisième jour, signes de pleuro-pneumonie septique. Mort le septième jour. Conclusions : Difficultés du diagnostic : importance des phénomènes de septicémie, de la dilatation des veines de la face, de l'exophtalmie. Importance d'une intervention hâtive : le malade aurait probablement guéri si on avait pu devancer les lésions de la jugulaire.

L'otite sympathique.

M. Paul Raugé (de Challes). — Les lésions spontanées ou traumatiques primitivement limitées à une seule oreille peuvent secondairement provoquer sur l'autre un certain nombre de troubles organiques ou fonctionnels. Ce qui se passe en pareil cas est exactement comparable à l'ophtalmie sympathique. L'auteur a observé une série de cas dans lesquels cet enchaînement se montrait avec toute évidence. Les observations qu'il a recueillies se présentent sous la forme générale suivante : Une lésion nettement unilatérale atteint une des deux oreilles. L'intégrité de l'oreille opposée demeure tout d'abord intacte. Mais, au bout d'un temps plus ou moins long, on observe de ce côté une diminution de l'ouïe aboutissant rapidement à une surdité plus ou moins complète. Les troubles constatés en ce cas sont tantôt purement fonctionnels, tantôt liés à une inflammation chronique revêtant le plus fréquemment la forme atrophique ou scléreuse. Ces lésions sont susceptibles de s'arrêter ou de rétrocéder par la destruction des tissus malades, de l'oreille primitivement atteinte (cautérisation, curettage, évidement). L'ablation systématique des parties altérées d'une oreille pour protéger l'oreille saine doit prendre rang en thérapeutique au même titre que l'énucléation dans le cas d'ophtalmie sympathique.

De l'évidement pétro-mastoïdien appliqué au traitement chirurgical de l'otite moyenne sèche.

M. le Dr A. Malherbe (de Paris). — L'auteur rapporte 11 cas d'évidement pétro-mastoïdien appliqué au traitement de l'otite moyenne sèche. Dans tous les cas il a obtenu des résultats

© BIU Santé

appréciables, l'audition a été sensiblement améliorée. Le manuel opératoire (publié en juin dernier dans la *Revue de chirurgie*) est le suivant : Incision dans le sillon rétro-auriculaire de la peau et du périoste, écartement des lèvres de la plaie à l'aide de l'écarteur automatique. L'auteur attaque l'os avec la gouge et le maillet; puis à l'aide du perforateur, il s'avance dans l'aditus, en se servant en outre d'une fraise spéciale qu'il a fait construire. Pansement à la gaze stérilisée. Une des premières indications de l'opération est la disparition de l'audition des sons aigus qui est d'un pronostic grave au point de vue des fonctions de l'oreille.

Résection totale du maxillaire supérieur sans ouverture de la cavité buccale.

M. Girard (de Berne). — Dans les cas qui exigent la résection totale du maxillaire supérieur (en général il s'agit de tumeurs malignes), on trouve assez souvent que non seulement le voile du palais, mais encore le revêtement périosto-muqueux de la voûte palatine sont intacts. On a conseillé alors de conserver ce dernier et de le détacher de la voûte par une incision côtoyant les dents. Le maxillaire ayant été enlevé, on peut suturer le bord du lambeau périosto-muqueux au bord de la muqueuse de la lèvre et de la joue, de manière à rétablir une cloison horizontale, une sorte de voûte palatine. Que l'on ait pu ou non conserver la peau de la face, la cavité opératoire recommunique plus directement avec la bouche. La voix ne présente aucun trouble, la déglutition se fait facilement. Ces avantages seraient très grands à d'autres points de vue encore, si l'on pouvait compter sur la réunion complète et solide de cette suture. Or celle-ci ne tient pas facilement. Après peu de jours on voit d'ordinaire un hiatus plus ou moins grand s'établir et les avantages en question disparaître. Pour éviter cet inconvénient, j'ai pratiqué dans des cas de ce genre, la résection totale du maxillaire supérieur par le procédé suivant : 1° Il est rare que le malade souffrant d'une affection nécessitant la résection totale du maxillaire supérieur soit muni de toutes ou de la plupart de ses dents *du côté atteint*. Elles manquent entièrement ou il subsiste encore peut-être deux ou trois plus ou moins avariées. Dans ce dernier cas on les enlève quelques jours avant l'opération y compris l'incisive médiane du côté sain. Les solutions de continuité qui en résultent à la gencive sont rapidement comblées, sinon totalement, du moins suffisamment en peu de temps; 2° immédiatement avant l'opération on tamponne solidement la cavité naso-pharyngienne et l'ouverture nasale postérieure du côté malade; 3° l'incision de la peau de la face se fait selon les cas, d'après un des procédés connus, mais en évitant de faire descendre l'incision jusqu'à ouvrir le repli muqueux labio-bucco-gingival. Dans sa partie inférieure l'incision doit partir de la narine en suivant au début le sillon naso-labial et en se dirigeant ensuite un peu plus horizontalement. Elle pénétrera jusque sur l'os; 4° par cette portion inférieure de l'incision, on décolle d'abord sans l'ouvrir le repli muqueux labio-buccal gingival, puis la gencive en contournant le bord alvéolaire du maxilaire. On arrive ainsi avec quelque précaution à décoller le revêtement périosto-muqueux de la voûte du palais du côté malade en dépassant un peu la médiane, sans produire de perforation; 5° ce décollement opéré, la résection de l'os maxillaire supérieur se fera suivant les règles habituelles. Toute l'opération a pu se faire jusqu'ici sans pénétration directe du sang dans la bouche; il n'y peut arriver que ce qui a pu déborder par-dessus la lèvre et entrer par l'orifice buccal, ce que l'on peut facilement éviter; 6° la cavité opératoire ayant été garnie de tampons et l'incision faciale suturée et fermée, s'il y a lieu avec autoplastie, au moyen d'un lambeau fronto-temporal, on fait sortir les extrémités de la gaze du tamponnement par la narine ou par l'angle externe de l'incision dans le pli naso-labial, de manière qu'on puisse l'extraire et la remplacer facilement. J'ai opéré par ce procédé *extra-buccal* une série de cas de tumeurs malignes du maxillaire supérieur intéressant soit uniquement le sinus, soit essentiellement la portion supérieure du maxillaire, avec ou sans évacuation de l'orbite. Les malades ont pu, dès l'opération, parler avec leur voix habituelle, avaler sans difficulté; ils ont pu, chose importante pour la clientèle des hôpitaux, se passer d'appareils prothétiques que, du reste, on pourrait alors appliquer facilement.

Angine dite de Ludwig ; de sa nature et de son traitement.

M. le Dr Dubois (de Cambrai). — Après avoir rapporté quelques observations personnelles du phlegmon du plancher de la bouche dit angine de Ludwig, qui se sont terminées d'une manière différente, l'auteur établit que la différence de l'angine de Ludwig selon les cas, ne tient pas au siège anatomique, mais à la nature plus ou moins infectieuse du microbe qui se trouve dans le pus. Il conclut qu'il faut toujours faire l'ouverture extérieure, soit sur le trajet de la linguale, en allant jusque sous le mylo-hyoïdien où se trouve le pus, soit sur la ligne médiane, au-dessous de la symphyse du menton, également profondément au-dessus du mylo-hyoïdien.

Plaie de la face par arme à feu.

M. Inglessis (de Marseille) rapporte en détail l'observation dont les points intéressants sont les suivants : balle de fusil pénétrant la joue droite, perforant le muscle masséter, les piliers antérieurs droit et gauche du voile du palais et sortant au niveau de l'angle gauche du maxillaire inférieur après avoir passé à travers la glande parotide ; hémorragie primitive assez abondante ; plaies de la muqueuse bucco-palatine sphacélées, suppuration fétide, contracture traumatique du masséter, fistule parotidienne. Guérison.

Compression des circonvolutions motrices par abcès cérébral traumatique.

M. le Dr Moulonguet (d'Amiens). — Dans un traumatisme du crâne au niveau du pariétal droit, produit par l'angle d'une barre de fer, et qui ne détermina chez le blessé aucun phénomène de commotion cérébrale, il y eut une plaie du cuir chevelu qui fut suturée et traitée comme une plaie simple. Cette plaie guérit en peu de temps, sans que le malade interrompît un seul jour ses occupations et son travail. Cependant, au bout d'une quinzaine de jours, le malade ressentit un peu de fièvre et il s'aperçut que son bras gauche remuait moins facilement. Cette faiblesse augmenta progressivement et le malade dut cesser de travailler. Les mouvements de la langue s'embarrassèrent et la prononciation devint difficile. Le bras et l'avant-bras gauches exécutaient difficilement les mouvements d'élévation, de flexion et d'extension. La main était fléchie sur l'avant-bras, et le malade ne pouvait pas redresser le poignet. Le mouvement de supination était impossible. Le malade ne pouvait pas écarter les doigts. La sensibilité était intacte. Bien que la cicatrice du cuir chevelu siégeât en avant des centres moteurs du membre supérieur, j'incisai à son niveau et trouvai un enfoncement d'un fragment osseux complètement détaché. Je pus l'extraire, en agrandissant la brèche cranienne. La dure-mère était déchirée. Il s'écoula aussitôt une bouillie noirâtre, mélangée de pus. Je détergeai le foyer et le drainai.

Dès le lendemain, la fièvre était tombée. L'intégrité des mouvements de la langue et du membre supérieur revint peu à peu. Les interosseux de la main furent les derniers à reprendre leur force complète. Au bout de cinq semaines, le malade put retourner à son travail. Il s'est donc agi d'une compression des circonvolutions motrices assez éloignées du point traumatisé, compression exercée, non par le fragment enfoncé mais par l'abcès consécutif.

Polypes naso-pharyngiens.

M. le Dr Isch-Wall. — On peut enlever les gros polypes naso-pharyngiens sans résections osseuses. J'ai pratiqué cette opération sur un enfant de 15 ans ayant un polype envahissant le pharynx nasal, les fosses nasales, le sinus maxillaire droit, la fosse temporale et l'orbite du même côté. Voici comment j'ai mené l'intervention, qui a duré quelques minutes. Le malade endormi est placé la tête en bas. A l'aide de la rugine de Doyen, je détache les insertions basilaires et ptérygoïdiennes qui existaient dans ce cas. La tumeur est saisie avec une pince pendant que l'index introduit dans la narine droite déchire avec son ongle le point rétréci de la tumeur au moment de son passage en dehors du pharynx. La pince arrache alors toute la portion pharyngo-nasale du néoplasme, et une

© BIU Santé

éponge introduite dans le pharynx fait une compression presque inutile, car le sang coule peu dès que la tumeur est enlevée. Immédiatement je fais une grande incision à la fosse temporale, je mets la tumeur à nu et je la pince. Un coup de ciseau sectionne l'arcade zygomatique qui s'oppose à l'ablation et dès que cet os est sectionné la tumeur peut être extirpée par traction. L'hémorragie qui reparaît au moment de cette seconde ablation est facilement arrêtée par la compression. Suites opératoires simples. Guérison assez rapide et sans incidents.

Kyste séreux du cou.

M. le Dr Mauny relate un cas de kyste séreux congénital de la base du cou chez un enfant de 22 mois traité avec succès par l'ablation totale. Il pense que le diagnostic des kystes congénitaux du cou est souvent difficile, surtout lorsque la poche est multiloculaire avec des prolongements profonds et sans fluctuation. On peut les confondre avec les ectasies vasculaires, principalement les dilatations veineuses, avec angiomes. Par leur volume et leur siège, ces kystes peuvent faire courir de très grands dangers. L'intervention s'impose donc dans la majorité des cas. Au point de vue opératoire, les ponctions et injections modificatrices, dangereuses dans les régions du cou, doivent être abandonnées pour faire place à l'ablation totale de la poche entière avec ses prolongements. C'est là la méthode de choix.

Sur la résection totale du grand sympathique cervical dans le goitre exophtalmique.

M. le Dr J.-L. Faure (de Paris). — J'ai pratiqué trois fois la résection du grand sympathique cervical pour lutter contre les accidents du goitre exophtalmique.

Chez une première malade, dont l'affection remontait à une douzaine d'années et qui est opérée depuis le 5 juin, j'ai obtenu : une diminution très nette de l'exophtalmie, surtout marquée dans les premiers jours et actuellement stationnaire, une répression considérable du goitre, une amélioration légère de la tachycardie, mais surtout une véritable transformation de l'état général. Chez cette malade, j'ai extirpé des deux côtés le ganglion cervical supérieur et cinq à six centimètres de cordon qui en émane.

Chez une seconde malade, d'ailleurs moins gravement atteinte, et opérée le 3 août, j'ai obtenu une très grande amélioration de l'exophtalmie qui s'est surtout atténuée dans le mois qui a suivi la sortie de l'hôpital et a presque disparu ; une rétrocession considérable du goitre et une amélioration également très grande de l'état général. Chez cette malade j'ai reséqué la totalité du grand sympathique droit, y compris le ganglion supérieur et le ganglion inférieur. Mais, à gauche, la malade ayant eu, au moment où je sortais le pneumogastrique, une syncope immédiate et grave, qui n'a cédé qu'à quelques minutes de respiration artificielle, j'ai cru prudent de me contenter d'enlever le ganglion cervical supérieur et quelques centimètres de sympathique.

Une troisième malade, qui était un type remarquable de la maladie dont elle présentait tous les signes à l'état pour ainsi dire aigu, a succombé au chloroforme. J'avais enlevé à droite, sans incidents, le sympathique tout entier avec ses deux ganglions externes. A gauche, après l'incision de la peau, la malade criant et remuant, quelques gouttes de chloroforme lui furent données dans les conditions ordinaires et la malade présenta une syncope brusque, dont elle ne put être rappelée.

Je n'ai rien à dire au point de vue opératoire, si ce n'est que l'opération m'a toujours paru relativement facile.

Les résultats que j'ai obtenus dans mes deux premiers cas ont été très favorables : limitation de l'exophtalmie, répression du goitre, état à peu près stationnaire de la tachycardie, mais transformation presque complète de l'état général qui va s'accentuant encore. C'est donc, à mon avis, une bonne opération. Mais je ne puis passer sous silence les deux accidents chloroformiques, une syncope grave et une mort, que j'ai observés. Sur trois cas, c'est beaucoup.

Je me demande si l'opération n'est pas, jusqu'à un certain point, favorable et si le cœur, privé d'une de ses sources d'énergie, n'est pas plus sensible à la toxicité des anesthésiques. Je crois qu'il peut être prudent de faire l'opération en deux fois, et j'ai l'intention, à l'avenir, d'employer l'éther au lieu du chloroforme. Mais cette opération m'a donné, quant à ses résultats thérapeutiques, de trop bons résultats pour que je ne la recommence pas à la première occasion.

Traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

M. le Pr Thomas Jonnesco (de Bucarest). — Trois méthodes se disputent la qualité d'opération de choix dans le traitement chirurgical du goitre exophtalmique : celle qui s'adresse au corps thyroïde (*thyroïdectomie partielle, strumectomie* ou *énucléation*, et *exothyropexie*) ; celle qui s'attaque aux artères thyroïdiennes (*ligature des artères thyroïdiennes*) ; et celle qui s'adresse au sympathique cervical (*section du cordon, résection partielle*, et *résection totale et bilatérale* du sympathique cervical, y compris les trois ganglions). Laquelle de ces méthodes répond au triple *desideratum* : bénignité, facilité et efficacité ?

1. — La *thyroïdectomie partielle*. — Allen Starr (*Medical News*, 1896) en a réuni 190 cas, dont : 74 guérisons complètes, 45 améliorations, 3 insuccès et 33 morts rapides. Donc 45 0/0 à peu près de succès et 17,36 0/0 de mort rapide. Les cas heureux de Tuffier (2) et de Doyen (2) nouvellement publiés (1897) ne changent rien à cette statistique, car on peut leur opposer les cas malheureux de Lejars (mort subite) et de Quénu (thyroïdectomie totale de nécessité après hémorragie, avec myxœdème consécutif) aussi récents (1897). Donc la thyroïdectomie partielle, opération facile et bénigne dans le goitre ordinaire, devient grave dans le goitre exophtalmique, par la fréquence de la mort subite et immédiate, absolument indépendante de l'acte opératoire. De plus, les guérisons obtenues l'ont été dans les goitres anciens devenus tardivement basedowiens (faux goitres exophtalmiques), tandis que dans les cas de goitre exophtalmique vrai, la mortalité immédiate est considérable (Mœbius).

La *strumectomie* ou *énucléation* intra-glandulaire isolée de Socin a donné de meilleurs résultats : 61 cas avec 50 guérisons ou améliorations, 4 morts dont 2 opératoires, 2 tétanies et 5 insuccès ; soit 82 0/0 de résultats plus ou moins favorables, mais obtenus surtout dans les faux goitres exophtalmiques (Briner, 1894).

Quant à la *thyroïdectomie totale*, malgré l'opinion de Péan (*Ac. de Médecine*, 1897), sa gravité est bien connue pour y insister.

L'*exothyropexie* de Poncet et Jaboulay, à part ses inconvénients, n'a pas donné de meilleurs résultats : 12 opérations avec 5 guérisons ou améliorations et 2 morts par basedowisme aigu.

En somme gravité, inefficacité contre le vrai goitre exophtalmique, récidive fréquente (Jaboulay) : tel est le bilan des interventions sur le corps thyroïde.

2. — La *ligature des artères thyroïdiennes* (Mikulicz, Wölfler, Billroth, Trendelenburg, Kocher, Rydigier) a donné de meilleurs résultats : Kocher (1895) sur 34 cas (ligature de 3 artères) a 31 guérisons ou améliorations et 3 morts ; donc : 9 0/0 de léthalité. Rydigier (ligature des 4 artères) : 22 cas avec 20 guérisons ou améliorations et 2 insuccès. Malgré cela, cette opération est peu pratiquée.

3. — Les *opérations sur le sympathique cervical* sont au nombre de trois : section, résection partielle et la résection totale.

a) La *section* simple, proposée par Edmunds (*Société pathologique* de Londres, 1895) a été pratiquée trois fois par Jaboulay (de Lyon), en février, mars et juin 1896. Malgré les satisfaisants résultats immédiats, cette opération a été abandonnée et à juste titre par l'auteur lui-même.

b) La *résection partielle*, comprenant une partie plus ou moins étendue de la chaîne cervicale ; je l'ai proposée et pratiquée le premier, dans deux cas, le 17 août et le 2 septembre 1896, en enlevant les ganglions cervicaux supérieur et moyen et le cordon intermédiaire. Les résultats immédiats, je les ai fait connaître au *Congrès français de Chirurgie* de 1896 (octobre). Le 19 janvier 1897, Jaboulay répéta *mon opération* avec succès ; puis il pratiqua cinq autres fois la résection du ganglion cervical supérieur seul. D'autres chirurgiens ont eu recours à la

© BIU Santé

résection partielle (Quénu, 3 avril 1897 ; Gérard-Marchand, 5 avril 1897 ; Faure et P. Reclus, 22 juin 1897 ; Juvara, 11 juillet 1897). En tout 12 résections partielles avec 12 guérisons opératoires et un seul insuccès thérapeutique (Quénu).

c) La *résection totale et bi-latérale*, comprenant les trois ganglions, que j'ai proposée dès le début, je l'ai pratiquée le 18 juillet 1897 et communiquée à l'*Académie de Médecine*, le 28 juillet 1897. Le résultat immédiat a été excellent. Soulié (de Marseille) a publié le 1er septembre (*Archives provinciales de Chirurgie*) un cas opéré le 17 avril 1897 avec bon résultat immédiat, mais avec récidive. Enfin, Faure vient de la pratiquer, d'un côté seulement, avec un parfait résultat.

Telles sont les interventions pratiquées sur le sympathique cervical. Comme on le voit, la simple section a été abandonnée par l'auteur lui-même (Jaboulay) et les seules opérations qui sont restées sont celles que j'ai proposées et pratiquées le premier, à savoir les résections partielles et totale de la chaîne cervicale. Les résultats tardifs, comme les résultats immédiats, sauf le cas de Soulié, sont excellents. Mes deux premières malades, qui datent déjà de près de quatorze mois, sont actuellement parfaitement guéries ; l'exophtalmie a disparu, le goitre aussi ; il en est de même des troubles nerveux, dyspnée, transpirations profuses, etc., qui n'ont plus reparu ; le pouls est tombé à 90, de 100 et 120. Quant au troisième cas, qui date de trois mois, il est en pleine voie de guérison aussi ; car tous ces symptômes, très accentués avant l'opération, ont déjà disparu, le pouls seul reste encore entre 80 et 90.

En somme, la résection du sympathique cervical est une opération facile, bénigne et donne dans presque tous les cas la guérison, et cela dans les cas typiques de maladie de Basedow et non dans les faux goitres exophtalmiques... L'avenir décidera du maintien de cette guérison, qui dure déjà depuis quatorze mois. Du reste, dans tous les autres cas, sauf ceux de Quénu et Soulié, l'amélioration et même la guérison définitive est indiquée.

Je conclurais que : la résection du sympathique cervical, par sa bénignité absolue, sa facilité et son efficacité doit être l'opération de choix du goitre exophtalmique. La résection totale, qui seule permet d'enlever la plupart des nerfs accélérateurs cardiaques en enlevant le ganglion cervical inférieur, est l'opération de choix, car elle seule aussi permet de réséquer le nerf vertébral et d'agir ainsi sur tous les nerfs vaso-constricteurs encéphaliques ; une grande partie des troubles des basedowiens reconnaissant pour cause l'anémie cérébrale. Quant à la section simple (opération de Jaboulay), elle a été justement abandonnée par son auteur même, pour recourir à mon opération.

Discussion sur le goitre exophtalmique : Thyroïdectomie.

M. le Dr R. Sorel (du Havre). — A propos du traitement du goitre, je voudrais faire une simple remarque, qui est bien ici à sa place. Au point de vue opératoire, lorsqu'il s'agit de s'attaquer au corps thyroïde, soit pour un goitre, soit pour une maladie de Basedow, il semble qu'il y ait un courant de réaction qui se produit dans les sociétés savantes ou dans des journaux. Pour justifier l'exothyropexie de Jaboulay, on charge la thyroïdectomie de méfaits : difficultés opératoires, pertes considérables de sang, suites opératoires graves. Je tiens à protester contre cette manière d'opérer, qui consiste à ne pas opérer et je déclare que lorsqu'on s'attaque au corps thyroïde il faut l'enlever de suite par thyroïdectomie partielle. Je n'ai aucune prétention ni à une expérience considérable des thyroïdectomies, puisque je n'ai fait que cinq opérations, ni à une habileté opératoire particulière. Cependant, dans mes cinq cas, l'opération a été simple, rapide et exsangue. Sans la crainte des complications opératoires annoncées, d'hémorragies subites et graves, j'ai opéré *lentement* et dans mes cinq cas j'ai terminé l'opération, pansement compris, en 20 minutes ou une demi-heure. Tous mes opérés ont guéri par première intention le douzième jour.

A l'hôpital du Havre, un de mes collègues a opéré une femme d'un goitre par exothyropexie, et, après trois mois, il lui reste une tumeur grosse comme une orange, avec une plaque de sphacèle, et de la suppuration; elle sera guérie, quand ? Je n'en sais encore rien; mais, dans le lit, à côté mes cinq malades pouvaient se succéder et sortir guéris, avant que celle qui a subi l'opération timide ne soit débarrassée.

Aussi j'affirme que, dans le cas de goitre ou de maladie de Basedow, si l'on veut agir sur le corps thyroïde, il faut revenir à la véritable pratique chirurgicale, et faire la thyroïdectomie, opération facile, à peu près exsangue, et rapide.

Traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

M. Ch. Abadie. — L'année dernière, à ce même Congrès, je fis une communication sur la nature et le traitement du goitre exophtalmique. Je m'efforçai de renverser la théorie thyroïdienne et de démontrer que dans la maladie de Basedow tout se comportait comme s'il y avait une excitation permanente des vaso-dilatateurs seuls du sympathique cervical. Je terminais en disant que sûrement, à l'avenir, la section du sympathique cervical atténuerait ou ferait disparaître les trois principaux symptômes de cette étrange maladie.

Depuis, les faits dans leur ensemble sont venus confirmer le bien fondé des idées que j'avais émises à ce sujet. A l'heure actuelle, le nombre des chirurgiens qui renoncent à agir sur la thyroïde pour s'attaquer au sympathique cervical augmente tous les jours ; mais, néanmoins, une opposition assez vive est faite encore par ceux qui ont obtenu des succès avec la thyroïdectomie partielle. Examinons donc à nouveau la question et voyons les diverses phases par lesquelles elle est passée depuis un an.

D'une part, les discussions sur ce sujet à la Société de Chirurgie ont démontré le danger, parfois inévitable, toujours mystérieux et menaçant des thyroïdectomies partielles. Tous les chirurgiens devraient avoir présent à l'esprit le cas de Lejars. Ayant réséqué le lobe droit du corps thyroïde chez une jeune fille de 18 ans, du service du Pr Debove, sans qu'il survînt le *moindre incident, la moindre complication au cours de l'opération*, cette malade succomba le soir même et l'autopsie fut absolument impuissante à révéler la cause de la mort.

D'autre part, Quénu a rapporté le cas d'une basedowienne chez laquelle on fut obligé d'enlever tout le corps thyroïde pour mener à bonne fin une opération, qui devenait pénible et dangereuse. Il survint ultérieurement du myxœdème, qui nécessita l'emploi indéfini de la médication thyroïdienne.

Enfin, Jaboulay, Sænger ont observé des malades chez lesquels l'ablation partielle de la glande fut rapidement suivie de l'hypertrophie des parties restantes. De telle sorte qu'il y eut pour ainsi dire récidive sur place et aucun amendement des autres symptômes.

Voilà des faits avec lesquels il faut compter. Et, quoi qu'en aient dit Doyen et Péan, quelle que soit l'habileté opératoire du chirurgien traitant, une thyroïdectomie partielle expose au myxœdème, à la récidive, parfois à la mort.

Tout cela pour obtenir en somme, même dans le cas les plus favorables, une simple diminution du goitre, car l'action de l'ablation partielle sur l'exophtalmie est à peu près nulle.

Jusqu'ici, au contraire, toutes les opérations pratiquées sur le sympathique cervical ont donné des résultats favorables, et comme je l'ai dit dès la première heure, la simple section du sympathique cervical s'est montrée suffisante. Il est parfaitement inutile, comme le recommande pourtant Jonnesco, de l'enlever complètement. Le tronc nerveux, en effet, n'est ni malade ni dégénéré. Son tissu est intact et ne présente aucune lésion.

En réalité le point de départ de la maladie se trouve dans la partie supérieure de la moelle et le bulbe, au niveau des noyaux d'origine des nerfs dilatateurs du sympathique cervical.

C'est là qu'il faudrait agir si la chose était possible et le vrai traitement curatif serait celui qui éteindrait là sur place l'excitation anormale qui provoque la vaso-dilatation.

Mais en sectionnant les filets nerveux qui sont les agents de transmission de cette excitation anormale, le but est encore atteint, quoique d'une manière indirecte.

On a parlé aussi de récidives qui auraient suivi la section du sympathique et l'on a proposé de recommencer la section plus haut ou plus bas, en raison des anomalies que pourraient présenter les filets du sympathique.

Ce n'est pas, non plus, mon avis; l'observation prolongée

© BIU Santé

des malades opérés a, du reste, prouvé qu'il n'y avait réellement pas récidive dans le sens rigoureux du mot. Ce qui est vrai, c'est que quelquefois l'exophtalmie, tout en rétrocédant au point de ne plus être ni un danger, ni même une difformité, persiste un peu.

Nous croyons cela dû à ce que l'exophtalmie, surtout quand elle est excessive, relève de deux facteurs principaux ; d'abord de l'exitation des fibres lisses de Müller contenues dans l'aponévrose orbito-oculaire, et aussi de la vaso-dilatation des vaisseaux rétro-bulbaires.

La section du sympathique au-dessus du ganglion moyen fait bien cesser l'excitation des fibres lisses de Müller innervées par la branche nerveuse que l'on sectionne. Mais la vaso-dilatation rétro-bulbaire persiste parce que les nerfs dilatateurs de cette région, émanant des parties plus élevées de la moelle cervicale, échappent à la section nerveuse pratiquée au-dessous d'eux.

M. JEANNEL (de Toulouse), absent, n'a pas fait sa communication sur les applications chirurgicales de la radioscopie.

Séance du 20 Octobre 1897 (soir).

Traitement du mal de Pott.

M. le Dr CALOT (de Berck). — M. Calot n'admet dans le mal de Pott d'autre intervention active que celle qui a pour but la correction de la difformité. S'attaquer à la paralysie ou à l'abcès par congestion (autrement que par les simples ponctions), c'est transformer le mal de Pott fermé en un mal de Pott ouvert. Or, si le premier a quatre-vingt-quinze chances sur cent de se terminer par la guérison, le deuxième a quatre-vingt-quinze chances sur cent de se terminer par la mort. C'est ainsi que se conduisent d'ailleurs tous les chirurgiens sages, en présence ou de la tumeur blanche du genou ou de la coxalgie, n'intervenant directement et activement que pour combattre les déviations. Le redressement des gibbosités pottiques est aussi légitime que celui des déviations de la hanche ou du genou ; non seulement aussi légitime, mais aussi nécessaire, aussi urgent. Il est tout aussi bénin, si l'on suit le manuel opératoire recommandé par M. Calot et bien connu ; il n'y a à peu près jamais ni choc opératoire, ni rupture d'abcès, ni paralysie à redouter. La preuve est faite par les centaines d'observations d'enfants opérés depuis huit mois. Cependant, pour mieux assurer cette innocuité, il faut s'abstenir d'opérer les enfants par trop cachectiques, les enfants porteurs d'abcès par congestion volumineux (on guérit d'abord ces abcès : l'on opérera ensuite), les enfants qui ont des fistules, les enfants porteurs de gibbosités résistant à une traction de soixante à quatre-vingts kilos. L'obstacle à la réduction vient presque toujours, dans ce dernier cas, des soudures osseuses qui se sont produites entre les lames vertébrales dans le rachis postérieur ; et il est beaucoup plus sage et plus chirurgical d'aller sectionner à ciel ouvert ces soudures osseuses postérieures. Dès que la plaie cutanée sera cicatrisée, l'on recommencera les manœuvres orthopédiques de correction.

M. Calot compte arriver ainsi à corriger même de très vieilles et de très grosses bosses, pourvu qu'il s'agisse de sujets âgés de moins de 20 à 25 ans. Il montre des photographies témoignant qu'il a pu arriver à la correction parfaite d'une bosse presque colossale, vieille de 10 ans, pour une jeune fille de 17 ans, par les seules manœuvres externes.

Comment se font la réparation et la consolidation du rachis ? *Soit par soudure antérieure.* Des radiographies présentées par M. Calot ne laissent pas de doute à cet égard, la soudure antérieure, étant précédée et facilitée par un tassement des pièces postérieures du rachis, produit par les manœuvres de redressement.

Soit par soudure postérieure, s'il s'agit de grosses gibbosités, cette soudure se faisant spontanément après un temps plus ou moins long (elle s'est faite spontanément dans le tiers des cas dans l'espace de six mois), ou bien devant être produite par une dénudation des lames vertébrales, l'avivement de leurs bords qui sont au contact, parfois même imbriqués et le rabattement par-dessus les lames du périoste soulevé avec les parties molles. M. Calot a fait dix fois cette petite intervention.

L'on peut faire cette soudure dès le troisième mois (pour gagner du temps), si le mal de Pott est guéri. La durée du traitement sera ainsi de cinq à six mois. Si le mal de Pott est encore en évolution, la durée du traitement sera très variable on le conçoit, les tuberculoses osseuses pouvant durer 6 mois, un an et même plusieurs années quelquefois. La condition du succès, c'est d'appliquer à la suite du redressement un grand appareil plâtré céphalo-thoracique bien construit. Lui seul peut maintenir la correction.

C'est dire que les ligatures préconisées par l'Américain Hadra d'abord et après lui par Chipault ne valent rien.

Discussion sur le mal de Pott.

M. le Dr CHIPAULT (de Paris). — L'auteur réclame la priorité au sujet du précédé de réduction en un temps des gibbosités pottiques. Il diffère de Calot en plusieurs points, relatifs les uns aux indications de la réduction, les autres à sa technique. M. Chipault réduit seulement les gibbosités non ankylosées, tandis que pour Calot il n'est presque pas de gibbosité pottique qui ne soit curable. Quant à la technique, toutes les gibbosités pottiques que M. Chipault a réduites se sont déroulées sous le bout de son doigt sans bruit et sans effort, tandis que Calot, appuie pour réduire jusqu'à l'extrême limite de ses forces et fait tirer son malade, à la tête et aux pieds, par quatre aides vigoureux. D'ailleurs sur tous ces points Calot s'est rangé ensuite à l'avis de l'auteur.

Du traitement de la gibbosité dans le mal de Pott.

M. le Dr REDARD. — M. Redard, se basant sur son expérience personnelle, 35 cas, déclare que l'âge et le degré de la gibbosité doivent être pris en considération dans l'application de la méthode de redressement. Le volume et l'étendue de la gibbosité ne sont pas des contre-indications au redressement. Dans quelques cas, les troubles paralytiques qui coexistaient avec la gibbosité ont disparu après le redressement. La technique de la méthode est actuellement bien perfectionnée, le redressement doit se faire avec douceur et à l'aide d'un appareil spécial. Le chloroforme est indispensable. Cependant dans quelques cas (très rares du reste) on peut le supprimer. L'appareil plâtré doit être bien appliqué sans trop de coton. Les résultats de la méthode sont très satisfaisants : le redressement, fait prudemment, est sans danger aucun ; il n'y a pas de propagation de tuberculose. La réduction rapide est d'une grande valeur et doit être faite surtout par la traction. Les vieilles gibbosités ankylosées ne doivent pas être traitées par le redressement.

M. le Dr PHOCAS (de Lille), se basant sur son expérience personnelle, fait une revue rapide du traitement du mal de Pott. Relativement à la réduction brusque de la gibbosité, procédé qu'il a employé selon les indications de Calot, il ne considère pas cet acte comme curatif du mal de Pott, mais il l'étudie d'après 7 observations personnelles anciennes (datant de 6 mois environ). Ce qui résulte de l'étude de ces observations est difficile à déduire dès à présent. Mais, on peut affirmer 1° que la réduction de la gibbosité, tout en n'étant pas curative du mal de Pott, n'est pas une intervention grave ni difficile ; 2° que cette intervention trouve des indications précises et des contre-indications formelles qu'on peut formuler dès à présent ; 3° que les résultats définitifs ne sont pas encore connus, mais qu'ils se précisent de plus en plus et qu'à l'époque du Congrès ces résultats seront mieux connus qu'à l'heure actuelle.

Mal de Pott. Son traitement.

M. le Dr BILHAUT (de Paris). — Les données anciennes concernant le mal de Pott doivent être modifiées : et, désormais, on devra viser avant tout la guérison en bonne attitude, c'est-à-dire sans gibbosité, quelle que soit la région affectée. La déviation angulaire sera combattue dès le début du mal de Pott, par la réduction sous le chloroforme et l'immobilisation en attitude droite. On préviendra de la sorte la formation de la gibbosité. Dans le mal de Pott, en pleine évolution, avec

© BIU Santé

effondrement de corps vertébraux et gibbosité marquée, on pourra tenter la réduction pendant le sommeil anesthésique; mais on procédera avec sûreté, douceur et lenteur, et on donnera la préférence au redressement par extension mécanique avec utilisation au dynamomètre. Dans les gibbosités non complètement ankylosées, on pourra obtenir la correction en un certain nombre de séances espacées de plusieurs semaines et d'intensité croissante. Dans la région dorsale, on poursuivra parallèlement la correction des vertèbres et celle des côtes déviées. Dans les cas simples, le redressement sera obtenu par procédé non sanglant. Dans quelques cas très spéciaux, on procédera à la résection sous-périostée du sommet des apophyses épineuses. La ligature des apophyses n'a d'autre valeur thérapeutique qu'une fixation temporaire de la bonne attitude. Elle ne dispense pas de l'application très soignée d'un appareil de contention.

Sur la correction opératoire des scolioses graves.

M. le Dr Calot (de Berck). — Il est bien acquis, pour tous, qu'il y a des scolioses graves, l'on pourrait dire malignes, qui résistent à tous les traitements qu'on leur opposait jusqu'à ce jour.

C'est pour ces scolioses à formes graves, que rien ne peut améliorer, que M. Calot propose un traitement analogue à son traitement des gibbosités pottiques : le redressement sous le chloroforme (à l'aide d'une machine qui réalise et maintient une extension de 100 à 120 kilos sur la colonne vertébrale) ; il a deux machines remplissant les conditions nécessaires, l'une de Mathieu, l'autre de Collin.

La correction désirée étant obtenue, on la maintient avec un grand appareil plâtré, embrassant le tronc et la base de la tête. Pendant que se consolide l'appareil plâtré on ajoute à la traction une pression directe exercée au niveau de la gibbosité. Tous les 2 ou 3 mois, on change l'appareil plâtré en complétant et augmentant davantage la correction, si elle n'était pas parfaite du premier coup.

Si les adhérences osseuses qui doivent maintenir la correction tardent à se faire, on les provoquera, on les créera par le moyen déjà indiqué pour les gibbosités.

Cette idée de la correction des gibbosités vertébrales, Delore dit l'avoir eu dès l'année 1864 et il a fait une réclamation de priorité ; M. Chipault en a fait une autre. M. Calot ne nie pas qu'il y a eu depuis Hippocrate des centaines de médecins qui ont eu l'idée du redressement des gibbosités et qui se sont essayés à le faire ; mais, si des centaines ont essayé, il est premier à y avoir réussi...

S'il n'a encore rien répondu aux réclamations incessantes de Delore et de Chipault, c'est parce qu'il trouvait ces discussions parfaitement oiseuses et byzantines, tant que des hommes de la valeur d'Ollier ou Poncet ou Vincent (de Lyon) ou Lorenz (de Vienne) condamnaient avec les considérants les plus sévères les tentatives et les opérations de Calot.

Mais, aujourd'hui, où la cause paraît gagnée, il répondra volontiers à Delore et à Chipault. Il les met au défi de montrer un seul exemple de vraie correction, de vraie gibbosité obtenue par eux avant lui, Calot. Il demande la photographie du malade avant l'opération. Bien plus, il les met au défi d'obtenir jamais cette correction même aujourd'hui, après ses travaux, s'ils s'entêtent, comme le fait Chipault, à ne pas vouloir accepter son appareil plâtré. Car les ligatures, préconisées depuis 1869 d'abord par Hadra, qui a prié Calot de le dire ici, puis par Chipault et même les griffes de celui-ci, ne valent rien. Calot le démontre dans sa communication.

Voilà pour la question de fait. Pour la question de priorité de l'idée du redressement des gibbosités, de la technique, des indications théoriques, il convient que Delore en a parlé il y a 33 ans, mais comme des centaines d'autres médecins dans tous les temps, et que ses idées étaient restées lettre morte, comme celles de ses devanciers. Quant à Chipault, il n'a préconisé le redressement des gibbosités et indiqué la technique du redressement qu'en mai 1896. Or, à ce moment, M. Calot avait déjà fait 16 opérations de redressement. S'il n'avait pas publié le récit de ces opérations, c'est parce qu'il trouvait cette publication insensée, avant d'avoir pour l'appuyer des malades guéris.

Mais tout le monde connaissait le détail de ces opérations, M. Chipault surtout, qui avait écrit à M. Calot sur cette question en février 1896 ; il y avait eu une tentative d'association entre les deux, qui avorta, parce que M. Calot s'était décidé à garder pour lui ce qui était son bien propre. Quelques mois après, Chipault faisait paraître un article où il a préconisé le redressement. La première publication de Chipault est de mai 1896, donc bien antérieure à la communication de M. Calot, qui est de décembre 1896, et cela suffit, direz-vous, pour établir la priorité de Chipault.

Mais M. Calot avait pris la précaution de déposer au bureau d'une de nos Sociétés savantes, dès le mois de mars 1896, un pli cacheté où il conseille le redressement des gibbosités dans tous les cas, où il en indique la technique dans les termes mêmes dont il s'est servi dans sa communication de décembre.

En *mars*, donc avant Chipault. Celui-ci n'aura donc plus, pour essayer d'établir sa priorité, qu'une conversation avec Calot en octobre 1895, où il lui parlait des ligatures pour immobiliser le rachis des pottiques. Mais une conversation ne suffit pas ; il est vrai qu'il y a un article de mars 1895 où il est également question des ligatures, mais de ligatures faites pour mieux immobiliser un enfant atteint de mal de Pott que rien ne pouvait maintenir. Il répète, par deux fois, dans cet article, que c'est pour assurer cette immobilisation parfaite qu'il est intervenu.

Il ne dit nullement dans cet article qu'il faut redresser les maux de Pott ; encore moins indique-t-il une technique du redressement. Incidemment, il dit simplement qu'avant de faire ses ligatures il a fait faire une extension et contre-extension légères. Est-ce suffisant pour oser prétendre qu'il a trouvé la méthode de redressement du mal de Pott?

Mais Forgue (de Montpellier) a dit, depuis 1889, qu'il trouve parfaitement acceptable le redressement des petites gibbosités. Voilà qui est infiniment plus net que cette phrase incidente de Chipault.

Mais Hadra (des Etats-Unis) a préconisé depuis 1889 la ligature des apophyses épineuses pour le traitement des maux de Pott, et la question a même été discutée en 1891 par l'American orthopedic Association.

Mais Delore en parlait depuis 1864 et cent autres en ont parlé avant Delore. Donc, si l'idée est de moi, bien plus que de Chipault (mon pli cacheté le démontrera bientôt), elle est de Forgues, de Delore, d'Hadra, de cent autres et surtout d'Hippocrate, qui a décrit une technique du redressement.

L'idée des ligatures n'est même pas de Chipault; elle est d'Hadra. Il n'y a que les griffes inventées par Chipault, il y a deux mois, qui soient bien de lui. Or, ni ligatures, ni griffes ne valent rien.

M. Calot conclut en disant : J'ai préconisé, avant Chipault, le redressement des gibbosités ; mais cent autres depuis Hippocrate l'ont préconisé avant moi. Cent autres se sont essayés à faire ce redressement; mais je suis le premier à y avoir réussi.

Traitement de la Scoliose.

M. le Dr Bilhaut (de Paris). — Je crois que l'avenir du traitement de la scoliose n'est pas dans l'emploi des corsets dits orthopédiques, mais dans une suite d'efforts réfléchis et logiques. Il faut avant tout s'attaquer à la cause de la scoliose et donner au traitement des végétations adénoïdes, des amygdales hypertrophiées, une importance plus considérable que par le passé. On évitera que l'inégal accroissement des membres inférieurs ne soit une cause de déformation définitive du rachis ; pour cela, on égalisera la longueur de ces membres, soit en surélevant le talon, soit en appliquant un liège dans la chaussure. On corrigera le pied bot. On mettra les malades dans les meilleures conditions d'hygiène; on surveillera surtout l'hygiène alimentaire, dans le cas de scoliose rachitique. On procèdera ensuite au redressement progressif de la scoliose, pendant l'anesthésie chloroformique, en combinant la traction et les pressions latérales. La manœuvre de redressement devra se faire lentement, régulièrement, et la force de traction restera proportionnée à la résistance du sujet, à son âge et à l'importance de la gibbosité. Une traction de 40 à 50 kilos suffit chez les jeunes enfants. Chez les adolescents très déviés, je n'ai jamais dépassé 90 kilos. Dans les grosses gibbosités latérales,

© BIU Santé

constituées par la déviation des côtes, on exercera des pressions croissantes et on obtiendra du même coup leur retrait et de nouveaux degrés d'allongement.

L'appareil plâtré sera appliqué directement sur la peau : il consistera en deux valves de tarlatane en quatre doubles, l'une dorsale, l'autre abdominale, réunies définitivement par quelques circulaires faits avec des bandes de tarlatane plâtrées. Il est important de gagner dans cette première séance tout ce que l'on peut ; chez les divers sujets on devra obtenir un allongement de six à douze centimètres. Les rectifications du corset, une fois faites, on soumettra la scoliotique au repos dans le décubitus dorsal pendant les premières semaines. Au bout de deux mois, environ, on renouvellera l'appareil, tant pour donner des soins de propreté que pour gagner une nouvelle correction. Les appareils ultérieurs de contention, ne nécessitant qu'une traction beaucoup moindre, on les appliquera en utilisant ce que la suspension de Sayre peut donner; en cas de résultat insuffisant seulement, on demanderait aux appareils à traction le complément de réduction indispensable pour un réel succès. On pourra de même profiter de la correction que donne chez certains malades la suspension à deux trapèzes d'inégale hauteur. Le traitement sera de longue durée et on ne se tiendra pour satisfait qu'au moment où, la croissance aidant, on aura vu s'égaliser sensiblement les deux côtés des vertèbres cunéiformes. C'est dans ce cas que la radiographie sera d'un réel secours. Enfin on complètera la cure par les exercices gymnastiques, le massage, etc... Les corsets métalliques pourront aussi être d'un judicieux emploi comme parachèvement du traitement.

Traitement du mal de Pott et des autres déviations de l'épine, en particulier de la scoliose.

M. le Dr Levassort (de Paris). — L'auteur indique un moyen très simple, permettant dans quelque endroit qu'on se trouve de réduire les déviations de l'épine et en particulier la scoliose. Son procédé consiste à faire une traction sur la tête et sur les pieds. Il préconise la suspension par les pieds la tête en bas. Sa technique est la suivante : l'enfant est mis sur le dos ; on lui fait des bottes plâtrées, on l'endort au chloroforme, l'enfant suspendu la tête en bas respire à merveille. On prend alors des bandes de toile ; on fait une fronde qui prend le menton et la nuque, et un des aides pratique une traction sur la nuque. En somme il s'agit d'appliquer au traitement du mal de Pott et de la scoliose un procédé très simple et qu'il dénomme le procédé tête en bas.

Discussion. — M. le Dr Chipault (de Paris) a employé le procédé de M. Levassort, procédé tête en bas ; il en a été satisfait, car il lui a donné de bons résultats ; il croit que c'est un perfectionnement sérieux.

La réduction en un temps ou en un petit nombre de temps des déviations vertébrales n'est qu'un incident d'une méthode thérapeutique beaucoup plus générale, la méthode de la fixation apophysaire directe et opératoire du rachis, méthode qui a pour but de faire rentrer l'orthopédie vertébrale dans la voie, rationnelle et chirurgicale, où se sont engagées depuis longtemps toutes les autres branches de l'orthopédie.

Traitement des maux de Pott sans gibbosité et des maux de Pott avec gibbosité irréductible.

M. le Dr Chipault (de Paris). — L'auteur dit un mot d'abord des maux de Pott où il n'y a pas de gibbosité. Pour ceux-là le seul traitement à suivre est l'immobilisation en position horizontale, sur un lit orthopédique quelconque.

Puis M. Chipault parle des gibbosités ankylosées ; pour reconnaître les gibbosités pottiques ankylosées de celles qui ne le sont point, il faut endormir le malade ; si, sous l'influence de légères tractions, la gibbosité ne se réduit pas, c'est qu'elle est ankylosée. — L'auteur résume de la manière suivante son opinion relativement à la thérapeutique des gibbosités pottiques ankylosées. 1° Il ne faut jamais réduire les gibbosités ankylosées ; la seule intervention esthétique qui paraisse rationnelle dans les cas de ce genre est la résection des apophyses épineuses ; 2° la plupart des gibbosités pottiques ankylosées ont une évolution progressive à laquelle il est nécessaire de s'opposer ; la fixation opératoire des apophyses épineuses paraît répondre à cette indication.

Abcès froids pulsatiles du thorax : un fait avec réflexions et recherches.

M. le Dr Peyrot (de Paris). — L'auteur cite l'observation d'un malade d'aspect vigoureux ; il toussait beaucoup, suait la nuit ; il avait eu des bronchites répétées. Il présentait deux tuméfactions, l'une à la partie latérale et antérieure gauche du thorax, l'autre en arrière, plus volumineuse, s'étendant jusque vers l'épine de l'omoplate. L'antérieure présentait un caractère pulsatile ; on voyait à chaque battement du cœur un flot entrer dans cette tumeur et se retirer. L'auteur pensa à un double abcès froid thoracique. Une incision faite au niveau de la poche antérieure fit voir un large orifice par où communiquaient les deux poches ; la poche postérieure fut incisée ; elle communiquait avec une collection profonde située dans l'intérieur du thorax ; le malade a décliné, car la tuberculose faisait des progrès ; il ne tarda pas à y succomber. A l'autopsie, on voit que les deux collections étaient extra-pleurales, les plèvres pariétale et diaphragmatique étaient décollées des parois qu'elles tapissent. Les deux poumons présentaient des cavernes.

De l'intervention large dans les plaies de poitrine par armes à feu.

M. le Dr Lejars (de Paris). — L'auteur cite l'observation d'un jeune homme de 16 ans, qui se tira un coup de pistolet avec 65 grains de plomb dans la région thoracique gauche. La percussion dénotait un épanchement très modéré. Vers le cinquième jour, tout d'un coup, l'épanchement devint très considérable, le thorax était très dilaté, c'était un hémo-pneumothorax. Vers le 13e jour, l'auteur intervint ; il fit une première incision très large au niveau de la paroi costale où le coup avait porté, avec résection de la côte ; une deuxième incision fut faite au niveau de la neuvième côte avec résection également du bout correspondant de la neuvième côte ; la surface du poumon était labourée, noirâtre ; M. Lejars put alors curetter la surface du poumon et nettoyer toute la cavité ; la température tomba aussitôt et, au bout de deux mois, le malade était guéri et cicatrisé. A ce propos, l'auteur fait remarquer la gravité de ces plaies par grains de plomb multiples. C'est grâce à cette très large brèche osseuse que la guérison a marché très vite.

Kystes hydatiques du poumon.

M. le Dr Potherat (de Paris). — L'auteur communique deux observations de kystes hydatiques du poumon qu'il a opérés depuis deux ans. Le premier était un jeune homme venu à Paris pour se faire soigner d'une pleurésie avec épanchement. L'amaigrissement, la toux, les crachats, l'hecticité, avaient fait croire à de la tuberculose pulmonaire ; toutefois, jamais il n'avait expectoré de bacilles de Koch. Une ponction ayant amené du pus, l'opération de l'empyème fut décidée et pratiquée par M. Potherat. L'opération montra l'intégrité de la plèvre et fit découvrir dans le parenchyme pulmonaire un kyste hydatique suppuré qui, lavé et drainé, guérit complètement au bout de quelques mois. Après avoir donné la seconde observation, analogue à la première, l'auteur conclut disant que le développement des kystes hydatiques du poumon est lent, mais qu'à un moment donné on peut croire à une tuberculose pulmonaire ; l'absence de bacilles de Koch facilitera le diagnostic.

Hydronéphrose volumineuse par oblitération totale de l'urétère. Néphrectomie transpéritonéale.

M. le Dr Le Bec cite l'observation d'une jeune fille de 34 ans ayant eu des douleurs dans l'hypocondre droit, douleurs très violentes ; à ce niveau elle présentait une tumeur. Elle avait de très fréquentes envies d'uriner ; jamais la malade ne s'est aperçue que les douleurs avaient diminué pendant les crises ; à partir de 24 ans les douleurs ont disparu ; de 24 à 34 ans elle a porté sa tumeur sans douleur ; M. Le Bec a constaté une tumeur fluctuante dans le ventre à droite ; cette tumeur faisait une saillie dans l'hypocondre droit ; elle était indépendante du foie ; sous le sommeil chloroformique il sortit la

© BIU Santé

tumeur hors du ventre. Pendant 3 jours la malade eut des vomissements, le taux de l'urine se tient actuellement de 1.500 à 1.600 ; aujourd'hui elle se porte bien. — La tumeur était elliptique, la poche aplatie; à la périphérie il y avait un reste de substance corticale. M. le Dr Legueu a cité un cas analogue dans lequel l'urétère était oblitéré et où on aurait vu apparaître ce que Terrier et Baudouin ont appelé l'hydronéphrose fermée.

Néphrectomie pour tuberculose primitive du rein.

M. le Dr Loumeau (de Bordeaux). — L'auteur rapporte une observation personnelle de *tuberculose primitive du rein à forme hématurique* traitée par la néphrectomie lombaire et suivie de guérison.

La malade, âgée de 27 ans, célibataire, de souche tuberculeuse, était en proie, depuis huit mois, à des hématuries bacillaires spontanées, profuses, répétées, réfractaires à tous les traitements médicaux. Une anémie profonde, aggravée par des syncopes menaçantes, commandait d'urgence l'intervention. Le rein droit, bien que non augmenté de volume, paraissait nettement le point de départ de l'hémorragie en raison des coliques urétérales localisées de ce côté, qui accompagnaient les hématuries; en raison aussi de l'examen cystoscopique, qui montrait, avec l'intégrité de la cavité vésicale et l'aspect normal de l'urine émise par l'uretère gauche, la coloration rutilante du jet fourni par l'uretère droit. La néphrectomie lombaire, pratiquée sans incident, le 10 novembre 1896, amena la disparition définitive des hématuries. La malade reprit rapidement ses forces et un certain embonpoint, et la guérison ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour. A noter seulement deux légères hémoptysies, survenues en avril et mai derniers au moment des règles, sans lésions appréciables du côté du poumon. Le rein enlevé présentait, sous un volume normal, une assez vive congestion de la substance corticale, plus particulièrement au niveau de l'extrémité inférieure où existaient quatre petits nodules tuberculeux, non ramollis, gros comme des têtes d'épingles. L'unique rein gauche qui reste maintenant à la malade a doublé de volume depuis l'opération. Son urine ne contient pas de bacilles de Koch.

Avantages de la néphrectomie sur la néphrotomie dans les tuberculoses rénales.

M. le Dr Albarran (de Paris). — La tuberculose rénale détermine des dangers comme foyer d'infection secondaire ; l'indication se trouve dominée par les phénomènes de rétention. Toutes les fois qu'il n'y a pas pyonéphrose compliquant la tuberculose, il faut pratiquer la néphrectomie. Lorsqu'il y a pyonéphrose, il faut faire la néphrotomie. On ne doit pas extirper un rein sans être assuré de l'existence et de la valeur fonctionnelle du rein subsistant. Ce n'est que le cathétérisme urétéral qui peut renseigner sur ce dernier sujet. Il faut tenir compte aussi de l'état général. En somme, suivant l'auteur, la néphrotomie est une opération purement palliative, tandis que la néphrectomie peut être primitivement curative.

Note sur l'urétérectomie totale.

M. le Dr Hartmann (de Paris). — L'auteur cite l'observation d'une malade qui avait présenté des phénomènes douloureux du côté du rein droit ; on crut à des accidents névropathiques ; on la fit voyager ; ensuite des gynécologistes, croyant à un fibrome au début, l'envoyèrent à Salies-de-Béarn. Enfin, devant l'insuccès de ces tentatives, elle fut examinée de nouveau et on constata que les accidents étaient sous la dépendance du rein ; on fit une néphropexie ; puis on pratiqua une néphrotomie franche ; il y eut une amélioration. A ce moment, M. Hartmann vit la malade. Par le toucher vaginal, il constata que l'uretère était augmenté de volume ; il était donc indiqué d'enlever le rein et l'uretère ; on fit d'abord la néphrectomie, ce qui amena une notable amélioration ; puis on pratiqua l'urétérectomie ; on fit une incision dans la fosse iliaque droite au niveau du point où l'uretère croise les vaisseaux iliaques. L'uretère fut lié à ras de la vessie, et on plaça un gros drain. En terminant, l'auteur fait remarquer que l'urétérectomie est une opération facile

Note sur l'urétérectomie totale.

M. le Dr Pousson (de Bordeaux). — L'auteur cite un nouveau fait qui vient corroborer le dire de M. Hartmann. Lui aussi a fait une urétérectomie qui lui a donné de très bons résultats.

Un cas intéressant de fièvre urineuse.

M. le Dr Lavaux (de Paris). — L'auteur cite le cas d'un malade chez lequel un simple débridement du méat urinaire, pratiqué par un chirurgien de Paris, fut suivi de fièvre urineuse, et d'une vaginalité suppurée ayant nécessité l'ablation d'un testicule. Il existait un deuxième rétrécissement siégeant dans la région périnéo-bulbaire. Grâce à l'emploi de ses procédés habituels, l'auteur obtint la guérison de ce malade. M. Lavaux en conclut :

1° Que l'antisepsie *directe* des voies urinaires inférieures permet seule d'éviter sûrement la fièvre urineuse chez les rétrécis.

2° Que la pénétration de l'urine dans la circulation ne peut être invoquée ici pour expliquer l'apparition de la fièvre urineuse.

3° Que la simple infection d'une plaie urétrale suffit pour qu'il se produise parfois des accidents infectieux généraux.

4° Qu'il faut prendre les plus grandes précautions antiseptiques, même si le canal est sain, lorsqu'on veut pratiquer une opération sur l'urètre.

Calculs et tuberculose urinaires.

M. Lavaux (de Paris), cite deux intéressantes observations de malades atteints à la fois de calculs uriques et de tuberculose urinaire et il termine par les conclusions suivantss :

La tuberculose urinaire peut coïncider avec la gravelle urique.

Un traitement basé sur un diagnostic incomplet peut avoir dans ces cas des conséquences déplorables.

La formation des calculs cesse ordinairement chez ces malades quand l'hématurie d'origine rénale disparaît. Le traitement doit être surtout dirigé contre la tuberculose de l'appareil urinaire. Pour éviter une erreur de diagnostic dans ces cas complexes, on doit se rappeler que la tuberculose urinaire débute presque toujours par le *rein* et que dans la gravelle urique simple l'urine ne contient pas de *pus*.

(*A suivre*). [A. P. S.]

ASSOCIATION DES UROLOGISTES FRANÇAIS.

Congrès de Paris, IIe Session.

La IIe Assemblée générale de l'Association française d'Urologie a eu lieu dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. le Pr Guyon.

Celui-ci, après avoir souhaité la bienvenue à ses collègues français et étrangers, a exprimé toute sa satisfaction pour l'état présent de l'Association ; il espère beaucoup de l'avenir. Il voit avec orgueil que ses contemporains (à peu près tous ses élèves) veulent ajouter de nouvelles richesses à celles que nous possédons, afin de faire avancer la science et faire respecter la pratique.

Ensuite, le Secrétaire général a pris la parole, après avoir constaté que la situation morale et matérielle de l'Association était satisfaisante, grâce aux efforts individuels de chacun des membres. Il adresse un éloge à M. le Pr Guyon, dont le mérite particulier et la science militante apportent un éclat incomparable à cette réunion d'urologistes. « Le nombre des candidats, dit-il, s'accroît tous les jours, mais il convient de faire une sélection rigoureuse dans le choix des nouveaux adhérents. On devait limiter à 100 le nombre des adhérents. Je pense qu'avec les réserves ci-dessus on peut dépasser ce chiffre, afin de permettre aux bonnes volontés de ne pas nous faire défaut. » Il rappelle la mémoire regrettée de feu le Dr Vigneron et adresse la bienvenue aux nombreux correspondants étrangers, qui apportent leur concours éminent à l'œuvre que l'Association poursuit.

© BIU Santé

Vient ensuite le rapport du TRÉSORIER. Il constate 3.360 fr. de recette et 1.530 fr. de dépenses. Bénéfice net : 1.820 fr.

On procède après, à mains levées, à l'*élection* du secrétaire des séances, en remplacement du Dr Vigneron (de Marseille). M. le Dr VIGNARD (de Nantes) est élu.

Puis un vote à scrutin secret a lieu pour élire les nouveaux membres adhérents ; le dépouillement est fait par M. le Secrétaire général : tous les candidats sont élus. Ce sont MM. Auché (de Bordeaux), Bégouin (de Bordeaux), Berger (Paul) (de Paris), Bernard (de Paris), Binaud (de Bordeaux), Bouloumié (de Vittel), Boussavit (d'Amiens), Chavannaz (de Bordeaux), Chochon-Latouche (d'Autun), Dor (de Marseille), Escat (de Marseille), Hamonic (de Paris), Legrain (de Bougie), Lucas-Championnière (de Paris), Mabboux (de Contrexéville), Mayet (de Paris), Peyrot (de Paris), Resprès (de Paris), Rochet (de Lyon), Walch (du Hâvre).

La séance générale est finie. Cinq minutes d'interruption et à trois heures précises commencent les travaux scientifiques du Congrès. [A. P. S.]

Séance du 21 octobre 1897.

Physiologie pathologique des rétentions rénales.

MM. GUYON et ALBARRAN. — Au point de vue de la physiologie pathologique des rétentions rénales, il est nécessaire d'étudier le fonctionnement du rein. 1° Dans les poches de rétention rénale complète et fermée. 2° Dans les poches incomplètes dès le début. 3° Dans les poches qui, ayant d'abord été fermées, ont été secondairement ouvertes. — 1° Sous l'influence de l'augmentation de pression uretérale, il survient dès la première heure de la congestion et de l'œdème des reins, la quantité d'urine sécrétée est moindre et l'urée également ; si la rétention est de longue durée, l'urine contient de moins en moins d'urée ; le rein est annihilé au point de vue fonctionnel. 2° Ce qui domine ici, c'est l'altération microscopique du rein, plus accusée dans les pyonéphroses que dans les uropyonéphroses et les uronéphroses dont les poches minces sécrètent plus que des poches plus épaisses des pyonéphroses. Par le cathétérisme uretéral, on a pu étudier la valeur physiologique comparée des deux reins (rein sain et rein malade). Le rein malade sécrète une quantité d'urée qui représente parfois près de la moitié, le plus souvent le tiers ou le quart de l'urée totale, les phosphates suivent des oscillations analogues à l'urée. La quantité relative de ces sels éliminés par le rein malade est un peu moindre par rapport au rein sain. Les chlorures, en échange, s'éliminent mieux que l'urée, etc. L'auteur en tire des conclusions au point de vue du diagnostic. Toutes les fois que les deux reins fourniront une urine de composition semblable, pas de rétention. Le degré des lésions sera déterminé par la composition de l'urine.

Kyste du rein par oblitération complète de l'urétère. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison.

M. le Dr BOECKEL (de Strasbourg). — L'auteur communique un cas d'hydronéphrose consécutive à une pyélite, dans lequel il fit la néphrectomie transpéritonéale. La tumeur, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, renferme une série de loges qui peuvent être groupées en deux parties : l'une appartenant à la moitié supérieure du rein, l'autre à la moitié inférieure ; les cavités aboutissent toutes au bassinet, supérieurement oblitéré. L'urétère est totalement oblitéré par des adhérences fibreuses. La paroi interne des kystes est bosselée, elle représente la substance médullaire aplatie. La substance corticale du rein est représentée par une couche brunâtre, très mince, qui existe à la surface de la tumeur. Le malade se remit vite de son opération ; mais, trois mois après, le rein opposé se prit à son tour et bientôt le malade succomba. Il s'agit donc, dans ce cas, d'une hydronéphrose consécutive à une pyélite chronique avec oblitération partielle du bassinet et oblitération complète de l'urétère.

Récidives post-opératoires des calculs de la vessie.

M. le Dr POUSSON (de Bordeaux). — Grâce aux progrès apportés à la pratique de la lithotritie moderne, la taille ne trouve plus ses indications que dans quelques cas exceptionnels. On a objecté à la lithotritie de favoriser les récidives. Cependant l'auteur croit pouvoir affimer que la lithotritie faite selon les règles permet d'évacuer les plus petits débris et fournit, avec des risques moindre que la taille, une égale garantie contre les récidives. La cystoscopie permet d'ailleurs de contrôler les résultats de l'évacuation. En réalité la récidive post-opératoire tient beaucoup moins à l'oubli d'un fragment qu'à la persistance des causes générales et locales de la lithiase vésicale ; ce qui le prouve c'est que la taille pas plus que la lithotritie n'est capable de les prévenir. L'auteur base son affirmation sur 40 opérations : 35 lithotrities avec 11 récidives et 5 tailles avec 2 récidives. Les indications de la taille sus-pubienne, peu nombreuses, sont : l'existence de cellules vésicales, ou d'un gros lobe prostatique saillant dans la vessie.

Discussion. — M. le Dr ALBARRAN (de Paris). — Huit jours après la lithotritie, il est bon de pratiquer une seconde vérification afin de voir s'il ne reste plus de calcul dans la vessie et éviter ainsi la récidive. Cette vérification peut se faire très facilement à l'aide du cystoscope. La vérification, immédiatement après l'opération et suivant la méthode de Nitze, peut être faite si l'on est en présence d'une vessie qui ne saigne pas.

M. le Dr MALHERBE. — La lithotritie ne donne des résultats que dans des mains exercées, la taille est moins difficile à pratiquer. L'auteur a observé des récidives pour ses premières lithotrities, et il en a observé de moins en moins à mesure qu'il faisait plus d'opérations de lithotritie. Cette méthode est donc excellente, et lorsqu'elle est bien suivie elle ne donne pas plus de récidives que la taille.

M. le Dr DUCHATELET. — L'auteur ne croit pas utile l'endoscopie après la lithotritie pour vérifier s'il reste encore des calculs dans la vessie ; une bonne aspiration suffit pour extraire tous les calculs ; mais, en outre, il peut y avoir des calculs derrière la prostate où les rayons visuels ne pourraient arriver.

M. le Dr TÉDENAT. — L'auteur pratique très couramment la lithotritie qui demande une délicatesse et une habileté assez grande. Cependant, si les pierres sont trop dures ou d'un volume trop considérable, l'auteur pratique la cystotomie.

M. le Dr NICOLAÏ. — L'auteur a pratiqué 12 cystotomies, il a observé des récidives, il pense que la cystotomie doit n'être qu'exceptionnelle.

M. le Dr CARLIER. — La récidive est aussi fréquente après la taille qu'après la lithotritie, elle tient à des décharges phosphatiques et à des phénomènes de contractures qui font que chez les enfants la récidive est rare.

M. le Dr LOUMEAU. — La récidive après la lithotritie peut ressortir de causes générales ou locales : parmi ces dernières, 1° l'oubli d'un calcul ; 2° infection de la vessie. Pour l'oubli, débarrasser la vessie par le cystoscope et l'aspirateur. Pour l'infection, ne pas abandonner le malade avant qu'elle soit disparue.

Taille et lithotritie.

M. le Dr CHEVALIER (de Paris). — L'auteur examine les objections faites à la lithotritie : 1° Celle-ci n'est pas une opération à allure chirurgicale, cependant la taille est presque abandonnée par les chirurgiens. 2° Elle est beaucoup plus difficile à pratiquer que la taille, ce qui est inexact lorsqu'on a acquis une certaine habitude. 3° Elle expose à des récidives, objection qui ne peut subsister devant les faits, et l'auteur cite un cas de récidive après la taille chez un malade qui n'a été définitivement débarrassé qu'après la lithotritie. En résumé, ce n'est ni la taille, ni la lithotritie qui déterminent les récidives, celles-ci étant dues à des causes générales ou à une infection locale qui a subsisté. Dans tous les cas, la lithotritie peut se renouveler sans inconvénients. Les indications de la taille sont rares (calcul enchatonné, pierre très volumineuse ou dureté particulière du calcul).

De la suppuration des canaux accessoires de l'urètre chez la femme.

MM. les Drs HARTMANN et REYMOND (de Paris). — L'auteur traite d'une variété d'abcès sous-uréthraux, mais développés au niveau d'un canal s'ouvrant à l'extérieur. Il en donne une observation. Chez une femme, 29 ans, toute une série d'abcès s'est développée au cours d'une grossesse en 1891-1892. Le 7 mai dernier on trouve un gros abcès de la cloison urétro-

© BIU Santé

vaginale qui s'ouvre spontanément. Le lendemain on extirpe la plus grande partie de la poche située au-dessous et à droite du méat. L'examen de la poche excisée donne une structure identique à celle de la partie terminale de l'urètre féminin.

Cette observation montre : 1° qu'à côté des abcès développés aux dépens des glandes intra-urétrales, il en est d'autres qui peuvent se développer aux dépens des canaux qui s'ouvrent directement à l'extérieur; 2° que ces canaux présentent une structure rappelant celle du canal urétral et non pas une glande, ce qui les différencie de ces lésions glandulaires étudiées par Astruc, Guérin et ses élèves.

Discussion. — M. le Dr Verchère (de Paris). — Il y a dans le préurètre des culs-de-sac muqueux, les abcès sont quelquefois la conséquence directe du gonocoque ; il y en a qui n'ont pas de gonocoques, et en exprimant le contenu de ces culs-de-sac, on trouve une véritable sécrétion analogue à une sécrétion sinegmatique. Il peut arriver à certains moments de véritables fistules qui demandent une intervention chirurgicale. Il y a là quelque chose qu'on peut rapprocher du gonococcisme latent. C'est analogue à ce qui se passe du côté de l'urètre et de la glande de Bartholin. Au point de vue de la structure, ce sont des abcès miliaires ; on y trouve de petits grains purulents, isolés; ce sont donc des abcès qui peuvent rester ignorés quelque temps et qui se manifestent à l'occasion, par exemple, d'une grossesse.

M. le Dr Hartmann (de Paris) répond à M. Verchère que celui-ci semble ne pas avoir parfaitement saisi le sens de sa communication. M. Verchère a publié un article intitulé : Gonococcite glandulaire ; or M. Hartmann a précisément montré que les abcès, examinés histologiquement, n'ont pas présenté de structure glandulaire.

M. le Dr Verchère (de Paris) répond qu'il ne critique pas la communication de M. Hartmann ; il a dit vrai et ce que l'on sait déjà. Mais il remarque que si les abcès dont a parlé M. Hartmann sont au-dessous de l'urètre, ils s'ouvrent par cela même en dehors.

M. le Dr Reymond (de Paris) répond à M. Verchère que, dans le premier cas cité par M. Verchère, il y avait des abcès qui s'ouvraient dans un organe s'ouvrant à l'extérieur ; mais que les abcès ne s'ouvraient pas eux-mêmes au dehors, c'est là une distinction dont M. Verchère n'a pas tenu compte.

(*A suivre*). [A. P. S.]

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 octobre 1897. — Présidence de M. Dupuy.

M. Laveran dépose une série de travaux de M. Menil sur l'*immunité et les microbes*.

M. Laveran fait hommage à la Société du *Traité du Paludisme* qu'il vient de publier.

M. Onimus présente un *appareil destiné à produire de l'aldéhyde*, pour assainir les chambres et faciliter l'inhalation de substances médicamenteuses. Cet appareil basé sur la combustion de l'alcool en présence de la mousse de platine a servi de type à un certain nombre d'appareils dans lesquels le platine était employé à l'état de fils ou de plaques. M. Onimus tient à rappeler ses premières recherches en présence des nombreuses imitations dont elles sont l'objet.

M. Terson rapporte une observation d'*altération du fond de l'œil à la suite de brûlures cutanées* très étendues. Il s'agit d'une femme qui, atteinte de brûlures diffuses par suite de l'inflammation d'une lampe à essence, fut atteinte, à la suite d'un pansement iodoformé, d'amblyopie toxique parfaitement caractérisée. L'auteur se demande s'il s'agit d'une névrite optique d'infection par la brûlure, ou bien plutôt d'intoxication iodoformée.

M. Gley dépose une note de M. Alezais (de Marseille), *sur les muscles scalènes du cobaye*.

M. Triboulet rapporte un *fait d'infection pyocyanique généralisée* observé chez une enfant atteinte de diarrhée infantile et d'impétigo rebelle. Le suintement de l'impétigo contenait le bacille pyocyanique; et la mort subite de l'enfant, survenue par embolie, permit de retrouver le bacille pyocyanique dans les caillots du cœur et dans les reins. Il n'y a jamais eu ni élévation de température ni symptômes apparents. Le bacille existait à l'état de saprophyte sur certaines plantes de l'hôpital.

M. Lesage fait déposer par M. Renon une note très importante et très intéressante sur les *différentes variétés du bacterium coli*. En présence des variations de la réaction agglutinante du bacterium coli et du bacterium typhique, M. Lesage a recherché systématiquement l'agglutination chez tous les enfants atteints de diarrhée infantile. Dans les poussées fébriles réactives de l'organisme, le bacterium coli agglutine le sang de l'enfant qui le porte 40 fois sur 50. Quand l'organisme est épuisé, dans l'athrepsie, il agglutine *une* fois sur 25. La présence ou l'absence de cette agglutination, qui paraît être une réaction antitoxique de la cellule hépatique, est donc d'une grande valeur au point de vue du diagnostic de la résistance de l'organisme.

M. Lesage décrit ensuite un certain nombre de variations des réactions de différentes espèces de la race du bacterium coli.

M. Widal affirme pleinement ces conclusions; il a vu aussi et publié que le coli-bacille d'un individu n'est pas le même que celui d'un autre, tandis que le bacille typhique donne constamment, quelle que soit son origine, la réaction agglutinative. Il fait remarquer que la réaction agglutinante n'est pas synonyme d'immunisation, puisqu'elle fléchit ou disparaît quand le malade est en état grave. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 octobre 1897. — Présidence de M. Caventou.

Traitement du glaucome par la double section du sympathique cervical.

M. Jonnesco (de Bucarest), qui a le premier exécuté cette section dans le goitre exophtalmique, l'a essayée également avec un plein succès dans un cas de glaucome bilatéral. La tension et la douleur ont disparu. Dans un glaucome à prédominance unilatérale, les résultats de la section simple ont été encore plus nets par comparaison avec la tension de l'œil non opéré. La vue a été très améliorée.

Hernie inguinale de l'appendice cæcal.

M. Bœckel a observé, chez un homme de soixante-trois ans, une tumeur indolore et irréductible du canal inguinal droit qu'il prit pour une épiplocèle ancienne. A quelques mois, la tumeur ayant considérablement augmenté de volume et étant devenue douloureuse, il soupçonna l'existence d'un carcinome en ce point. L'opération pratiquée en permit l'ablation nécessitant toutefois la castration et la résection d'une anse intestinale. Un examen plus approfondi de la pièce enlevée établit que la partie prise pour le canal déférent n'était autre que l'appendice cæcal hernié. L'anus artificiel fut fermé dans une opération complémentaire et la guérison fut parfaite.

De la mobilisation continue dans les ankyloses.

M. Phocas, dans un cas d'ankylose du coude, a fait usage d'un moteur pour arriver à la mobilisation. Un dispositif spécial permettait la transformation du mouvement rotatoire de la machine en mouvement horizontal progressif. Il n'a eu qu'à se louer de cette nouvelle méthode de traitement.

Le blutage des farines.

M. Riche présente un travail de M. Boulland montrant qu'avec un blutage modéré à 74 0/0 par exemple, comme les farines de l'Assistance publique, on obtient un pain plus riche en matières azotées. 100 kilog. de farine donnent plus de 100 kilog. de pain au lieu de 80 kilog. obtenus avec les farines trop blutées.

© BIU Santé

Etiologie de la cirrhose.

M. Laborde croit au rôle important de l'alcool dans cette étiologie. La plupart des buveurs de vin sont aussi des buveurs d'alcool. Dans certains pays d'Amérique où les excès d'alcool sont fréquents et le vin presque inconnu, la cirrhose est d'observation courante.

M. Lancereaux affirme que d'après ses observations le vin seul peut produire la cirrhose et la produit presque exclusivement. Le clinicien doit séparer l'intoxication vinique (pituite et cirrhose) et l'intoxication alcoolique frappant plus spécialement le système nerveux.

M. Vallin signale des cas de cirrhose en Suède, sur les côtes d'Allemagne, où l'usage du vin est presque inconnu. Mais il regrette néanmoins la tolérance trop grande accordée pour le plâtrage des vins. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 octobre 1897. — Présidence de M. Delens.

Suite de la discussion sur l'occlusion intestinale.

M. Lejars. — La paralysie de l'intestin joue un rôle très important. Non pas les paralysies de l'intestin secondaires, qui compliquent les plaies de l'intestin, les hernies étranglées, etc., mais les paralysies primitives. Il en est une forme bénigne qui disparaît par l'électrisation. M. Lejars n'a jamais vu un côlon transverse aussi distendu que dans un cas récent qu'il a observé. Sur aucun point de l'abdomen, il ne trouva d'obstacle, et il fit une petite boutonnière sur le côlon transverse; il sutura le ventre. Le malade guérit et deux jours après se produisit une véritable débâcle. En 1895, il ferma la petite fistule stercorale, et depuis ce temps le malade se porte à merveille, sauf deux ou trois crises de coliques. La petite boutonnière sur l'intestin suffit seule à faire tomber les accidents graves. C'était l'opinion de Verneuil. On peut recourir à la laparotomie dans le cas d'occlusion aiguë, mais rapide; et, si l'examen ne révèle pas un obstacle, il faut vivement ainsi recourir à un anus contre nature.

M. Félizet. — Les gros accidents d'occlusion chez l'enfant ne sont guère précédés de prodrome. Les phénomènes éclatent brusquement. La réaction abdominale est beaucoup plus grande, beaucoup plus rapide que chez l'adulte. On peut faire le diagnostic d'occlusion, mais non de sa nature. La laparotomie paraît l'opération idéale chez l'adulte.

M. Segond. — Dans une question aussi complexe, il n'est guère possible de donner une formule absolue. Il a voulu dire que, dans le cas où le diagnostic n'est pas possible, alors que l'état du malade est grave, il faut faire l'anus contre nature. Et quand il a dit que l'anus contre nature est bénin, il n'a pas voulu dire que les malades ne meurent pas. Ils meurent, mais ce n'est pas à cause de l'anus contre nature, qui, en tant *qu'acte opératoire*, n'est pas grave. Chez une malade, aussi gravement malade que possible, par occlusion intestinale, il fit un anus contre nature sur une anse grêle assez haut situé. Elle guérit; s'il avait fait la laparotomie, il aurait tué sa malade. Quelque temps après, il fit la laparotomie qui lui permit de lever l'obstacle, la bride tenant aux anneaux. Une troisième opération lui permit de fermer la fistule stercorale et la malade est parfaitement guérie.

M. Picqué. (Voir le Numéro précédent).

Compression cérébrale par hémorragie extra-durémérienne.

M. Chauvel fait un rapport sur une observation envoyée par M. Pujatoux. Il s'agissait d'un malade ayant reçu un traumatisme du crâne lequel avait laissé à sa suite des phénomènes paralytiques notables. La trépanation montra une masse de sang entre la dure-mère et la paroi cranienne. La cavité fut tamponnée à la gaze iodoformée. Le malade guérit.

M. Tuffier. — *Gastro-entérostomie pour rétrécissement non cancéreux du pylore.*

M. Tuffier. — *Deux cas d'hémisection de la moelle (cervicale et dorsale). Guérison spontanée.*

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 13 octobre 1897. — Présidence de M. Josias.

Action diurétique de la théobromine.

M. Huchard vante l'action diurétique de la théobromine, surtout chez les malades dont le cœur est sujet à caution, les asystoliques par exemple. Il conseille les doses de 1 gramme à 2 grammes au maximum qui suffisent à produire une diurèse atteignant 3, 4 et 5 litres. Les accidents d'intolérance qu'il n'a jamais observés à l'hôpital, mais seulement en ville, tiendraient soit à une idiosyncrasie, soit à une mauvaise préparation de la théobromine. Ils consistent en céphalalgie intense, nausées, excitation cérébrale et parfois anurie.

M. Patein indique deux procédés simples pour s'assurer de la pureté de la théobromine, à savoir la recherche de son point de fusion et sa solubilité dans l'eau alcalinisée.

MM. Bardet et Petit font à ce sujet quelques réflexions sur la difficulté de produire en France certains alcaloïdes, à cause des droits très élevés sur l'alcool. Ces conditions nous rendent malheureusement tributaires de l'Allemagne pour les produits pharmaceutiques.

Affaire du Dr Laporte.

M. Huchard saisit la Société de cette déplorable affaire qui intéresse le corps médical tout entier et a une portée sociale considérable. Un ordre du jour de M. Josias, protestant avec énergie contre l'arrestation préventive d'un médecin inculpé sans doute à tort, d'homicide par imprudence a été voté à l'unanimité. J. Noir

VARIA

Le Cas du Dr Laporte.

Notre confrère, M. le Dr Laporte, a paru mardi dernier devant les juges de la 9e chambre, présidée par M. Richard. Il était poursuivi, comme on sait, pour homicide par imprudence. Ce que lui reproche le parquet, c'est d'avoir négligé de rendre aseptique l'aiguille à matelas, dont il s'est servi pour délivrer Mme Fresquet du fœtus sur lequel il avait pratiqué la craniotomie préalable, et d'avoir opéré avec une insouciance telle, qu'il perfora à deux endroits la vessie de la patiente, morte, dit-on, d'une péritonite consécutive à ces blessures. C'est, d'ailleurs, sur le rapport des médecins experts, MM. les Drs Socquet et Maygrier, que s'appuie la prévention. Nous extrayons du *Temps* cette première partie du compte-rendu *in extenso* des débats. Ils sont trop importants pour que nous nous bornions à les résumer.

M. le président Richard constate que les renseignements recueillis sur le compte du Dr Laporte le représentent comme appartenant à une très honorable famille, comme étant lui-même d'une parfaite honorabilité. Seulement il se débattait contre les difficultés matérielles de la vie, étant sans aucune fortune et sans clientèle. Il avait dû prendre, boulevard de Charonne, un modeste appartement de 360 francs de loyer annuel, où il vivait seul, sans domestiques d'aucune sorte.

M. le Président. — Les renseignements de police vous donnent comme nerveux, excitable, déséquilibré, c'est-à-dire passant d'un état d'exaltation à l'abattement le plus profond, de telle sorte que vous n'êtes pas toujours, au point de vue professionnel, maître de votre pensée, et que vous ne pouvez vous rendre compte de ce que vous avez à faire. — R. Je crois qu'il y a quelque exagération là-dedans!

M. le Président. — Je reconnais d'ailleurs que la précarité de votre situation était de nature à motiver votre nervosité. C'est comme médecin de l'Assistance publique — vous l'étiez depuis 1895 — que vous avez été appelé à donner des soins à Mme Fresquet. Et vous savez que le mari vous rend responsable de la mort de celle-ci. Et ici, pour répondre à certaines théories, laissez-moi vous dire que le principe de poursuite est ce principe bien connu de l'égalité de tous devant la loi. Il y a des droits institués pour certaines catégories de personnes. Les brevets, les diplômes, confèrent quelques-uns de ces droits. Mais il y a des faits qui peuvent être relevés dans l'exercice de ces droits et qui engendrent une responsabilité d'ordre général, à laquelle ni les brevets, ni les diplômes ne permettent d'échapper. C'est ainsi que vous êtes, aujourd'hui, prévenu d'avoir, comme médecin, négligé l'emploi de certaines précautions d'usage qui eussent évité les complications qu'on vous reproche. Quand la sage-femme qui donnait des

© BIU Santé

soins à Mme Fresquet vous a signalé les difficultés de l'opération, vous avez dû procéder à un examen de la malade. Comment l'idée ne vous est-elle pas venue alors, en présence des complications possibles, de l'envoyer à l'hôpital? — R. La malade a refusé de s'y laisser conduire.

D. Pour achever la craniotomie, vous avez finalement pris une aiguille à matelas qui se trouvait dans une boîte à outils? Eh bien, comme homme, comme Parisien, je ne puis admettre que vous ayez dû vous servir d'un instrument pareil! Vous n'étiez pas en pleine campagne. — R. Tous les manuels de médecine opératoire vous diront que l'aiguille suffisait.

D. Les experts disent que cette aiguille était absolument défectueuse, parce qu'elle était difficile à manier en raison de sa ténuité. — Les blessures de la vessie n'ont pas été faites par cette aiguille. Elles l'ont été par le crâne... Montrez, du reste, cet instrument à des accoucheurs. Tous vous diront qu'ils s'en seraient servis comme moi. Du reste, en raison même de sa courbure, l'aiguille ne pouvait produire de perforation.

En résumé, M. le Dr Laporte soutient énergiquement qu'il a trempé l'aiguille dans de l'eau bouillante pour se conformer aux règles de l'antisepsie et qui a *dirigé* l'aiguille pour vider le crâne du fœtus, comme cela est prescrit.

M. LE PRÉSIDENT. — Comme vous ne réussissiez pas à faire la perforation du crâne, vous avez pris un ciseau à froid, puis un marteau et vous avez frappé sur le crâne! Eh bien, c'était là une œuvre de boucher, si bien qu'on s'est précipité sur vous pour vous arracher ces instruments. — R. Je me suis servi du marteau pour frapper légèrement sur l'aiguille et produire la perforation; mais la preuve que je n'ai agi avec aucune brutalité, c'est qu'on n'a trouvé aucune lésion interne sur le passage des divers instruments dont je me suis servi. Le crâne du fœtus vidé, j'ai retiré celui-ci avec le forceps, et je m'en suis allé, croyant que l'opération était absolument réussie et recommandant à la sage-femme de prendre diverses précautions pour éviter une hémorragie. Si, le lendemain, je ne suis pas retourné voir la malade, c'est qu'il en est toujours ainsi quand on est appelé, comme je l'avais été, pour un service de nuit.

Le président conclut de certaines constatations qui auraient été faites par les témoins que le Dr Laporte avait, pour ainsi dire, perdu la tête. Mais celui-ci proteste énergiquement qu'il a conservé tout son sang-froid et qu'il n'a omis aucune des prescriptions en usage.

D. Il paraît, d'après les témoins, que vous n'avez guère insisté en tout cas. Vous n'aviez pas fait de nombreuses opérations d'accouchement, bien que vous prissiez le titre de médecin-accoucheur. — R. Non, pas de médecin-accoucheur. Ma plaque portait : Médecin et accoucheur. J'avais fait des opérations d'accouchement à l'hôpital d'abord, et puis, dans la pratique, deux ou trois; la première constituait même un cas fort difficile.

D. Qu'aviez-vous, pour faire des accouchements difficiles, comme instrument? — R. Un forceps.

D. Et c'est tout? — R. Mais tous les médecins sont dans le même cas, ou à peu près. Et puis j'avais ma trousse.

D. Vous avez par trois fois appliqué le forceps, mais sans résultat. Or, les témoins de vos efforts prétendent que vous n'avez pris que de médiocres précautions. Vous aviez, du reste, essayé d'éloigner tout le monde, même le mari. — Les témoins dont vous parlez n'avaient aucune compétence pour apprécier ce que je faisais. N'a-t-on pas répandu le bruit que je m'étais servi d'un forceps rouillé?

D. Vous n'auriez pas guidé le forceps avec la main. — R. Cette allégation est complètement fausse. J'ai fait tout ce qui est enseigné à l'Ecole de Médecine.

D. Après les trois applications, vous auriez dit : « Je suis au bout de mon rouleau! » — R. Je n'ai pas dit cela, et il était clair que je ne me considérais pas comme étant au bout de mon rouleau.

D. Mais il y a des médecins dont le rouleau est plus ou moins long! Enfin, vous avez opéré la craniotomie du fœtus. Aviez-vous des instruments spéciaux? — R. Il n'y a pas d'instrument indispensable pour cela!

D. Vous avez essayé d'abord du forceps pour faire l'opération. Comment, quand vous avez vu que l'opération ne réussissait pas, n'avez-vous pas demandé le concours d'un autre médecin? — R. Il était impossible à cette heure-là de chercher un autre médecin. Quant à la malade, elle n'était pas transportable à l'hôpital.

— L'enfant était mort, dit-il, quand la craniotomie a été faite. Tout le monde est d'accord là-dessus. Mais, s'il avait vécu encore, je n'aurais pas hésité davantage, car il n'y avait aucun autre moyen de sauver la mère.

M. Fresquet, le mari, déclare avoir été frappé de l'inexpérience et de la brutalité avec lesquelles paraissait agir l'opérateur.

Je lui ai, dit-il, arraché le marteau des mains, à un moment donné. Je ne comprenais pas, non plus, qu'il tirât le forceps comme il le faisait, et j'en ai fait l'observation. Il ne dirigeait pas les instruments.

Mais le Dr Laporte, contrairement à cette assertion, affirme énergiquement qu'il a dirigé l'aiguille, aussi bien que le forceps, à l'aide de la main gauche.

Le femme Houbert soutient également que les coups d'aiguille ont été donnés directement, sans que la main gauche fût introduite pour diriger. Elle ajoute que le forceps seul a été trempé dans l'eau bouillante. Il n'en a pas été de même de l'aiguille, ni des autres instruments essayés.

Il a même, dit-elle, ramassé l'aiguille par terre pour la deuxième ou troisième tentative!

Le Dr Laporte. — Ce sont là des racontars. Je n'ai nullement ramassé l'aiguille. Voilà une femme qui prétend avoir assisté à cinq accouchements avec forceps et qui a soutenu que la vis du mien ne fonctionnait pas! Or les experts ont constaté que la vis fonctionnait à merveille!

Mme Houbert. — Je maintiens sous la foi du serment, que M. Laporte n'a pas guidé les instruments: ce qui m'a fait dire : « Ce n'est pas un médecin cela; c'est un charcutier! »

M. Henri Robert, défenseur du prévenu. — M. Pinard, dont la compétence est, je ne suppose pas qu'on le conteste, supérieure à celle de Mme Houbert, vous dira qu'il est scientifiquement impossible que les choses se soient passées comme le raconte Mme Houbert.

Mme Deleuse affirme, de son côté, avoir vu introduire l'aiguille sans qu'elle fût dirigée.

La sage-femme, Mme Maîtrepierre, qui avait été appelée pour accoucher Mme Fresquet, il y a vingt-cinq mois, et avait dû alors recourir à l'assistance d'un docteur, recommanda — dit-elle — l'envoi de Mme Fresquet à l'hospice, le nouveau cas se présentant dans des conditions aussi défavorables. Mais M. Fresquet ne voulut pas y consentir. Quant à l'introduction des instruments, elle déclare que le Dr Laporte ne s'est pas servi de la main gauche pour le forceps, mais elle croit bien qu'il s'est servi de deux ou trois doigts pour diriger l'aiguille.

Le président. — N'avez-vous pas fait quelques observations? — Le témoin. Le docteur me paraissait nerveux, agité. Je lui ai demandé : Vous êtes malade? Il m'a répondu : Je suis très ému.

D. Ne vous a-t-il pas paru inexpérimenté? Connaissait-il bien le maniement de ses instruments? — R. Oui, sans doute, mais peut-être pas à fond.

D. N'a-t-il pas dit : « Je suis au bout de mon rouleau? » — R. Deux ou trois fois.

Voici la suite des débats, d'après l'*Eclair*.

A cette sage-femme, succède M. le Dr Ballonez.

J'ai accouché Mme Fresquet, il y a deux ans; j'ai employé le forceps et j'ai amené au monde un enfant qui vit encore. Elle avait une assez bonne constitution; mais elle avait le bassin un peu rétréci.

Le président. — D'après les renseignements qui vous ont été fournis, l'opération faite par le Dr Laporte vous a-t-elle paru normale? — M. Ballonez. Non; elle m'a paru anormale.

M. le Dr Socquet. — J'ai procédé à la Morgue à l'autopsie de Mme Fresquet, en présence du Dr Laporte et de la sage-femme. Avant de la pratiquer, j'ai mesuré le bassin. Il était légèrement rétréci. Voici les constatations qu'a produites l'autopsie. La vessie avait deux perforations, qui doivent être vraisemblablement attribuées à l'aiguille, figurant parmi les objets saisis. La mort de la femme Fresquet est due à une péritonite provoquée par les perforations de la vessie. Le cadavre de l'enfant avait diverses plaies à la tête. L'enfant n'avait pas respiré. Il était mort lorsque l'opération a été faite.

Le président. — Vous avez été appelé également à examiner la nature de l'opération?

M. Socquet. — La première question était celle-ci : « Le Dr Laporte a-t-il manqué aux règles de l'art de l'accouchement? » Je réponds : Non. Les autres questions concernaient la maladresse, l'incapacité, les imprudences que le Dr Laporte aurait commises. A ce point de vue, on ne peut que répondre que, s'il n'a pas guidé les instruments, il a été certainement imprudent, n'a pas appliqué les règles.

© BIU Santé

M. le Dr Maygrier dépose :

J'ai été appelé à examiner avec M. le Dr Socquet si le Dr Laporte avait été inhabile, imprudent, incapable dans son opération, ou s'il avait manqué aux règles de l'art. Nous n'avions comme éléments pour nous prononcer que les déclarations des témoins. Nous devons tout d'abord remarquer qu'il y a eu, dans l'appel du médecin, un retard fort préjudiciable à la femme et à l'enfant. Dans les conditions qu'a rencontrées le Dr Laporte, il fallait recourir au forceps et, si le forceps ne réussissait pas, à la craniotomie. C'est ce qu'il a fait. Pour la craniotomie, le Dr Laporte n'avait pas l'instrument nécessaire, le craniotome; il a essayé de se servir d'une des branches du forceps, sans succès d'ailleurs, puis il a demandé autre chose; finalement il a pris une aiguille à matelas, courbée à son extrémité. Cet instrument aurait produit deux perforations, dont l'une communiquait avec la péritoine. D'où la péritonite qui a amené la mort. Voilà les faits. On pourrait reprocher au Dr Laporte d'avoir employé l'aiguille à matelas. C'est un instrument défectueux. Mais dans les conditions où il se trouvait, et vu l'urgence, il pouvait se servir de l'instrument. Mais a-t-il dirigé l'instrument? Toute la question est là. D'après les témoignages, il ne l'aurait pas dirigé; dans ce cas il y aurait une faute opératoire. Mais diverses considérations particulières diminuent sa responsabilité. Le Dr Laporte était seul au milieu de la nuit. C'était la première fois qu'il pratiquait cette opération ; or celle-ci était urgente. Enfin il n'avait qu'une instrumentation trop sommaire; l'aiguille, même dans des mains plus expertes, présentait des dangers. En somme, il a rencontré des conditions déplorables qui doivent entrer en ligne de compte dans l'issue fatale de l'opération.

Voici à présent les témoins à décharge. Un homme, dont le Dr Laporte a accouché la femme, affirme que celui-ci s'est montré très dévoué et très habile. L'accoucheuse, qui a assisté cette femme, parle dans le même sens. Plusieurs médecins apparaissent : M. le Dr Seignet et M. le Dr Lutaud, médecin légiste, déclarent que le Dr Laporte sait bien son métier, qu'il est très érudit, très honnête homme.

M. le Dr Laffitte, médecin du bureau de bienfaisance :

M. le Dr Laporte m'a remplacé en diverses circonstances ; il s'est montré plein d'intelligence et de dévouement. Les pauvres gens qu'il a soignés s'étonnent de son emprisonnement. Et moi, je m'étonne comme eux.

M. Ducord, secrétaire de la Société médicale du 17e arrondissement, exprime une opinion semblable. M. le Dr Berthod, président du Syndicat des Médecins de la Seine, se prononce dans le même sens et ajoute :

Je disais à M. Bertulus, juge d'instruction : « Votre père était médecin ; il serait avec nous ».

M. Pinard professeur d'accouchement, s'avance alors ; un silence religieux se fait. M. Pinard, d'une voix qui sonne fortement, s'exprime en ces termes :

— Le Dr Laporte, en pratiquant la craniotomie qu'il pratiquait pour la première fois, est accusé d'homicide par imprudence pour s'être servi d'instruments défectueux. Appelé près de Mme Fresquet, il avait le droit et le devoir de recourir au forceps. Il fait trois prises sans succès. Il reconnait que le bassin était trop étroit. D'autres médecins, à sa place, seraient partis, laissant la femme mourir. Lui, il est resté. Il aurait pu s'atteler au forceps et tirer comme un bœuf; il ne l'a pas fait. Il s'est conduit comme un accoucheur, ayant vieilli dans son métier. Il a employé d'abord le craniotome de son forceps; il ne réussit pas. Il prend l'aiguille. Cette aiguille n'était ni trop petite, ni trop flexible. Elle pouvait briser le crâne de l'enfant, comme je brise ce crâne.

Et, sortant un crâne d'enfant en carton, il le perce d'un seul coup avec l'aiguille. Puis il poursuit :

— Je trouve, pour qu'il ait pu faire ces opérations, qu'il a prouvé une intelligence très nette de son métier. Il devait être fier de son succès. Après six jours, on l'arrête; on le conduit à la Morgue : on lui montre les ruptures de la vessie, il ne peut répondre. Je viens répondre pour lui. (*Applaudissements*). Les ruptures de la vessie et de l'utérus sont souvent des ruptures spontanées. Pour que des ruptures spontanées se produisent il faut des conditions particulières: c'est le rétrécissement du bassin, la fréquence des accouchements.

Le rétrécissement du bassin? On l'a déclaré. On a mesuré le bassin uniquement par déduction, on aurait pu le mesurer mathématiquement. On ne l'a pas fait. Je n'insiste pas ; je remarque seulement qu'avec la méthode employée on peut faire une erreur de plus de deux centimètres. (*Mouvement*). La femme Fresquet accouchait pour la sixième fois. Toutes les probabilités sont pour que les ruptures soient spontanées. On a dit que le Dr Laporte n'avait pas guidé ses instruments. Je soutiens que c'est impossible. Le vrai coupable est le bassin. Or, on ne l'a pas conservé! Et on n'a pas pu le conserver, parce que, du premier coup, M. le Dr Socquet l'a ouvert.

Me Henri Robert. — Les témoins ont dit que le forceps a été enfoncé comme dans une marmite et l'aiguille comme dans du sable. Est-ce possible?

M. Pinard. — C'est absolument impossible. Peut-on savoir ce qui se passe dans le ventre? Si on nous voyait opérer, on nous enverrait devant les assises. (*Sensation prolongée*).

Les experts paraissent assez troublés de cette déposition. Ils essaient de se remettre sur pied.

M. Socquet. — J'ai pratiqué l'autopsie, comme on a l'habitude de le faire; j'ai mesuré le bassin; mais admettons une erreur dans mes mesures; les perforations n'existent pas moins.

M. Pinard. Vous savez que ces perforations sont souvent produites par les aiguilles osseuses qui se forment dans le bassin après plusieurs accouchements. Avez-vous constaté s'il y en avait? — M. Socquet. Je n'en ai pas vu. — M. Pinard. Eh ! bien, toute la question était là. — M. Maygrier. Notre situation est fâcheuse, nous avons l'air d'accabler un confrère. Les pièces sont conservées. M. Pinard peut les voir. Alors il changera d'avis. Les perforations n'étaient point spontanées, mais traumatiques. — M. Pinard. M. Maygrier a-t-il vu le bassin? — M. Maygrier. Non. — M. Pinard. Eh bien ! alors !

Alors le témoin déploie un dessin qui représente un enfant dans le ventre de sa mère et d'après lequel les perforations, semble-il, ne pouvaient pas être traumatiques.

Me Henri Robert. M. Maygrier a-t-il assisté à l'autopsie ? — M. Maygrier. Non ; comme accoucheur, je ne pouvais pas. — Me Henri Robert. Parfaitement. Alors que les parties génitales ne sont pas blessées, l'aiguille a-t-elle pu produire les perforations, je le demande ?

M. Pinard (d'une voix puissante).— Non, non, non ! (*Nouveaux applaudissements*).

M. Maygrier (timidement).— Je ne suis pas tout à fait de l'avis de M. Pinard.

Me Henri Robert. — M. le Dr Laporte peut-il avoir à trois reprises différentes enfoncé le forceps sans le guider?

M. Pinard — Non, non, non.

M. Maygrier. — Cette fois, je suis complètement de l'avis de M. Pinard.

Me Henri Robert. — M. le président disait tout à l'heure qu'il ne comprenait pas que, sauf à la campagne, on pût se servir d'instruments comme ceux qu'avait employés le Dr Laporte. Quelle est l'opinion de M. Pinard à ce sujet?

M. Pinard. — Les instruments les plus perfectionnés sont quelquefois les plus dangereux.

M. Maygrier (plus timidement). — Permettez-moi de vous dire que M. le Dr Tarnier a approuvé notre rapport.

Me Henri Robert. — Certainement. Et, comme cela éclaire le procès ! Un médecin éminent dit oui ; un médecin éminent dit non. Un tribunal peut-il trancher la question ? (*Murmures d'approbation*).

M. Pinard. — De pareilles discussions entre médecins ne peuvent que leur nuire. Mais je crois remplir mon devoir : je ne suis venu ici que parce que j'avais une conviction profonde. Je ne veux poser qu'une question. A-t-on envoyé à M. Tarnier le rapport de M. Socquet? — M. Maygrier. Non. — M. Pinard. Quand M. Tarnier saura que les parties génitales étaient intactes, après quatre prises de forceps, il dira comme moi que le Dr Laporte ne peut pas être considéré comme un maladroit !

Et le témoin, ayant prononcé ces derniers mots, regagne sa place.

M. le substitut Branchot se lève alors.

— Après le brillant plaidoyer de M. Pinard, s'écrie-t-il, on pourrait croire que je vais abandonner l'accusation. Il n'en est rien. Je conserve mon opinion. Et, s'appuyant sur les rapports des experts et les témoignages des voisines, il déclare qu'à ses yeux, le Dr Laporte n'a pas dirigé suffisamment les instruments dont il s'est servi, qu'il n'a pas protégé les parois voisines. Il sollicite donc une condamnation, afin, dit-il, « que les médecins ne se targuent plus de leur irresponsabilité devant la justice qui doit être égale pour tous ».

© BIU Santé

Me Henri ROBERT a prononcé, dit le *Temps*, pour le Dr Laporte, un plaidoyer très chaleureux, et d'une argumentation aussi vigoureuse qu'incisive. Il est étonné que le ministère public n'ait pas reculé devant la tâche de demander au tribunal la condamnation de son client, après la déposition du Dr Pinard et les précisions auxquelles elle a donné lieu. Que reproche au Dr Laporte la prévention ? De n'avoir pas dirigé l'aiguille, et en négligeant cette précaution élémentaire, d'avoir occasionné une double perforation de la vessie de la malade. D'abord sur les causes probables de cette perforation, il y a contradiction formelle entre les experts et le Dr Pinard. Les premiers disent : C'est l'aiguille à matelas qui la produite. Et M. Pinard répond : Non, rien ne l'établit. Tout au contraire, il est vraisemblable que la rupture de la vessie a été faite, spontanément, par quelque « aiguille osseuse » du bassin. Il y a de nombreux exemples de pareilles ruptures. Mais supposons que l'aiguille à matelas ait bien produit la double perforation. Pour que la prévention d'homicide par imprudence pût être établie, il faudrait alors que cette perforation fût le résultat, non plus d'une simple accident opératoire, mais d'une faute opératoire lourde, d'une négligence coupable de l'opérateur. Cette faute est-elle démontrée ? Non. Si trois témoins, absolument incompétents en matière d'accouchement, disent : « Le Dr Laporte n'a pas dirigé l'aiguille » ; il y en a un autre qui a déclaré ceci : « Je crois bien qu'il a dirigé l'instrument avec deux ou trois doigts de sa main gauche .» Ce témoin, c'est la sage-femme. Donc premier élément de doute. A cet élément s'ajoute cet argument : le Dr Pinard affirme que, si l'aiguille avait été introduite sans être dirigée, il y aurait eu des lésions sur son passage. Or tout le monde est d'accord : l'autopsie n'en a révélé aucune. M. Maygrier, sur ce point, n'est pas tout à fait de l'avis du Dr Pinard. Soit. Il pense toutefois comme lui que le forceps n'a pas pu être introduit trois fois sans avoir été dirigé, car il y eût eu lésion. Que disent cependant les témoins ?

Que le Dr Laporte a appliqué trois fois le forceps sans le diriger avec la main gauche. Ils se trompent donc, d'après l'avis commun du Dr Pinard et du Dr Maygrier. Et s'ils se trompent sur ce point, pourquoi ne se tromperaient-ils pas également, quand il affirment d'autre part que l'aiguille, pas plus que le forceps, n'a été dirigée ? Le moins qui puisse résulter de ces constatations, c'est que le doute s'impose, et le prévenu doit en profiter. Le tribunal doit donc acquitter. En fait, le Dr Laporte n'a commis aucune faute. Il a procédé avec prudence et méthode. Il n'a rien à se reprocher et on n'a rien à lui reprocher. Le condamner, après les débats d'hier, serait inexplicable. Inexplicable et... dangereux. Combien de médecins, de peur d'être traînés en police correctionnelle, n'oseraient plus faire les opérations délicates et rapides que la nécessité impose souvent pour le salut même des malades ! Ce serait préconiser le système des bras croisés, la théorie du laissez-mourir ! Le tribunal ne peut qu'acquitter. Et, s'il hésite encore, il peut tout au moins ordonner une contre-expertise.

Notons qu'en passant Me Henri Robert a fait allusion, mais sans insister, aux huit jours de prison préventive subis par le prévenu. Ajoutons qu'il a déposé des conclusions tendant subsidiairement à la contre-expertise. Elles ont été lues par Me Mutel, avoué.

M. le Dr Maygrier a donné alors lecture d'une réponse aux critiques formulées par le Pr Pinard pour démontrer que l'expertise n'a négligé aucun élément d'information ou de constatation utile.

Le prononcé du jugement a été remis à vendredi, c'est-à-dire à aujourd'hui même.

Le Dr Laporte, dans un cas difficile, où la rémunération était nulle, en face d'une femme qui refusait d'aller à l'hôpital, a eu le courage de rester à son poste, de faire tout le possible dans des conditions déplorables, pour venir en aide à sa malade d'occasion : le bon sens, l'intérêt des malades, la justice plaident en faveur de son acquittement. B.

La Maladie de Charles de Bourbon.

Le cardinal Charles de Bourbon, proclamé roi par la Ligue sous le nom de Charles X, mourut presque subitement le 9 mai 1590, à neuf heures du matin. A ce sujet, l'historien Dom du Breul s'exprime ainsi :

« Il mourut d'une *stranguerie*, causée par deux grosses *pierres*, qui lui furent trouvées après sa mort, l'une au conduit de l'urine, et l'autre dans la vessie. »

La mort survint à Fontenay-le-Comte (Vendée) et l'autopsie fut faite par quatre chirurgiens jurés de cette ville, sous la direction d'un médecin de Paris, premier médecin du cardinal. Le procès-verbal d'autopsie se trouve à la Bibliothèque nationale (Mss coll. Dupuy, t. LCCCVIII, fol. 32). M. B.

Les Manœuvres du Service de Santé.

Le médecin principal Van Merris, chef de l'hôpital Saint-Martin, qui dirige avec tant d'autorité les manœuvres du Service de Santé, avait fait organiser à la gare des Matelots, à Versailles, un hôpital d'évacuation, où l'on a amené les blessés de l'hôpital de campagne installé à Velizy. Cet hôpital a fonctionné pendant toute l'après-midi, sous les yeux de nombreux médecins et officiers d'administration de la réserve et de l'armée territoriale, qui ont été conduits sur le terrain et dans les locaux occupés, par le médecin major de 1re classe Lafille, attaché à la direction du service de santé. La manœuvre préliminaire, c'est-à-dire la phase de l'opération militaire, a été très rapidement conduite. A onze heures, le général Treuille de Beaulieu faisait sonner le : « Cessez le feu ! » après un assaut de la ferme de Villacoublay et une poursuite qui avait amené les troupes des trois armes à hauteur de la ferme de Trivaux, non loin du Plessis-Piquet. L'intérêt principal des manœuvres de cette année consistait dans l'emploi sur le terrain des hôpitaux de campagne. On voulait s'assurer si ces derniers ne seraient pas plus efficacement utilisés à soigner les blessés aux abords immédiats du champ de bataille. Il est à craindre, en effet, que beaucoup de blessés meurent si les soins les plus complets ne leur sont pas immédiatement donnés. Pour cette expérience, on a fort judicieusement utilisé le terrain ; les résultats, naturellement théoriques, ont été excellents. Les postes de secours ont été rapidement organisés. Les « blessés », qui avaient chacun une fiche attachée à la capote, recevaient des infirmiers des soins en rapport avec le cas supposé. Pansements à la tête ou aux membres, etc. Des brancardiers les conduisaient ensuite aux ambulances, où les médecins procédaient à des pansements plus complets. De là, les blessés, placés sur des civières à brancards, ou sur des civières à roues très légères, d'un modèle nouveau, étaient conduits à l'hôpital de campagne.

Celui-ci était installé dans un restaurant champêtre, dont les tonnelles et les pavillons étaient transformés en autant de salles spéciales. Chacun de ces petits bâtiments en rocailles, en charmille ou en torchis, porte un nom choisi par le restaurateur. Au dessous de ces indications, le service de santé avait placé un écriteau indiquant l'emploi nouveau de ces constructions légères destinées aux pique-nique parisiens. Les *Lauriers* étaient pour les « blessés à évacuer » ; le *Rustique*, pour les « pansements compliqués » ; les *Cerisiers* servaient aux « opérations » ; aux intransportables, on avait affecté les *Platanes*. Le bureau des entrées était dans la grande salle avec le « triage des blessés » et les « pansements simples ». Dès midi, les brancards affluaient et déposaient les blessés entre les tonnelles dans lesquelles une centaine de médecins de tous grades mangeaient en hâte la traditionnelle gibelotte du bois de Meudon, et les diverses sections de l'hôpital commençaient à fonctionner pendant que, sur de grands feux, en de vastes marmites, cuisaient la soupe et le rata et bouillait l'eau pour le thé. L'animation a été grande pendant toute l'après-midi dans ce riant village de Velizy ; le soir venu, le 5e génie a allumé à l'entrée une lampe Wells, qui jetait de grandes nappes de lumière sur le terrain où la manœuvre avait eu lieu. En même temps, on expérimentait dans les champs une lampe à projection inventée par le Dr Mareschal, médecin principal. Cette lampe est basée sur la propriété de la mousse de platine de rester incandescente tant qu'on la tient suspendue au-dessus d'un jet de gaz. Ces essais ont bien réussi malgré la lune très brillante. A cent cinquante mètres, on lisait une carte d'état-major ; à cent mètres on pouvait lire les instructions autographiées pour la manœuvre. Il était huit heures quand ces expériences ont pris fin.

L'inspecteur général Dujardin-Beaumetz, les médecins inspecteurs Dieu et Chauvel ont assisté à cette intéressante journée de manœuvres.

La défense de la vie humaine.

On a fait dans le petit bras de la Seine, en face du quai du Marche-Neuf, d'intéressantes expériences sur des *bouées de sauvetage lumineuses* combinées par M. Bouraine, simple ouvrier tuilier de Compiègne, mais membre actif de la Société des sauveteurs de l'Oise. Le système dont le principe avait déjà été démontré par son auteur à Compiègne, à Rouen et à Paris même, consiste à rendre électriquement lumineuses des bouées de sauvetage, des gaffes et même des bateaux de sauvetage. Chacun de ces engins, suivant sa dimension, porte une ou plusieurs petites lampes à incandescence auxquelles une petite batterie d'accumulateurs peut fournir pendant sept à huit heures, paraît-il, le courant électrique nécessaire pour leur illumination. Dès que la bouée, ou le canot électrique, tombe à l'eau, une petite vessie en caoutchouc pousse sur une tige, ferme le circuit et les lampes brillent. Dans le cas de la gaffe, le sauveteur se met la petite batterie d'accumulateurs en bandoulière dans une sorte de cartouchière. Au cours des expériences faites, par une belle soirée à la vérité, on a repêché aisément avec la gaffe lumineuse un mannequin précipité à

© BIU Santé

l'eau dans les ténèbres, puis on a mis à l'eau le canot de sauvetage qui s'est tout aussitôt illuminé à souhait, enfin sauvé un véritable batelier, volontairement naufragé, M. Emile Piotte, qui a plongé avec une grande crânerie et joué son rôle de la façon la plus instructive. Il ressort de ces essais que ce système pourrait rendre des services dans bien des cas : les navires sont en effet, de plus en plus, munis de l'éclairage électrique et il serait aisé, à leur bord, de recharger les accumulateurs ; nombre de personnes lui auraient certainement dû leur salut dans un naufrage tel que celui du *Drummond-Castle* dont les circonstances tragiques sont encore dans toutes les mémoires.

Le Spiritisme aux Indes en 1674.

A la Section d'Ethnographie du Congrès des Orientalistes, M. Henri Froidevaux a raconté, d'après un fragment des Mémoires de Bellanger de Lespinay, une séance de Spiritisme, tenue à Pondichéry, par des Hindous, en 1674.

Bellanger désire avoir des nouvelles de France et il en demande à des devins hindous.

« Ils me dirent qu'il leur falloit un petit garçon ou une petite fille qui fust pucelle. Ils en cherchèrent une et, pour ne pas manquer, la prirent fort jeune et me dirent que leur affaire se devoit faire la nuict et dans quelque lieu escarté. Pour cet effect, ils choisirent un pagode ruiné, dans le fond duquel ils firent apporter une table et un tapis, deux vaisseaux de cuivre fort larges et fort clairs, du ris, de l'encens et un reschault... Sur une table qui estoit proche de la muraille, il y avoit un de ces bassins, graissé d'huile composée, qui estoit fort noire et reluisante. La petite fille estoit devant ledit bassin, les yeux fort attachez à regarder. Derrière elle, il y avoit deux de ces devins qui regardoient et attendoient le temps pour voir ce qui devoit paroistre. A deux pas de là estoit un vieillard qui marmottoit assez bas et, de temps en temps, jettoit des poignéez de ris dans l'air et sur le plancher, et ensuite encensoit. »

Et voici ce que Bellanger affirme avoir vu sur le fond du bassin :

« Je veis passer un de nos vaisseaux, sur lequel estoit Monsr Baron, directeur général, qui, venant de Suratte, estoit à la côte de Malabar. Un instant après, je vis le mesme vaisseau mouiller devant Bombaye, ville à la mesme coste, appartenant aux Anglois. On voyoit les Anglois sur la coste, qui attendoient la chalouppe françoise venir à terre, et ce qu'il y a de plus surprenant est que je cognoissois de nos gents sur le vaisseau. Toutes ces sortes de choses ne se voyoient que peu de temps et comme autant d'objets que l'on passe devant les yeux. »

Bellanger vit encore, à sa demande, la ville de San-Thomé assiégée, « Monsr le vice-roy sur le bastion de l'attaque, et la pluspart de la garnison que je cognoissois et distinguois de visage... » Il raconta la scène à M. Baron, qui le réprimanda : « Il me pria de ne me point amuser à cela, et qu'il y avoit grande offence, veu que cela ne se faisoit que par le moyen du démon et que touts les Orientaulx se donnoient fort à cela. »

Il résulte de la discussion qui a suivi cette communication, que ce procédé de divination était connu également des Arabes, des Grecs anciens et des nègres des Antilles.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 25. — 1er *de Doctorat*. Ancien régime : MM. Gautier, Weiss. Heim. 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tillaux, Retterer, Sébileau. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Déjerine, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Kirmisson, Tuffier, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Delbet, Lejars.

MARDI 26. — Médecine opératoire : MM. Campenon, Poirier, Albarran. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Marie, Gley. — (1re *partie*) : MM. Rémy, Quénu, Thiéry. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Nélaton, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Charrin, Ménétrier.

MERCREDI 27. — Dissection : MM. Marchand, Retterer, Poirier. — 1er *de Doctorat*. Ancien régime : MM. Gariel, Heim, Chassevant. — 2e *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Reynier, Rémy, Hanriot. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Landouzy, Letulle, Widal.

JEUDI 28. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Nélaton, Thiéry. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Joffroy, Chantemesse, Charrin. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot.

VENDREDI 29. — 2e de fin d'année (officiat) : MM. Rémy, Retterer, Chassèvant. — 3e de fin d'année (officiat) : MM. Déjerine, Letulle, Lejars. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) (chirurgie) : MM. Terrier, Ricard, Walther. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Widal. — (1re *partie*) (obstétrique) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 30. — 1er *de Doctorat* (nouveau régime) : MM. Farabeuf, Rémy, Quénu. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, André. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hutinel, Letulle, Achard. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*), chirurgie (1re *série*) : MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran. — (2e *série*) : MM. Berger, Campenon, Thiéry. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Chantemesse, Marfan.

Thèse de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 26. — M. Jolly. Sémiologie du souffle présystolique dans le rétrécissement mitral pur. — M. Robin. L'Ichthyose. — M. Baudouin. Contribution à l'étude de la varicelle gangréneuse. — M. Goalard. Contribution à l'étude des accidents asystoliques localisés dans le lobe inférieur du poumon gauche. — M. Brès. De l'arthrotomie dans l'arthrite blennorrhagique. — M. Mac Guffie. Tuberculose testiculaire et son traitement. — M. Camous. Hygiène urbaine.

JEUDI 28. — M. Legrand. Contribution à l'étude de l'intoxication aiguë par le sublimé. — M. Renard. De la séroréaction chez les anciens malades guéris de la fièvre typhoïde. — M. Coudeynas. Contribution à l'étude des formes légères de la fièvre typhoïde. — M. Letainturier de la Chapelle. Infections d'origines naso-pharyngée. Néphrite et endocardite. — M. Gagnière. Nouvelles contribution au traitement de la syphilis par l'huile grise. — M. Roger. De la perforation de l'estomac dans la phtisie. — M. Maridort. Contribution à l'étude historique et critique des différents traitements du placenta prævia. — M. Ané. Contribution à l'étude de la cure radicale des hémorroïdes. — M. Monod. Contribution à l'étude du mal perforant plantaire. — M. Posth. Le sacrum (Description. Développement. Anomalies. Articulation).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 3 au samedi 9 octobre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.140, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 401, illégitimes, 185. Total, 586. — *Sexe féminin* : légitimes, 389, illégitimes, 165. Total, 554.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 3 au samedi 9 octobre 1897, les décès ont été au nombre de 762, savoir : 413 hommes et 349 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 2, T. 7. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 1, F. 2, T. 3. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0 — Coqueluche : M. 0, F. 1, T. 1. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 1, T. 3 — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 102, F. 79, T. 179. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 8, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 8, T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 2, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 22, F. 28, T. 50. — Méningite simple : M. 9, F. 7, T. 16. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 20, F. 26, T. 46. — Paralysie, M. 0, F. 6, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 2, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 17, F. 27, T. 44. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 2, T. 4. — Bronchite chronique : M. 11, F. 7, T. 18 — Broncho-pneumonie : M. 10, F. 15, T. 25. — Pneumonie : M. 14, F. 11, T. 25. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 14, F. 9, T. 23. — Gastro-entérite, biberon : M. 24, F. 14, T. 38. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 2, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 4, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 14, F. 9, T. 23 — Sénilité : M. 10, F. 18, T. 28 — Suicides : M. 12, F. 4, T. 16. — Autres morts violentes : M. 11, F. 1, T. 12. — Autres causes de mort : M. 80, F. 47, T. 127. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 0, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 10. Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 10. Total : 36.

© BIU Santé

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. le Dr FAGE est chargé d'un cours complémentaire de clinique ophtalmologique.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 18 avril 1898, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Par décret, l'Association générale des Médecins de France a été autorisée à accepter : 1° une somme de 3.000 fr. qui lui a été léguée par Mme Raphat, veuve de M. Le Bret ; 2° une somme de 1.000 fr. qui lui a été léguée par M. le Dr Lafont.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. — *Legs Marjolin.* — Un décret autorise la Société de Chirurgie à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans le testament olographe du 1er novembre 1894, le legs fait à son profit, par M. René Nicolas Marjolin, d'une somme de dix mille francs (10.000 fr.) pour les arrérages être affectés annuellement à la continuation de la fondation Duval (300 fr. par an).

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe, et ont reçu les affectations suivantes : MM. Bar, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. Challiol, au 152e régiment d'infanterie. Miramond, au 91e régiment d'infanterie. Ravé, au 150e régiment d'infanterie. Paul, au 2e bataillon de chasseurs à pied. Gras, au 31e régiment de dragons. Gerbaux, au 1er régiment de dragons. Bontemps, au 11e régiment de cuirassiers. Lascoutx, au 26e bataillon de chasseurs à pied. Saint-Martin, au 17e bataillon de chasseurs à pied. Gallot, au 20e bataillon de chasseurs à pied. Bailby, au 44e régiment d'infanterie. Augarde, au 28e bataillon de chasseurs à pied.

SERVICE DE SANTE DE LA MARINE. — Le Ministre de la Marine a accordé des concessions de bourses et de trousseaux aux élèves de l'Ecole du Service de Santé de la Marine dont les noms suivent savoir : élèves actuellement à l'école, *une bourse entière avec trousseau complet* : Fourgous, le père décédé, deux enfants. Une demi-bourse : Fichet, le père ingénieur, cinq enfants. Un trousseau complet : Gravot, le père décédé, trois enfants. Un demi-trousseau : Métayer, le père agent voyer d'arrondissement, décédé, deux enfants. *Elèves admis en* 1897. Treize bourses et trousseaux complets : Allain, le père, capitaine en retraite, deux enfants. Bougenault, le père, garde d'artillerie, décédé, quatre enfants. Chagnolleau, le père, agent d'affaires, trois enfants. Chemin, le père, sous-agent administratif de la marine, en retraite, trois enfants. Coquin, le père décédé, trois enfants. La Folie, le père, adjudant principal de la marine, en retraite, quatre enfants. Lambert, le père, géomètre, quatre enfants. Manine-Hitou, le père décédé, cinq enfants. Margerie, le père, négociant, six enfants. Montel, le père et la mère décédés, trois enfants. Roustan, le père décédé, deux enfants. Sorel, le père médecin, cinq enfants. Verdier, le père décédé, trois enfants. — *Trois bourses sans trousseaux* : Bellamy, le père chef de bureau au Ministère de la Marine, en retraite, trois enfants. Grosfillez, le père, ancien commis des contributions directes, quatre enfants. Braud, le père, pasteur protestant, deux enfants.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT. — *Promotions.* — Au grade de médecin inspecteur de deuxième classe : M. Grall. — Au grade de médecin en chef de première classe : M. Primet. — Au grade de médecin en chef de deuxième classe : M. Gallay. — Au grade de médecin principal : MM. Hébrard, Capus, Fontaine et Lemoine. — Au grade de médecin de première classe : MM. Nogué, Burdin, Hazard, Lairac, Lefel, Ozanam et Maclaud.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE EN FRANCE. — M. Barthou, ministre de l'Intérieur, a conféré avec la commission du budget, au sujet des chapitres réservés de son ministère. Le ministre de l'intérieur a développé les raisons pour lesquelles il a demandé la réorganisation de l'*inspection générale des services administratifs*. Il voudrait créer une seule catégorie d'inspecteurs généraux, qui visiteraient les divers établissements ressortissant au ministère de l'Intérieur. Il y aurait ainsi plus d'unité dans le fonctionnement de l'inspection, et il en résulterait une économie qui permetterait de relever certains traitements. Le ministre a démontré ensuite l'utilité de la création d'inspecteurs adjoints. M. Barthou a ajouté que cette réforme n'entrainerait aucune demande nouvelle de crédit, la dépense devant être couverte par le crédit destiné à un personnel affecté *service de l'assistance médicale gratuite, dont on se passerait*, et qui changerait ainsi de destination. Le décret de réorganisation est prêt et sera soumis à la signature du Président de la République si la commission sanctionne les vues du gouvernement.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — Dans le Tarn-et-Garonne (canton de Montauban-Ouest), au scrutin de ballottage, M. le Dr FOISSAC, radical-socialiste, a été élu par 1.874 voix contre 1.831 à M. de Saint-Félix, conservateur-monarchiste. Au premier tour, M. de Saint-Félix avait obtenu 1.301 voix, M. Marty, républicain, 998, M. Foissac, 1.002, et M. Veyriac, radical, 476. Il s'agissait de remplacer M. Garrisson, sénateur, républicain décédé.

L'INSTITUT PASTEUR A SOFIA.— Ces jours-ci a eu lieu à Sofia l'ouverture de l'Institut Pasteur, placé sous la direction du Dr Ivanof. La première injection a été faite, en présence du corps médical supérieur de Sofia, sur une femme mordue par un chien enragé.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1900. — Par décision ministérielle du 7 octobre 1897, notre collaborateur M. le Dr Marcel BAUDOUIN vient d'être nommé membre des comités d'admission de l'Exposition universelle de 1900 pour le groupe III de la classe XVI.

MÉDECINS ANESTHÉSISTES. — La *Société des Anesthésistes* de Londres se réunira le 18 novembre 1897, au siège des séances de la Société, 20, Hanover square, W. Réception du président à 8 heures ; à 8 h. 1/2 discours de M. le Dr Dudley W. Buxton : *Empirisme ou Science?* Les anesthésiques de 1847 à 1877. Musique. Exposition. [A. P. S.]

CONFÉRENCES SUR L'ALCOOLISME. — M. le Dr Roubinovitch, dont on connait les travaux relatifs à l'alcoolisme, vient de recevoir l'autorisation d'organiser, dans le département de la Seine et dans les départements du ressort de l'Académie de Paris, des conférences contradictoires, à l'usage des instituteurs, sur l'éducation antialcoolique des enfants.

LE CHOLÉRA AUX INDES ANGLAISES. — Une épidémie de choléra vient d'éclater parmi les hommes du 1er bataillon du Shropshire régiment, stationnés à Sitapur (province du nord-ouest). Quarante malades ont déjà succombé.

LA FIÈVRE TYPHOIDE A SAINT-DIÉ. — Un nouveau décès, le dixième, vient de se produire à Saint-Dié parmi les militaires atteints de la fièvre typhoïde. Il ne reste plus que dix-neuf malades à l'hôpital, la plupart en convalescence. Aucun cas nouveau n'a été constaté depuis trois semaines.

LA FIÈVRE DENGUE EN CHINE. — Une épidémie de fièvre dengue sévissait le mois dernier à Haiphong et aux environs. De nombreuses personnes durent s'aliter, surtout parmi le personnel de la poste. Pour assurer ce service, on dut demander du renfort à Hanoï.

LA FIÈVRE JAUNE EN AMÉRIQUE. — Un navire, arrivé à Plymouth des Barbades, a eu à bord deux décès dus à la fièvre jaune.

BACILLE DE LA FIÈVRE JAUNE. — On télégraphie de Montevideo au *Times* que le Pr Sanarelli, qui découvrit récemment le bacille de la fièvre jaune, annonce maintenant la découverte d'un sérum curatif. Une autre dépêche au même journal, de Montevideo également, annonce que les sauterelles ont fait leur apparition dans les provinces du Nord-Ouest.

INSPECTION SANITAIRE. — M. le Dr Drouineau, chargé par M. le Ministre de l'Intérieur d'inspecter l'hospice général de Nantes, et arrivé dans cette ville et il a vu les divers services. On nous dit que cette inspection se rattache aux événements que nous avons relatés déjà.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert le 18 octobre. La question écrite a été : *Plèvres. Cancer de l'œsophage.* — Le jury du Concours de l'internat pour l'année 1897 est provisoirement constitué de la manière suivante : MM. Chauffard, Lion, Launois, Duguet, Faure, Blum, Demoulin, Quénu, Porak, Guyon.

Concours de l'Externat. — Le jury est provisoirement constitué ainsi qu'il suit : MM. Mosny, Renon, Caussade, Claisse, Mauclaire, Thiéry, Guillemain, Demelin.

Le Banquet de l'Internat. — On se serait cru, lundi soir, sur le boulevard Saint-Michel, au temps déjà lointain où M. Léo Taxil, avant sa première conversion, organisait des bals pendant la Semaine-Sainte. Le boulevard était sillonné d'étudiants revêtus de costumes religieux. Vers dix heures, tous se formaient en un cortège, avec enfants de chœur, chantres, bedeaux, bannières, pour se rendre à la salle Bullier où avait lieu le bal annuel de l'internat. Des cantiques improvisés et auxquels prenaient part des carabins en blouse blanche complétaient le caractère caricatural de cette procession que les curieux regardaient avec plus de curprise que d'admiration. Arrivés au bal, les bannières qui étaient voilées ont été découvertes, et danseurs et danseuses ont fait une ovation à celles qui étaient ornées des sujets les plus court vêtus. Le bal a ensuite commencé et a été fort animé.

UN CAS DE FOLIE HOMICIDE. — A l'asile départemental d'aliénés de Saint-Robert, le directeur a communiqué quelques notes sur

© BIU Santé

l'état mental de Vacher, le tueur de bergers. Vacher qui était interné à l'asile de Dôle depuis le 7 juillet 1893, fut transféré et admis à Saint-Robert le 21 décembre 1893. Il en sortit le 1er avril 1894, en vertu d'une décision préfectorale en date du 14 mars. Vacher, à Saint-Robert, ne fut pas, en fait, reconnu comme aliéné. Les observations consignées de quinzaine en quinzaine par le médecin attaché à l'établissement, sur le registre *ad hoc*, corroborent l'opinion du directeur. Vacher fut soumis, respectueux et calme. Il insista à diverses reprises, verbalement et par écrit, pour qu'on lui fît subir, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'opération du trépan, dans le but d'extraire la balle qu'il disait avoir dans la tête. Plusieurs des lettres adressées par lui au directeur, datées de janvier et mars 1894, sont d'un style relativement net. Vacher y exprime sa reconnaissance pour les bons soins qu'il recevait à l'asile et expose ses projets d'avenir. En quittant l'asile, il se fit remettre par M. Dufour une lettre de recommandation destinée aux Frères maristes de Lyon, auprès desquels il se proposait de se retirer. La décision préfectorale autorisant la sortie de Vacher était basée sur un certificat du médecin examinateur. Le parquet de Lyon poursuit son enquête sur ce tueur de bergers. On sait que celui-ci a déclaré qu'étant domestique il était souvent pris de crises nerveuses qui le forçaient à courir à travers champs.

Les Femmes étudiantes a Vienne. — A la Faculté de philosophie, lettres et sciences réunies, de Vienne, treize dames se sont fait inscrire comme étudiantes, après avoir produit préalablement les diplômes nécessaires. Quatre d'entre elles ont opté pour la section des mathématiques, quatre pour la philosophie, deux pour la physique, une pour les sciences naturelles et deux pour l'histoire.

Les Sages-Femmes dans le Sud algérien. — On se rappelle les missions faites par Mme le Dr Chellier dans le Sud algérien. Grâce à l'activité et au dévouement de cette femme médecin, il n'y a plus là un simple projet, dans les tentatives de cet énergique pionnier, mais une heureuse tentative qui, dès maintenant, s'affirme. Déjà trois sages-femmes ont été installées. L'une réside à Sidi-Aïch, dans la commune mixte de la Soummam, la plus peuplée des communes mixtes de la Kabylie. Elle a été installée la première, et, déjà, Mme Chellier dit que, dans la région, elle jouit de la confiance des indigènes. Plusieurs fois elle a été spontanément mandée dans les tribus, et les femmes viennent chaque jour la consulter. Il paraît même que, dans les familles, on se montre très fier que les accouchées aient été assistées par elle. Une seconde a été placée en résidence à Arris, au centre de l'Aurès. Une troisième enfin, affectée à la commune mixte d'Aïn-Touta, habite l'oasis d'El-Kantara, sur le chemin de fer de Batna à Biskra. Ce n'est là qu'un commencement. Trois sages-femmes françaises, ainsi disséminées, ne sauraient évidemment faire autre chose que marquer la voie dans laquelle il y a lieu de s'engager. Elles n'y resteront point isolées. Dès maintenant, Mme Chellier propose d'établir sept nouveaux postes dans le département de Constantine, quatre dans le département d'Alger et deux dans le département d'Oran. L'unanimité avec laquelle les populations indigènes ont accueilli l'idée de voir envoyer, au milieu d'elles, une sage-femme française, est le meilleur garant du succès de l'œuvre entreprise.

Une luxation de l'épaule dite extraordinaire. — Une teinturière de la rue de Montreuil, Mme Marie Triboulet, a été victime d'un singulier accident. A la suite d'une visite chez des clients habitant le seizième arrondissement, Mme Triboulet se dirigeait, à deux heures de l'après-midi, vers le ponton des Bateaux parisiens, au quai d'Auteuil. Alors qu'elle arrivait à la hauteur du numéro 160, la teinturière s'aperçut qu'une épingle attachant son chignon venait de se déplacer. D'un geste rapide, Mme Triboulet leva le bras gauche pour réparer le désordre de sa coiffure. C'est alors que se produisit l'inexplicable accident. Dans le brusque mouvement, l'épaule se déboita complètement, et, en dépit de ses efforts, il fut impossible à la blessée de ramener le bras à sa position normale. La douleur fit pousser un cri à Mme Triboulet que l'on s'empressa de conduire dans un café voisin, où M. le Dr X..., avisé de l'accident, vint lui prodiguer les premiers soins. Mais, sur son conseil, M. Nachon, commissaire de police, a fait transporter la blessée à l'hôpital Necker, où elle a été admise d'urgence. Là seulement, l'opération chirurgicale nécessaire put être tentée : elle a, d'ailleurs, parfaitement réussi; mais un cas semblable à celui de Mme Triboulet est, paraît-il, fort rare et ne s'était encore jamais présenté à la clinique de la rue de Sèvres.

Enfants envoyés en nourrice. — M. le Ministre de l'Intérieur ayant appelé l'attention du Ministre des Travaux publics sur les conditions défectueuses dans lesquelles s'effectue généralement le transport en chemin de fer des enfants envoyés en nourrice par les services de l'Assistance publique, M. Turrel vient d'adresser aux directeurs des Compagnies une circulaire dans laquelle il fait « observer que les cloisons séparatives des voitures de 3e classe, dans lesquelles voyagent les nourrices, ne montent pas toujours jusqu'au plafond et que, par suite, les nourrissons sont exposés à la fumée de tabac et aux courants d'air, inconvénients qui, ajoutés à la fatigue du voyage, sont des plus préjudiciables à leur santé ». En conséquence, le Ministre des Travaux publics invite les directeurs des Compagnies à lui faire connaître les mesures qu'ils se proposent de prendre pour remédier à la situation signalée par le ministre de l'Intérieur.

Accouchement sur la voie publique. — M. Paul Bernard a demandé au Conseil municipal de Paris la création d'un poste de secours à l'intérieur des bâtiments de l'administration centrale pour éviter que des incidents tels que celui qui s'est produit le 9 juillet dernier, à la porte des bureaux de l'avenue Victoria, puissent se renouveler. M. Peyron reconnaît que ce sont les agents du poste de police qui ont donné des soins à une femme en couches avant son transport à l'Hôtel-Dieu. Il signale au Conseil les inconvénients de la création d'un poste de secours dans les bureaux de l'Assistance; il n'empêcherait pas la possibilité d'accouchements imprévus sur la voie publique et il appellerait sur ce point des malades qui doivent s'adresser aux maternités et aux hôpitaux. M. Peyron a demandé et obtenu le renvoi de la proposition de M. Paul Bernard à la 5e commission.

Un Centenaire. — Un fermier d'Haulolin, près de Charleroi, nommé Norbert Dessales, vient de mourir à l'âge de cent trois ans. Jusqu'au dernier moment, il a conservé toute sa lucidité d'esprit (*Petit Parisien*, 1er octobre).

Nécrologie. — M. le Dr Govin (de la Feuillie). — M. le Dr Spire, médecin-major en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Paris et inhumé à Nancy. — M. le Dr Blanc (de Livron). — M. le Dr Brée (de Pavilly). — M. le Dr de la Terrière (de Saint-Varent). — M. le Dr Evanno (de Nesles-la-Vallée). — M. le Dr Hanne (de la Pointe-à-Pitre). — M. le Dr Paliard (de Lyon).

The Westminster Review. — Cette très belle revue, fondée par le Dr Chapmann, se publie mensuellement à Londres (Frederick Warne et Cie). Pour donner une idée de son intérêt, nous donnons le sommaire du numéro d'octobre : Le suffrage des femmes, par Ignota; — L'Espagne coloniale politique, par John Foreman; — M. Pitt dans la vie privée, par Villiam Toynbee. Progrès Britannique et banque libre, par Robert Ewen. La maison de nos ancêtres, par Maurice Tod-Hunter; — Relations financières entre l'Angleterre et les Indes par le Pr A. H. Ghosh. Le parti libéral et l'Eglise, par C. F. Garbett; — Paniers et Fleurs, par G. W. Bulman. Traits suggestifs de nos 60 dernières années littéraires, par Thomas Bradfield; — La Magie et l'homme primitif. Expansion Coloniale, par O. Smeaton. — Chaque numéro contient en outre des chroniques sur la science, la philosophie, la sociologie, les voyages, l'histoire, la littérature, les arts, etc.

Chronique des Hôpitaux.

Maternité de Beaujon, 51, rue de Courcelles (service du Dr Ribemont-Dessaignes). — M. le Dr G. Lepage a commencé, le vendredi 3 septembre, à 4 heures du soir, des conférences de *Clinique obstétricale*; il les continue les vendredis à la même heure.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

ANÉMIE, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale, *Biosine Le Perdriel.*

SAVON DENTIFRICE VIGIER, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

PHTISIE, *Bronchites chroniques.* — Émulsion Marchais.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy, G. Maurin, Succr, rue de Rennes, 71.

© BIU Santé

3e SÉRIE. T VI. N° 44. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 30 OCTOBRE 1897.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

L'Actinomycose : 2e Étude clinique (*suite*) (1);

Par le Dr A.-H. PILLIET.

Classification. — L'actinomycose provenant en général d'un parasite introduit par la bouche, ses localisations s'expliquent et se classent d'elles-mêmes. Une première forme s'observera lorsque le parasite sera fixé dans la cavité buccale même ou dans les ganglions, ou tissus quelconques entourant la face; ce sera la forme faciale, ou mieux, à cause de la localisation secondaire dans les ganglions, la *forme cervico-faciale.*

Dans une seconde, beaucoup plus rare à cause de la faiblesse du parasite, l'infection ne se développera que tardivement, dans l'intestin; et ce sera comme toujours dans le cæcum ou l'appendice que l'on trouvera les lésions initiales; avec retentissement possible sur le foie et les ganglions du mésentère, d'où résulte une deuxième variété, *forme abdominale.*

Enfin, par la bouche, l'infection peut aussi se propager dans les voies aériennes; le parasite se développant dans les alvéoles puis se propageant par les lymphatiques détermine des pneumo-pleurésies adhésives, ayant grande tendance à envahir le tissu osseux des côtes et à provoquer des fistules cutanées. C'est la *forme thoracique* de la maladie.

Mais ce n'est pas tout; l'inoculation cutanée directe, par une épine, une écharde, etc., peut aussi se voir. Cette variété, beaucoup plus rare il est vrai, doit nous faire admettre une *forme cutanée.*

Le défaut de cette classification, basée sur l'étiologie, c'est que l'importance des différents chapitres en est très inégale. En effet, la forme cervico faciale est de beaucoup la plus fréquente, et son étude chez l'homme ne peut être claire si l'on ne connaît avant les principaux traits de la maladie chez les bovidés, où elle existe à peu près seule. Il nous faudra donc la dédoubler pour aller du simple au composé.

A. *Forme cervico-faciale.* — A. *Chez les Bovidés.* — L'organe le plus souvent atteint est la langue (2); comme il était facile de le prévoir. MM. Krantz et Tribout étudiant le mode d'invasion de l'actinomycose chez les bœufs africains, ont retrouvé dans la langue des animaux malades des épines et des débris végétaux chargés d'actinomycose. Von Heille a constaté dans la langue la pénétration de racines d'orge germée, actinomycosique. Au bout d'un certain temps les nodules sous-cutanés, les actinomycomes se développent, soulèvent la muqueuse et donnent à tout l'organe une consistance et une raideur que rappelle le terme de « langue de bois ». Ces nodosités multiples paraissent assez nettement délimitées au doigt.

Après la langue, c'est le maxillaire inférieur qui est le plus souvent envahi (3), les tissus parosteaux étant naturellement pris les premiers. L'os atteint augmente de volume, et rappelle les ostéo-sarcomes kystiques. Il amène une déformation souvent extraordinaire du maxillaire, qui peut atteindre le volume d'une tête humaine. L'os atteint d'ostéite raréfiante est creusé de



Fig. 25. — Sarcome actinomycosique du maxillaire inférieur chez la vache.

cavités et de geodes contenant du sang, du tissu de granulations, et quelquefois du pus. Des fistules nombreuses déversent ce pus et donnent à l'ensemble de la production morbide l'aspect d'un nid de guêpes.

B. *Chez l'homme.* — Ici la tumeur de la langue est beaucoup plus rare. Son étiologie est la même. Albert (de Vienne) rapporte l'observation d'un valet de ferme qui avait l'habitude de mâcher des grains de blé ou d'orge et qui fut atteint d'actinomycose linguale.

La tumeur est souvent unique, bien délimitée, l'épithélium peut être sain, mais souvent on observe des érosions. Quand l'actinomycose se ramollit et suppure il se forme une fistulette laissant couler un pus mal lié, à grains jaunes. La douleur qui est marquée en général peut faire complètement défaut.

Le maxillaire inférieur peut être envahi chez l'homme comme chez l'animal et présenter une forme tout à fait comparable à celle de l'ostéo-sarcome ou de la tumeur polikystique du maxillaire. C'est à ce type que se rapporte la célèbre observation de Ducor, dont M. Raphael Blanchard a donné dans ce journal même une analyse détaillée (*Progrès médical*, 3 juillet 1897, p. 8) Il s'agissait d'une malade de 43 ans chez laquelle à la suite d'un abcès actinomycosique de la région parotidienne, le maxillaire inférieur prit un développement considérable. La malade avait l'habitude de mâchonner des épis d'orge ou de blé.



Fig. 26. — Sarcome actinomycosique du maxillaire inférieur chez la femme.

L'opération faite par M. Jalaguier montre que tout le maxillaire était transformé en une masse kystique, composée d'une douzaine de poches dont trois avaient

(1) *Progrès médical*, 23 octobre 1897.
(2) Bonnet. — *Actinomycose de la langue.* Thèse, Lyon, 1896.
(3) Thollon. — *Du sarcome actinomycosique.* Thèse, Lyon, 1896.

© BIU Santé

le volume d'un gros œuf, remplies d'un liquide gélatineux ou de sang. Cette forme de tumeur du maxillaire rappelle l'épithélioma adamantin (v. Thèse Chibret, 1894) à cause des kystes nombreux qui distendent les deux barres de l'os. Aussi le type lingual et le type maxillaire de l'animal se retrouvent chez l'homme. Mais, le plus souvent, l'affection chez ce dernier prend un caractère différent; c'est la forme cervico-faciale la plus fréquente, celle que le Pr Poncet désigne sous le nom d'*actinomycose temporo-maxillaire* pour bien indiquer ses rapports régionaux.

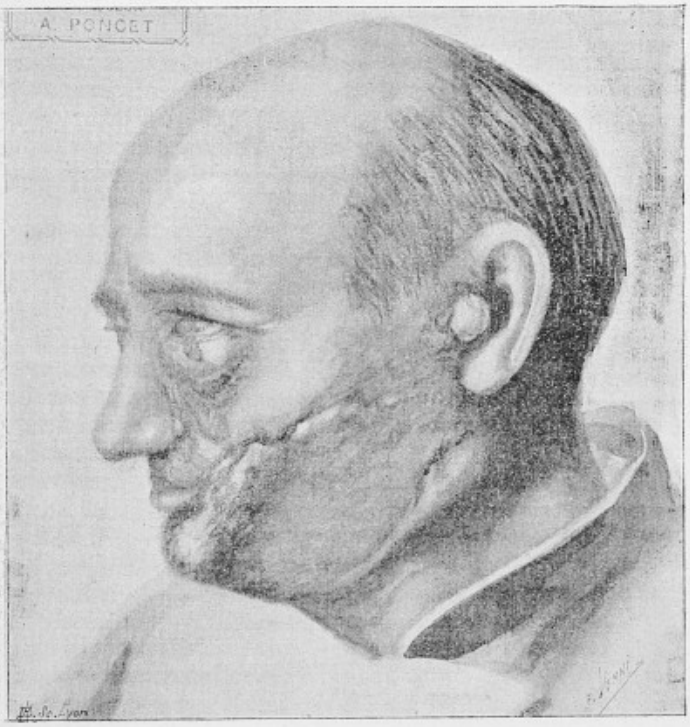


Fig. 27. — Actinomycose cutanée. Type de dermite perlée (Rouffiandis).

Elle envahit en effet les tissus autour de l'articulation temporo-maxillaire, d'où le mal semble rayonner, envahissant par conséquent les régions masséterne et temporale. Dans une forme aiguë, la plus rare, la maladie ressemble à un phlegmon septique d'origine intra-buccale; et l'examen histologique est souvent nécessaire pour faire le diagnostic.

La seconde forme, subaiguë ou chronique, le début est douloureux, au point de faire penser à une arthrite temporo-maxillaire, c'est dire que la douleur peut-être et est souvent d'une violence extrême, les souffrances se manifestant par des crises surtout nocturnes. Elle s'accompagne d'un trismus précoce, comparable à celui de la contracture des maxillaires provoquée par une dent de sagesse. Cette constriction n'est pas en rapport constant avec l'intensité de la douleur et M. Bérard l'attribue à l'excitation directe des masseters et des temporaux par le parasite qui les infiltre.

Le gonflement de la région ne tarde pas à survenir, la face temporale se remplit, forme saillie, la tuméfaction gagne en avant l'arcade zygomatique. La sensation perçue par le doigt qui explore la région est tout à fait spéciale; c'est une « consistance intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes solides ». (Bérard). Cette consistance reste la même, tant à l'extérieur que dans la cavité buccale où le gonflement s'étend aussi. A cette période, le squelette est sain, les os ne sont pas pris, leur périoste seulement est épaissi et les capitonne plus ou moins. Le bord alvéolaire est intact; et, tant qu'il ne s'est pas produit de fistules ni d'infection secondaire, on ne rencontre pas d'adénite.

Au bout d'un certain temps les fistules s'établissent seules, ou bien l'intervention chirurgicale ouvre les foyers ramollis. Le malade est alors soulagé surtout de la douleur. L'aspect de la face avec son gonflement et ses cicatrices est alors tout à fait particulier, et devient typique à force de ne ressembler à rien de classique.

Cet état peut se prolonger assez longtemps, mais le mal se propage aux parties voisines; il peut alors exister des actinomycoses labiales, bucco-linguales et pharyngo-laryngées qui compliquent le tableau clinique et rendent le pronostic singulièrement grave. On en a vu simuler l'angine de Ludwig, en occupant le siège de ce phlegmon (Doyen, 1891). Peu à peu, dans les formes chroniques, les régions latérales du cou sont envahies, puis la nuque; et une doublure, ou capitonnage ligneux de la région du cou soude la tête au thorax. Toutes ces sortes indurées peuvent devenir et deviennent le siège d'abcès qui s'ouvrent au dehors et restent fistuleux.

Dans le *maxillaire supérieur* l'affection se développant dans les lamelles minces de l'os prend une allure spéciale. Elle ne développe pas de grand kystes, mais érode et détruit les lames osseuses, envahissant tout l'antre d'Highmore et simulant la carie syphilitique. C'est l'actinomycose nécrosante de Poncet (1).

Cette forme qui prend le maxillaire supérieur nous conduit à étudier une complication redoutable de la maladie, la propagation aux centres nerveux. Elle s'étend, en effet, souvent à l'orbite et aux méninges et produit soit des abcès limités du cerveau, soit, ce qui est le plus fréquent, des méningo-encéphalites mortelles. Indépendamment de cette propagation directe, les centres nerveux peuvent être envahis à la suite d'une métastase, alors que le foyer primitif existe dans la région cervico-faciale ou dans le poumon. Pour Job la maladie peut aussi se propager directement au tissu nerveux en suivant les veines, les gaines des nerfs ou en s'attaquant directement aux os de la base du crâne et de la colonne vertébrale. On voit par cette multiplicité des voies d'accès au cerveau que l'actinomycose primitive des centres nerveux, si elle est possible, doit être très rare, et qu'elle ne saurait être affirmée sans un examen anatomique approfondi de tout le sujet.

On reconnait deux formes principales de ces complications cérébro-méningées. Dans l'une, le complexus symptomatique est celui d'une tumeur cérébrale ou d'une gomme; dans l'autre, c'est celui d'une méningite ou plutôt d'une méningo-encéphalite diffuse. Mais entre les deux il existe une quantité de cas intermédiaires suivant que la lésion tend à s'étendre ou à se circonscrire. La céphalée intense est notée dans la plupart des observations. Elle s'accompagne de nausées et de vomissements inconstants, survenant sans raison définie; la névrite optique est fréquente. Les symptômes moteurs n'apparaissent que tardivement, ainsi que les troubles intellectuels. Enfin les rémissions sont fréquentes, surtout dans les premiers temps de la maladie. Tel malade que l'on songe à trépaner d'urgence se trouve bénéficier d'un mieux subit.

La forme circonscrite peut ne s'accompagner d'aucun signe clinique et n'être qu'une trouvaille d'autopsie; le

(1) Quenet.— *Actinomycose du maxillaire supérieur*. Thèse, Lyon, 1895.

© BIU Santé

fait s'est rencontré sept fois sur les quinze observations recueillies par Job dans sa thèse (1).

B. *Forme abdominale.* — Tous les organes de l'abdomen peuvent être atteints, et il existe des observations de mycose de l'estomac avec autopsie. Mais la localisation la plus fréquente, comme l'ont établi des statistiques qui, comme celle de Grill, en Allemagne, et de Hinglais, en France, portent sur plus de cent cas, c'est la typhlite et l'appendicite. On y distingue suivant la rapidité de la marche une forme rapide, d'allure phlegmoneuse, et une forme chronique (2).

Le champignon commence par se développer à la surface de la muqueuse cæcale, où on l'a retrouvé en nappes, ou même sur un corps étranger inclus dans l'appendice. Il détermine des ulcérations lenticulaires, petites, à bords décollés, puis la perforation de la paroi. Mais il ne s'ensuit pas de péritonite généralisée. Le péritoine s'épaissit et constitue des tissus lardacés dans lesquels le champignon chemine jusqu'à la peau où il détermine des fistules en nombre variable (cinq à six dans un cas de Gangolphe); ces fistules peuvent du reste se cicatriser et n'exister plus que sous forme de cordons durs reliant la peau aux tissus profonds. Il est à remarquer que l'affection ne suit pas les plans aponévrotiques; elle les perfore. Elle ne détermine pas non plus d'oblitération des vaisseaux, pas d'hémorragies. Les ganglions ne sont pas en général envahis.

Ces accidents évoluent lentement. Dans la période prodromique, on n'observe que des poussées de périty-phlite. Puis on perçoit dans le flanc droit une tumeur diffuse, d'abord indépendante de la paroi abdominale qu'elle finit par envahir. Elle forme un plan ligneux, résistant, indolore, s'étendant plus en surface qu'en profondeur, puis bientôt la peau prend une teinte bleu-violet ou ardoise en certains points destinés à s'ulcérer. La fluctuation apparait rapidement dans la masse, quel que soit son volume. L'ouverture, spontanée ou provoquée, donne issue à un liquide épais, visqueux, filant, de couleur blanc grisâtre, contenant assez souvent des grains jaunes. La nature de ce liquide change du reste assez rapidement, et il peut devenir purulent par association microbienne.

Ces fistules peuvent se cicatriser complètement, laissant à leur suite des cicatrices d'un noir ardoisé. Elles peuvent aussi déterminer une cachexie spéciale avec dégénérescence amyloïde des parois intestinales et mort de l'individu.

Les complications directes les plus fréquentes sont l'ouverture dans la vessie, le psoitis; et la métastase par la voie veineuse permet l'envahissement fréquent du foie (3) révélé par l'augmentation de volume de l'organe et les troubles de l'urine, ou se manifestant par l'ouverture dans le péritoine d'un abcès métastatique amenant une péritonite purulente.

Cette affection à marche essentiellement chronique, avec des poussées aiguës peut guérir ou du moins offrir des rémissions complètes en apparence, mais son pronostic reste très grave; et tout récemment, M. Viannay a publié à la Société des Sciences médicales de Lyon les résultats de l'autopsie d'un des cas d'actinomycose appendiculo-cæcale rapportés par M. Hinglais dans sa thèse. Malgré plusieurs interventions chirurgicales, le malade était mort cachectique. On a constaté à l'autopsie des adhérences épiploïques, une perforation de l'appendice, des fusées purulentes dans la gaine du psoas, le long des vaisseaux fémoraux, dans l'articulation coxo-fémorale, la dégénérescence graisseuse du rein et du foie, sans hypertrophie des ganglions mésentériques (*Lyon Médical*, 15 juillet 1897, p. 186).

(*A suivre*).

(1) Job.— *De l'actinomycose des centres nerveux*. Thèse, Lyon, 1896.

(2) M. Hinglais. — *Actinomycose appendiculo-cæcale*. Thèse, Lyon, 1896-1897.

(3) Aribaud. — *De l'actinomycose du foie*. Thèse, Lyon, 1896-1897.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Criminels aliénés.

C'est comme à regret que, sacrifiant aux nécessités présentes, nous accolons les deux mots qui précèdent, car, un jour prochain, cette expression de *criminels aliénés*, faite de l'ignorance des uns et de la veulerie des autres, ne sera plus qu'un pléonasme. Mais le progrès de l'idée est incessant, et la lâcheté des convictions, si elle en retarde l'éclosion, du moins ne la peut empêcher; d'ores et déjà, criminel est synonyme d'aliéné. — Quoi qu'il en soit, dire qu'il y a des aliénés dont l'état mental est méconnu par la justice et qui, chaque jour, vont grossir la population des prisons, est, même auprès du grand public, une assertion incontestable, et, si la vieille théorie de la répression quand même, la théorie de ceux qui, en commentant le Code, scrupuleusement je pense, ont décidé qu'il n'y a de fous nulle part, trouve encore des défenseurs, il faut bien l'avouer, ceux-là nient la lumière.

La question entre désormais dans une phase nouvelle; dans ces derniers temps s'est formé un courant d'opinion auquel nous sommes fier d'avoir contribué. Cette question des irresponsables devant la loi est nettement indiquée; et, si elle n'a point encore franchi l'enceinte de nos assemblées législatives, du moins sommes-nous autorisé à croire et à dire qu'elle fait antichambre. Trop a été dit pour que nous nous attardions ici à de stériles et vaines discussions, aux arguments de haute fantaisie de nos adversaires, nous ne voulons répondre que par des chiffres, auxquels nous laisserons leur rigoureuse et décisive éloquence.

Etablissons d'abord par la statistique qu'il y a des aliénés, beaucoup d'aliénés dans les prisons. En France, l'étude, que nous avons faite précédemment, nous dispense d'insister; qu'il nous suffise de rappeler l'enquête suggestive de M. H. Monod. En Angleterre, les aliénés des prisons représentent une moyenne de 6,4 0/0. En Italie, Rossi donne un minimum de 5,2 0/0, tandis que le Pr A. Marro, que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer lors de notre séjour à Turin, nous accuse presque 32 0/0. En Allemagne, Mendel nous indique 12,9 0/0 et Krohne, à la prison de Moabit (Berlin) a trouvé 10 0/0; d'autre part, notre éminent ami, le Dr Nœcke (de Leipzig) nous dit que, parmi les aliénées qu'il reçoit de la prison, il y en a de 20 à 25 0/0 dont l'aliénation était antérieure à la condamnation. Une statistique déjà ancienne (1884-1885), faite par Langreuter, en Prusse, a montré que sur 1.200 criminels aliénés, dans les prisons, 33 0/0 étaient manifestement malades avant le crime; Mendel croit devoir élever cette proportion à 75 0/0... Qu'il soit, après cela, nécessaire de rechercher d'autres statistiques, nous ne le pensons pas.

En second lieu, une allégation dont la fortune a été grande, mais dont il convient aujourd'hui de faire bon marché, est la suivante : s'il y a des fous dans les prisons, a-t-on dit, ce n'est pas que les tribunaux condamnent des irresponsables; le régime pénitentiaire est seul en cause,

© BIU Santé

en rendant aliénés des détenus en principe sains d'esprit et très responsables. Une fois de plus, la magistrature était sauve ; malheureusement, cette théorie est aussi fausse que séduisante : nous l'allons démontrer. Et d'abord, la prétendue folie pénitentiaire, longtemps admise par des esprits de toute bonne foi, reconnaissait trois causes : 1° *l'hygiène défectueuse des prisons ;* 2° *l'alimentation insuffisante ;* 3° *la détention en elle-même.*

Pour ce qui est des deux premières causes, j'en appelle ici au témoignage de ceux qui connaissent l'économie des prisons ; qu'elles s'appellent maisons d'arrêts ou maisons centrales, chacun sait le soin qui préside à leur tenue hygiénique et les efforts incessants pour réaliser la ration alimentaire physiologique. Ces tentatives n'ont pas été stériles et leurs résultats sont si parfaits qu'en visitant les détenus et en comparant leur situation à celle des prolétaires agricoles ou ouvriers, les adeptes convaincus de la responsabilité morale doivent être indignés de cette inégalité sociale et de son immoralité. Bref, si l'hygiène et l'alimentation ont jamais été défectueuses, aujourd'hui il n'en est rien et cependant les prisons nous offrent un contingent d'aliénation plus fort qu'autrefois. Interrogeons donc la troisième cause inculpée comme génératrice de la folie. La *détention en elle-même* mérite d'être prise en considération comme facteur étiologique dans la question qui nous occupe. Il nous faut différencier dans ce but les *criminels d'occasion* et les *criminels d'habitude*, et en second lieu les effets de l'*emprisonnement collectif* et ceux de l'*emprisonnement individuel*. Les *délinquants d'occasion* perçoivent vivement les différents chocs moraux de l'emprisonnement ; l'angoisse, la honte, le remords les hantent et les obsèdent ; si ces délinquants sont de ceux que l'on étiquette *prédisposés*, l'incarcération individuelle ou seulement collective provoquera peut-être la folie, nous ne le contestons pas ; mais aussi, ce que nous tenons à dire, c'est qu'une inspection médicale aurait écarté de la prison ces *prédisposés* qui, après tout, sont déjà des aliénés et des irresponsables. Là encore, l'emprisonnement n'aura pas créé une psychose ; il aura seulement rendu manifeste une entité morbide latente. Quant aux *délinquants d'habitude*, aux récidivistes qui souvent recherchent la prison à cause des satisfactions matérielles qu'ils y goûtent, ceux-là sont des émoussés, des indifférents ; à la prison, ils sont un peu chez eux et aucune réaction mentale fâcheuse n'est à craindre. Deux aliénistes viennent, d'ailleurs, de leur haute compétence nous prêter le singulier appui. C'est d'une part le Dr Nœcke qui estime que : en général ceux qui ne sont pas prédisposés ne deviennent pas aliénés à la suite de la détention, mais bien les prédisposés dont les causes minimes de la vie d'une prison bien tenue suffisent même pour développer la psychose ; c'est en second lieu, notre maître, le Dr Aug. Voisin qui, à la suite de son étude sur l'emprisonnement cellulaire en Belgique, étude à laquelle il faut toujours se référer en pareille matière, conclut que tous les condamnés étudiés devenus aliénés après séjour en cellule étaient atteints à un degré quelconque de troubles mentaux à leur entrée. Au point de vue de l'emprisonnement cellulaire et *a fortiori* pour l'emprisonnement collectif, la question est donc jugée. A chaque dauphin, jadis, était adjoint avec un précepteur un petit page, et quand le fils de France méritait quelque punition, l'histoire nous apprend que petit page était là pour recevoir les taloches. Ainsi a-t-on fait pour les criminels reconnus enfin aliénés ; il fallait bien innocenter la magistrature des erreurs par elle commises : la psychose pénitentiaire a été un toujours prêt et merveilleux prétexte, et l'administration des prisons a joué le rôle du petit page d'autrefois.

Mais les responsabilités sont maintenant réparties, et la conclusion est inéluctable ; que l'on n'envoie plus d'aliénés dans les prisons, que l'on nous accorde l'*inspection médicale de tous les inculpés* et la folie pénitentiaire aura vécu. Quand donc, magistrature, descendras-tu de ton siège pour t'emplir les yeux et l'esprit du spectacle qui s'impose ? Hier encore un avocat général à la Cour de Paris le disait dans son discours de rentrée : « Pour nous, magistrats, nous voyons s'agiter au-dessous de nous les passions humaines et la lutte des intérêts. » Le mal, le voilà. C'est que les passions humaines s'agitent au-dessous, trop au-dessous de vous. Il vous faut désormais abandonner les *templa serena* où la tradition vous confine : au soleil levant de l'Anthropologie criminelle se dissipe l'auréole des Burgraves. Soyez comme ce Guillaume de Lamoignon dont vous venez d'entendre l'éloge, « qui tout en restant par l'esprit de corps un homme du passé, fut souvent en avance sur les idées de son siècle par la perception très nette des abus à corriger et des réformes à accomplir, et qui à ce titre a le droit d'être classé parmi les précurseurs ». Loin de vous diminuer ainsi, vous recevrez un augment de considération en acceptant des théories physiologiques qui, pour n'être pas vos filles, n'en demeurent pas moins établies à jamais au firmament de la pensée humaine. Quand donc les subtiles spéculations du *Corpus juris* feront-elles place, suivant le mot heureux de Benedikt, à la connaissance du *corpus humanum* et de ses lois de psychologie morbide ? Quand donc surtout, législateurs, cédant enfin au flot grandissant des erreurs judiciaires, viendrez-vous, en édictant l'*inspection médicale des inculpés*, mener les funérailles de la Magistrature classique et lui adresser ces paroles par lesquelles la République de Gênes donnait congé à ses doges : « *Vostra serenità, a finito suo tempo, vostra eccelenza sene vada a casa* » ?

Dr Henry Lemesle,
Avocat à la Cour de Paris.

Le Congrès français de Chirurgie.

La session du Congrès français de Chirurgie, qui vient d'avoir lieu, a été un peu moins brillante, — il ne faut pas le dissimuler, — que les années précédentes. Les chirurgiens étrangers, qui sans doute n'avaient pas été invités en grand nombre, ont répondu avec peu d'empressement à l'appel du Conseil d'administration. Peut-être cela tient-il à ce qu'un grand nombre d'entre eux étaient à peine de retour de leur voyage à Moscou ! Pourtant MM. les Prs A. et J. Reverdin (de Genève), Jacobs (de Bruxelles), Jonnesco (de Bucarest), etc., etc., avaient tenu à apporter en cette circonstance aux chirurgiens de France leur précieux concours et un témoignage indiscutable de leur inaltérable sympathie.

Mais si des absences ont été remarquées dans les rangs des étrangers, la Province, elle, a donné, comme d'ordinaire, avec une louable conviction. Elle n'a pas boudé, elle, à l'instar de quelques parisiens, que le succès de certains confrères va jusqu'à effrayer ! C'est que le Congrès, c'est sa vie propre. Elle y tient et veut montrer qu'elle est prête à tout plutôt qu'à le laisser péricliter. Les sacrifices ne l'effraient pas et plus d'un de nos amis, leur communication faite, sont cependant restés à Paris, de façon à pouvoir assurer, par leur vote, en assemblée générale, sinon la pérennité de ces réunions, du moins une élection dont le succès importait à tous, celle du Pr Poncet (de Lyon) à la vice-présidence prochaine !

Le secrétariat général, si sévère pour l'inscription des communications — ce que nous ne lui reprocherons pas —, ne l'est peut-être pas autant pour les intrus qui

© BIU Santé

ne craignent pas de se glisser parmi les membres du Congrès dans les cérémonies quasi officielles. Les Français aiment tant le galon qu'à l'heure qu'il est on ne semble pas dédaigner de se parer du titre de Membre du Congrès! Tant d'astuce entre-t-il dans l'âme de certains praticiens! Soit. Mais alors qu'on *paie la réclame* et passe à la caisse ; tout sera pour le mieux.

Le banquet n'a pas été très gai cette année et les plats — à ce qu'on nous a conté — ne brillaient guère que par des qualités extérieures. Il serait peut-être temps de changer de restaurant ; mais ne nous plongeons pas dans ces questions de pure cuisine et arrivons aux toasts. Ils ont été d'ailleurs assez courts : ce qui a permis de les mieux goûter. M. le président Gross a pris le premier la parole au champagne et son allocution a été vivement applaudie : en termes émus, il a exprimé l'honneur que lui avait fait le Congrès, à lui personnellement et à la Faculté qu'il représentait. Après quelques paroles d'éloge qu'il a adressées à M. le Pr Guyon, il a bu à l'avenir du Congrès et aux chirurgiens français. M. Guyon a prononcé quelques paroles de remerciement. Puis M. Jonnesco, représentant la Faculté de Bucarest, a lu le discours suivant :

Je considère comme un honneur et un devoir bien agréable d'assister au Congrès français de Chirurgie, et depuis que j'ai quitté la France je n'y ai jamais manqué. Aussi est-ce avec une profonde affection que je lève mon verre à la prospérité de cette vaillante phalange de chirurgiens français, dont je suis, Messieurs ; car, de même que notre cher président, M. le Pr Gross, est le représentant d'une des plus belles Universités françaises, de même moi je me considère comme le représentant d'une Université française, l'Université de Bucarest, fille spirituelle des Ecoles de France. Je bois, Messieurs, à la santé et au bonheur de notre vénérable président, le Pr Gross.

Après les discours, MM. les membres se sont rendus dans le fumoir, où les causeries se sont prolongées assez tard dans la soirée. Le lendemain, on s'est remis au travail. [A. P. S.].

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (*Suite*) (1).

(PARIS, 18-23 Octobre 1897).

Séances du 19 et 20 Octobre (matin) (*Fin*).

Sur un cas d'abcès du cerveau d'origine otique. Opération. Mort.

M. les Drs JABOULAY et RIVIÈRE (de Lyon). — Les auteurs ont observé un cas d'abcès du cerveau consécutif à une otite suppurée existant, depuis l'enfance, chez un homme de 22 ans, tuberculeux. Ils nettoyèrent l'apophyse mastoïde et la caisse du tympan, mais n'obtinrent aucun résultat. Ils ouvrirent ensuite le plafond de la caisse, et trouvèrent un abcès du cerveau. Le malade mourut à la suite de l'opération. Les auteurs concluent en disant que l'abcès cérébral est, dans la plupart des cas, une infection tuberculeuse. Le diagnostic doit se baser surtout sur la céphalée fixe et l'absence de fièvre, ils insistent sur la difficulté opératoire, au point de vue du drainage.

De l'évidement pétro-mastoïdien dans les suppurations de la caisse.

M. le Dr BROCA (de Paris). — Répondant aux observations de M. Reynier, l'auteur dit que dans l'évidement pétro-mastoïdien, la blessure du nerf facial est à craindre, mais non celle des canaux semi-circulaires, du sinus latéral, ni celle des méninges. Il a adopté le manuel opératoire décrit par M. Reynier ; mais au lieu d'une éponge pour faire la compression et l'hémostase, il trouve plus pratique la gaze stérilisée.

Sur le fonctionnement de l'hôpital de campagne envoyé de Paris à Athènes pendant la guerre gréco-turque.

M. le Dr PICQUÉ (de Paris). — L'auteur, répondant aux observations de M. Phocas, a dit que les conditions de la guerre gréco-turque ne sont pas les mêmes que celles d'une guerre continentale, et la manière dont l'hôpital de campagne est organisée est toute différente. A l'hôpital de campagne, on ne doit pas faire d'opération, parce qu'on ne peut y avoir les instruments nécessaires ; il faut se borner à laver les plaies et à les panser pour permettre aux blessés d'être évacués dans le service d'arrière, contrairement à ce qu'a dit M. Phocas.

De la laparotomie comme traitement des contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval.

M. le Dr POTHERAT (de Paris). — L'auteur communique deux observations de contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval survenues peu après le repas. A propos de ces deux cas, l'auteur insiste sur la gravité des contusions abdominales par coup de pied de cheval, gravité plus grande encore si le coup est reçu pendant la digestion, c'est-à-dire alors que les viscères sont dilatés. Il conclut, dans ces conditions, à la laparotomie dans tous les cas, conseille le déroulement de l'intestin, mais rejette l'éviscération.

Contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval.

M. le Dr MOTY (de Lille). — L'auteur a recueilli 15 cas de contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval et de mulet. Sur ces 15 cas, aucun n'a pu être considéré comme grave, tous ont guéri sans intervention. Le diagnostic entre les cas légers et les cas moyens ne se fait guère qu'a *posteriori*. Les symptômes des cas moyens n'ont rien de caractéristique et il n'y a que trois particularités à signaler : 1° le pouls peut être accéléré ou ralenti, mais si le pouls accéléré d'abord se ralentit ensuite, pendant le repos du malade, on peut penser que le cas n'est pas grave ; 2° quand le coup a porté à droite ou à gauche de la ligne médiane, il y a presque toujours dilatation de la pupille du côté correspondant, sauf dans les cas légers ; 3° l'hystérie joue un grand rôle dans les manifestations symptomatiques qui suivent la contusion. Dans les éclatements et les ruptures, laparotomie et suture intestinale ; dans les cas moyens, opium ou morphine. La glace est contre-indiquée, elle peut déterminer notamment la phlébite.

Traitement des contusions de l'abdomen.

M. le Dr DOYEN (de Reims). — L'auteur recommande de ne pas opérer dans la période de choc ; alors c'est inutile. Il s'arrête surtout à trois procédés qui doivent contribuer au traitement dans les contusions de l'abdomen. Il détermine d'abord l'arrêt de l'hémorragie, due surtout à la rupture du foie ou de la rate, en promenant sur la surface saignante un jet de vapeur sous pression, suivant la méthode de M. Snéguireff. Cette méthode permet de stériliser et de désinfecter les foyers. Pour ce qui concerne le tamponnement dans les laparotomies où l'on ne pourra tout refermer, l'auteur recommande, non le tamponnement direct et libre, mais limité. Enfin, pour le drainage, l'auteur a fait construire un nouveau drain, présenté déjà au Congrès de Moscou ; c'est un drain en verre qui, à une extrémité, porte deux boules de verre, pour empêcher une anse intestinale d'y pénétrer, et de l'autre un condom dans lequel s'accumulent les liquides issus de la plaie.

Séance du 22 Octobre 1897 (matin).

Les nouveaux procédés de cure radicale des hernies inguinales.

M. le Dr VILLAR (Fr.) (de Bordeaux). — A l'époque actuelle, ce qui caractérise les nouveaux procédés de cure radicale des hernies inguinales, c'est le soin que l'on prend de refaire le canal inguinal d'une façon rationnelle, à l'imitation du Pr Bassini (de Padoue) et du Pr Berger. M. Villar, au cours d'une mission en Italie en 1893, eut l'occasion de voir opérer le chi-

(1) Voir le Numéro précédent.

© BIU Santé

rurgien italien; aussi, à son retour en France, s'empressa-t-il de mettre à profit ce qu'il avait appris et ce qu'il avait vu. Depuis cette époque, il a pratiqué plusieurs fois cette opération avec grand succès. — Après avoir décrit la manière de procéder de Bassini, M. Villar ajoute qu'une seule modification doit y être apportée. Elle consiste à placer le cordon derrière la paroi abdominale, car on peut ainsi détruire le canal inguinal et supprimer l'orifice profond. La question des sutures sans fils perdus semble faire un grand pas; mais on ne peut encore se prononcer d'une façon définitive à ce sujet. Pour l'auteur, le procédé de Bassini représente la méthode de choix dans la pratique de la cure radicale des hernies inguinales.

Note sur le traitement de la hernie inguinale par la méthode sclérogène.

M. le Dr H. Nimier (du Val-de-Grâce). — J'ai opéré par la méthode sclérogène 12 militaires avec 9 succès immédiats et 3 insuccès; et de ma pratique, sous bénéfice toutefois de la sanction du temps pour les succès obtenus, il me paraît ressortir que chez l'*adulte*, le traitement de la hernie par la méthode sclérogène est particulièrement recommandable quand il s'agit d'une pointe de hernie, d'un bubonocèle; lorsque l'intestin descend dans la bourse, l'on n'y aura pas recours si l'anneau inguinal est large et la paroi abdominale faible. Enfin une contre-indication à l'emploi du chlorure de zinc résulte du défaut de vitalité des tissus qu'engendre chez certains jeunes gens le lymphatisme exagéré.

Prolapsus du rectum chez un enfant de cinq ans. Gangrène et perforation large de l'intestin hernié. Résection. Guérison.

M. le Dr J. Reboul (de Nîmes). — Une enfant de cinq ans est adressée au Dr Reboul, à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, le 24 février 1897, par le Dr Patron (de Salindres), pour un prolapsus du rectum enflammé, irréductible, avec gangrène et perforation large de l'intestin hernié. Le prolapsus du rectum avait débuté à l'âge de deux ans, à la suite de la coqueluche. Depuis lors, le prolapsus se produisait presque à chaque selle, d'abord peu développé, puis de plus en plus accusé, mais toujours réductible. Le 4 février, le prolapsus se produit; la mère de l'enfant étant malade, on néglige de le réduire; l'enfant s'affaiblit, dépérit, a une diarrhée verte sanguinolente. On espère que tout cela s'arrangera spontanément et on ne montre l'enfant au Dr Patron que vingt-huit jours après et ce n'est qu'au bout de quatre jours qu'il peut décider les parents à la conduire à l'Hôtel-Dieu de Nîmes. Le Dr Reboul constate un prolapsus total de huit centimètres de long, irréductible, enflammé, fortement coudé en arrière. Sur la convexité de la tumeur, il y a une large plaque de sphacèle en partie perforée; l'anus normal, situé à l'extrémité conique de la tumeur, regarde en arrière et en haut, et ne donne plus passage aux matières. En arrière, au niveau de la coudure, se trouve une large perforation par où s'échappent les matières formées de diarrhée verte séro-sanguinolentes.

L'enfant se plaint de coliques, le ventre est ballonné, le facies tiré. Malgré cet état de faiblesse extrême, ne pouvant tenter de réduire cet intestin perforé et gangrené, le Dr Reboul pratique le 25 février la résection totale du prolapsus par une incision elliptique au bistouri, d'abord à droite, puis à gauche, sans hémostase provisoire, plaçant des pinces sur le bout central de l'intestin. Suture en surjet à points entrecoupés et suture à points séparés de l'intestin à la peau de l'anus. Rectopérinéorrhaphie sans avivement.

Trois jours après, l'enfant rend, à deux ou trois reprises, quantité d'ascarides lombricoïdes, dont quelques-uns mesurent 20 à 25 centimètres de long. Dès lors, la diarrhée diminue, l'état général s'améliore et, quinze jours après, on peut enlever les points de suture et rendre l'enfant à ses parents le 20e jour. Depuis cette époque, la santé de l'enfant s'est améliorée; la guérison du prolapsus s'est maintenue.

Dans ce cas, le prolapsus a débuté après les quintes de toux de la coqueluche; il a dû certainement être aggravé par les ascarides lombricoïdes, dont le séjour dans l'intestin affaiblissait encore l'enfant et provoquait des contractions intestinales.

Ce fait de prolapsus total, avec gangrène et perforation de l'intestin hernié, montre que, même chez les enfants, cette affection peut présenter de graves complications, nécessitant l'intervention, la résection totale du prolapsus, et que, malgré l'état de faiblesse et de débilité de l'enfant, on peut obtenir une guérison durable.

Traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin.

M. le Dr Vautrin (de Nancy). — Ce traitement comprend : la résection, l'anus contre nature et l'entéro-anastomose. L'auteur a pratiqué deux fois la résection dans les cas de tumeur cancéreuse et de tuberculose du cæcum en pratiquant l'entérorrhaphie circulaire, et obtint deux guérisons. La résection doit être faite avec le thermocautère pour l'intestin, avec les ciseaux pour le mésentère, en faisant la forcipressure des vaisseaux successivement rencontrés. L'anus contre nature doit être réservé aux cas d'urgence où des accidents aigus d'obstruction exigent une intervention. Quant à l'entéro-anastomose, elle ne doit être employée que lorsque la tumeur est inséparable, en pratiquant l'*exclusion de l'intestin*. S'il y a obstacle à l'exclusion de l'intestin, l'auteur pratique l'entéro-anastomose simple par la suture en surjet à points de retour qu'il préfère au bouton de Murphy.

Sur le traitement chirurgical des abcès rétro-cæcaux dans les appendicites.

M. le Dr Duret (de Lille). — Ces abcès sont fréquents, puisque d'après Fergusson, Talamon, Bigs, etc., dans plus d'un quart des cas, l'appendice se trouve situé derrière le cæcum. Un certain nombre de ces collections purulentes ont en outre pour origine des infections à distance par les veines et les lymphatiques, l'appendice ayant d'ailleurs une situation normale ou autre (L. Piard). Ils sont caractérisés par une saillie, une voussure qui soulève le flanc droit, pour peu qu'ils soient volumineux. On les croit ordinairement situés derrière la paroi abdominale et en contact avec elle. Il semble qu'il n'y ait qu'à inciser celle-ci pour ouvrir le foyer et donner issue au pus, sans danger, la communication avec la séreuse étant fermée par des adhérences. Or, il n'en est rien, et cette erreur de diagnostic est ordinairement commise. Par l'incision pariétale on tombe *en plein péritoine*; il s'écoule une certaine quantité de liquide séreux ou trouble. Il n'y a pas d'adhérences; on voit le cæcum distendu. Si on le décolle sans précautions, le pus inonde le péritoine. Pour éviter cet accident, M. Duret indique le procédé suivant : 1° Après laparotomie, fixer par une suture continue à points passés le péritoine pariétal au cæcum, près de son bord externe, dans la plus grande étendue de la plaie pariétale, et en oblitérer les deux extrémités avec deux petites mèches de gaze iodoformée. *Ainsi l'isolement est complet*; 2° ouvrir le foyer du bec de la sonde ou avec l'index, sur le bord externe du cæcum, l'évacuer, le curer et l'écouvillonner; 3° drainage et Mickulicz. Quelquefois contre-ouverture lombaire; 4° suture à trois plans de la paroi pour prévenir les hernies consécutives. Suivent un certain nombre d'observations très instructives où la guérison a été obtenue sans incidents.

Appendicite compliquée de septicémie et d'anus contre nature; entérorrhaphie; guérison.

M. le Dr Rioblanc. — L'auteur cite l'observation d'un jeune soldat de 22 ans atteint d'appendicite suppurée à abcès iléo-inguinal qu'il opéra; 10 jours environ après, le malade tomba dans un état septicémique très grave, avec congestion pulmonaire et pleurésie purulente; l'empyème dut être pratiqué. Le malade, traité par les injections de sérum artificiel répétées et par des toniques de toute nature, triompha de l'infection; mais le cæcum, mis à nu, se sphacéla et donna lieu à un anus contre nature, qui fut opéré par une incision péritonéale d'emblée. La guérison fut parfaite.

Des lithiases biliaires latentes et de leur traitement chirurgical.

M. le Dr H. Duret (de Lille). — L'auteur appelle l'attention sur ces cas où il n'y a ni *ictère*, ni *tumeur dans la région de la vésicule*, ni le cortège symptomatique ordinaire des lithiases biliaires. Les douleurs et les troubles généraux sont cependant

© BIU Santé

particulièrement intenses, et conduisent les malades à un état d'adynamie et d'amaigrissement progressif des plus pénibles. Ils en arrivent presque tous à solliciter d'être soulagés de leurs longues souffrances par une action chirurgicale. Or, celle-ci est efficace, et il serait regrettable qu'elle leur fût refusée, comme on l'a vu quelquefois, *parce qu'on ne trouve pas de tumeur apparente*. Déjà l'auteur a esquissé ce point particulier des lithiases biliaires latentes au Congrès de 1892, et dans la thèse de Soutbie, 1895. Avec ses observations et celles de Routier, qui a décrit des cas analogues, il établit la pathogénie, la physionomie clinique et le traitement de ces lithiases spéciales. Elles sont causées le plus souvent par un ou plusieurs calculs enclavés dans la vésicule hypertrophiée, sans que celle-ci soit distendue par du liquide. Elle est au contraire souvent très rétractée, et au moment de l'opération doit être cherchée sous le foie ou au milieu d'un magma fibreux. On ne la dégage que par une dissection attentive. Le plus souvent, il s'agit de malades du sexe féminin (11 fois sur 12) ; souvent elles n'ont pas eu de coliques hépatiques (Kader) ; mais elles ont souffert de crises, de douleurs intenses, de poussées inflammatoires dans la région de la vésicule. L'origine du mal est souvent fort lointaine et remonte à deux, six, huit et dix ans. Il y a des troubles digestifs très prononcés, de l'anorexie, de l'impossibilité de s'alimenter ; elles finissent par tomber dans la neurasthénie, l'amaigrissement et la cachexie. L'intervention, souvent difficile, a consisté dans la cholécystectomie (6 fois), ou la cholécystostomie (6 fois). Malgré les difficultés de l'opération, la guérison a presque toujours été obtenue (11 fois sur 12).

Cholécystite calculeuse compliquée d'adénite lombo-sacrée.

M. le Dr MOULONGUET (d'Amiens). — Chez une jeune femme amaigrie, se plaignant de douleurs extrêmement vives de sciatique gauche, je trouvai dans l'abdomen une tumeur allongée contre la colonne vertébrale, plongeant dans le petit bassin, immobile. Après la laparotomie et l'incision du péritoine pariétal postérieur, je tombai sur une chaîne de gros ganglions lombo-sacrés, dont le plus gros avait le volume d'un œuf de dinde. Je les enlevai avec soin et refermai l'incision péritonéale postérieure. Cherchant alors dans les viscères la cause de cette énorme adénite lombo-sacrée, je trouvai la vésicule biliaire transformée en une poche dure développée sous le foie et faisant à peine saillie sous son bord tranchant. Elle ne contenait que quelques gouttes de liquide visqueux et était remplie par 54 petits calculs polyédriques tassés les uns contre les autres. Je fis la cholécystostomie.

Les suites opératoires furent d'une bénignité absolue. Dès le lendemain, les douleurs par compression du sciatique gauche avaient disparu. L'écoulement de bile fut peu abondant ; les jours suivants et en six semaines la fistule biliaire était tarie. Cette malade, déjà cachectisée, a repris son embonpoint très rapidement. L'opération date de quatre mois et demi, et son état de santé est florissant.

L'examen histologique n'a révélé que du tissu inflammatoire dans les ganglions enlevés.

Il s'agissait donc, tant d'après les résultats cliniques que d'après l'examen histologique, d'une grosse adénite inflammatoire provoquée et entretenue par une cholécystite calculeuse et comprimant le sciatique gauche.

Séance du 22 Octobre (soir).

Indications opératoires et traitement du cancer du rectum.

MM. les Drs QUÉNU et HARTMANN (de Paris). — Après avoir fait exposé en bloc des méthodes opératoires, les auteurs donnent des préceptes généraux pour les opérations sur le rectum, et exposent que la technique opératoire dépend du siège et de l'étendue du cancer. L'opération périnéo-abdominale sera faite pour un cancer recto-sigmoïde La voie périnéale par le procédé de dénudation prérectale sera réservée à tous les cancers anaux ou ano-ampullaires. Dans les cancers de l'ampoule, on ouvre cette dernière, on réséque la plaque et on ferme complètement. Enfin dans les cancers occupant la totalité du rectum, l'extirpation se fait par la voie périnéale, à laquelle on ajoute la résection coccygienne. Quant aux opérations palliatives, on peut les ranger sous 3 chefs : 1° Rectotomie linéaire ayant pour but d'élargir le passage rétréci par la tumeur ; 2° opérations destructives de la tumeur (cautérisation, curretage) ; 3° colostomie iliaque pour détourner le cours des matières.

Résultats éloignés de l'extirpation du rectum et de l'S iliaque.

M. le Dr BŒCKEL (J.) (de Strasbourg). — Les cancers ano-ampullaires et ampullaires moyens traités par la voie périnéale donnent sur 430 opérations 3 décès : mais la survie n'est que de quelques années. Les cancers sus-ampullaires peuvent être extirpés avec succès mais les chances de survie sont bien moindres. Enfin les tumeurs de l'S iliaque peuvent être enlevées d'après la méthode de Quénu ; mais l'opération donne peu de résultats encourageants et ne doit être pratiquée que dans les cas exceptionnels. L'auteur conseille de préférence la colotomie iliaque.

Résection du rectum avec abaissement à l'anus du bout supérieur.

M. le Dr A. MOULONGUET (d'Amiens). — Au mois de mai 1890, j'ai renoncé à la suture des deux bouts de l'intestin dans l'extirpation du cancer du rectum par le procédé de Kraske, et j'ai amené le bout supérieur dans l'anus après avoir réséqué et enlevé le bout supérieur ano-rectal sous-jacent au néoplasme. Hochennegg, de son côté, annonçait plus tard (septembre 1891) qu'il avait substitué à la suture intestinale l'abaissement du bout supérieur dans l'anus, en l'invaginant dans le bout inférieur qu'il conservait intact.

La fixation du bout supérieur au pourtour anal doit être préférée à la suture intestinale chaque fois que la portion d'intestin ano-rectale sous-jacente au néoplasme n'a point une étendue trop considérable dépassant 5 à 6 centimètres.

L'abaissement du bout supérieur de l'intestin et sa fixation dans le sphincter anal intact paraissent, quand cela est possible, le meilleur traitement du cancer annulaire du rectum et doivent être préférés à la création d'un anus artificiel coccygien, périnéal, ou iliaque avec retournement du bout supérieur.

Mais on doit renoncer à cet abaissement chaque fois qu'il pourrait compromettre la vitalité de l'intestin et entraîner sa mortification. Dans l'appréciation de ce danger il faut tenir compte de l'aspect et de l'état des parois de l'intestin. Il est des intestins amincis, pâles, qui ne sauraient supporter le moindre tiraillement, ni la moindre modification dans leur apport nutritif. Il en est, au contraire, qui, à tuniques épaisses, bien colorées, présentent des dangers beaucoup moindres de mortification et de gangrène.

De la suppression de la douleur et du rétablissement précoce de la marche dans le traitement des fractures de la jambe à l'aide des bandes de gutta-percha, système Desprez.

M. le Dr M. DESPREZ, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin. — *Conclusions.* 1° Les bandes perfectionnées de gutta-percha (système Desprez) assurent l'immobilité d'une manière absolue et constituent, dans le traitement des fractures des membres spécialement, le moyen le plus efficace de supprimer la douleur ;

2° Tout en faisant disparaître les douleurs occasionnées par le traumatisme et par la mobilité des fragments, ce pansement assure la guérison la plus rapide, dans les conditions les meilleures, si la réduction de la fracture a été *bien faite* et *bien maintenue pendant l'application* de l'appareil, qui se fait, du reste, très rapidement ;

3° Le pansement est à peine terminé que la solidité de l'appareil est assez avancée pour ne plus avoir à s'en occuper. Une demi-heure après, le blessé peut être transporté, sans la moindre souffrance, dans un véhicule ordinaire ;

4° Ce mode de traitement a de plus l'avantage considérable, dans les fractures de la jambe, de rendre la marche possible de très bonne heure, sans compromettre en rien la consolidation de la fracture ;

5° Appliqué aux tumeurs blanches, ce traitement a le privilège de réduire les tumeurs à leur plus simple expression et d'en rendre possible la résection quand elle est nécessaire ;

6° Dans les grands traumatismes, il est un agent de conservation inappréciable.

© BIU Santé

Section complète du nerf sciatique poplité interne par coups de fusil. Suture de ce nerf au sciatique poplité externe. Guérison avec rétablissement des fonctions du membre.

M. le Dr J. Reboul (de Nimes). — Dans un accident de chasse un jeune homme de 19 ans est blessé presque à bout portant dans la région poplitée gauche. Le coup faisant balle, entre sur le bord interne de la partie supérieure du creux poplité, traverse cette région obliquement en haut et en dehors et va ressortir sur la partie moyenne de la face externe de la cuisse. Le malade ne peut se relever. On le transporte à l'Hôtel-Dieu de Nimes, où l'interne de garde, M. Coste, constate en outre d'une hémorragie facilement arrêtée par la compression, une paralysie motrice et sensitive complète de la jambe et du pied gauches. — Trois jours après, des accidents tétaniques surviennent; deux injections de sérum antitétanique sont faites. Ces accidents s'amendent et les plaies marchent régulièrement vers la guérison sans nouveaux accidents.

En janvier 1897, en reprenant son service, le Dr Reboul trouve le malade toujours paralysé de la jambe et du pied gauches, avec anesthésie, ne pouvant ni marcher, ni même se tenir debout. Pensant à une section complète du nerf sciatique poplité interne et à des lésions probables du nerf sciatique poplité externe, le Dr Reboul intervient le 25 janvier et trouve le creux poplité rempli d'un tissu cicatriciel épais et dur, renfermant de nombreux grains de plomb.

Après dissection pénible de la région et mise à découvert des nerfs poplités, on constate que le nerf sciatique poplité interne est complètement sectionné, que ces deux bouts formés par deux névromes olivaires et contenant des grains de plomb, sont distants l'un de l'autre de 6 centim., que le sciatique poplité externe est aplati, comprimé par le tissu cicatriciel, contenant des grains de plomb. Le Dr Reboul essaie d'amener à contact par élongation et flexion de la jambe les deux bouts du nerf sciatique poplité interne, mais, ne pouvant y parvenir, fait une résection en double biseau du névrome du bout périphérique du sciatique poplité interne et l'insinue dans une fente verticale, comprenant toute l'épaisseur du sciatique poplité externe, maintenant les deux nerfs greffés par quatre points de suture à la soie, faisant ainsi une greffe interstitielle totale. Ce procédé de greffe totale interstitielle paraît devoir mettre plus directement en connexions les tubes nerveux du nerf greffé avec celles du nerf porte-greffe. — Le névrome du bout central et le sciatique poplité externe sont ensuite débarassés des grains de plomb qui les incrustent.

Actuellement, neuf mois après l'intervention, l'anesthésie a disparu en grande partie; les muscles de la jambe et du pied répondent à l'excitation électrique; le malade marche avec facilité, sans gêne, et a pu même se livrer à des travaux pénibles pendant les vendanges.

(*A suivre*). [A. P. S.]

ASSOCIATION DES UROLOGISTES FRANÇAIS.

Congrès de Paris. IIe Session (*suite*) (1).

Castration et hypertrophie de la prostate.

M. le Dr Carlier (de Lille), rapporteur. — La résection des canaux déférents est une opération plus infidèle encore dans ses résultats que la castration double; quand elle agit, c'est en diminuant l'état congestif des prostatiques. Il est permis de croire que le cathétérisme bien conduit aurait souvent amené l'amélioration survenue chez certains malades après la vasectomie. Aussi, malgré sa bénignité et sa facilité d'exécution, nous ne croyons pas que la résection des canaux déférents soit appelée à un avenir plus brillant que celui de la castration double.

Opération expérimentale pratiquée sur l'appareil génital pour amener l'atrophie de la prostate.

MM. les Drs Albarran et Motz (de Paris). — *Angio-neurectomie du cordon.* Nous appellerons ainsi une opération qui consiste à réséquer, dans une petite étendue, tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent, l'artère déférentielle, et une ou deux des veines qui l'accompagnent. Trois mois après cette opération, nous avons noté l'atrophie complète des testicules; parallèlement, la prostate présentait des lésions atrophiques généralisées, semblables à celles déterminées par la castration double. Expérimentalement, la résection du paquet vasculo-nerveux du cordon, en respectant le canal déférent et l'artère déférentielle, nous a donné des résultats aussi remarquables que la castration. Ces résultats expérimentaux nous amènent à proposer dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate, à côté de la castration, l'angio-neurectomie double des cordons. Cette opération a déjà été pratiquée par l'un de nous à l'hôpital Necker.

M. le Dr Desnos (de Paris). — De l'opération que vient de décrire M. Albarran, je ne veux ici que rapprocher une opération que j'ai pratiquée quatre fois, mais à une date encore trop récente pour qu'on puisse porter sur elle un jugement : il s'agit d'une résection en masse des éléments veineux du cordon, avec une partie du scrotum, suivant le procédé de Horteloup pour le varicocèle. Dans tous ces cas, le résultat fonctionnel a été excellent, et l'atrophie de la prostate a été manifeste. Il serait prématuré de chercher à donner de ce fait une explication précise et de rechercher le mécanisme suivant lequel elle agit; mais peut-être la section des éléments nerveux joue-t-elle un rôle égal et même supérieur à l'excision des cordons vasculaires.

La castration et l'angio-neurectomie du cordon dans l'hypertrophie de la prostate.

M. le Dr J. Albarran. — Sans entrer dans la critique des résultats obtenus par la résection des canaux déférents, que je n'ai pas personnellement pratiquée, je dirai que les résultats que j'ai vus chez plusieurs opérés et les observations que j'ai lues me paraissent démontrer que cette opération peut décongestionner la prostate; mais que, dans la très grande majorité des cas, elle ne détermine pas l'atrophie de la prostate. Un grand nombre de malades ne sont même pas améliorés. L'angio-neurectomie du cordon est une opération qui consiste à réséquer dans une petite étendue tous les vaisseaux et nerfs du cordon spermatique, sauf l'artère déférentielle et une ou deux des veines qui l'accompagnent; le canal déférent est respecté.

Structure histologique des prostates hypertrophiées, après les opérations sur l'appareil testiculaire.

M. le Dr Motz (de Paris). — D'après toutes les observations qui ont été publiées jusqu'à présent, on ne peut se faire une idées juste du mode d'atrophie thérapeutique de la prostate hypertrophiée. Je présente des observations de prostatiques où, trente-huit jours après la castration double, il n'y avait aucune trace d'atrophie. Malgré ce résultat négatif, ces observations sont intéressantes parce qu'elles montrent qu'on peut obtenir la guérison complète sans que la prostate soit atrophiée.

Des indications des opérations sur les testicules dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

M. le Dr Legueu (de Paris). — Quant à la valeur relative de la castration, et de la résection des canaux déférents, je crois encore, comme il y a deux ans, que cette dernière, dont le mode d'action est d'ailleurs différent, a une action plus lente. Elle n'est cependant pas à rejeter; elle a l'avantage de conserver la forme et de maintenir intacte la sécrétion interne. Pour ces raisons, les malades l'acceptent plus facilement.

Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du rein.

M. le Dr Lequeu. — Un malade se présentait à moi avec les trois symptômes principaux que voici : hématurie, varicocèle et tumeur lombaire gauche. Je diagnostiquai un cancer du rein gauche, de gros volume, et pratiquai une laparotomie exploratrice pour me rendre compte du volume et des connexions de la tumeur. Au cours de l'opération, je reconnus que la rate était seule augmentée de volume; mais le rein ne présentait pas de dégénérescence. Le malade ne résista pas à l'opération, et succomba deux jours plus tard. A l'autopsie, je trouvai un noyau cancéreux dans le rein gauche, et des masses

(1) Voir le précédent numéro.

© BIU Santé

ganglionnaires énormes le long de la colonne vertébrale et comprenant la veine spermatique. Ce fait montre donc bien comment il n'est aucun rapport entre le volume de la tumeur et la production du varicocèle. Celui-ci n'est que la manifestation extérieure de l'adénopathie secondaire. Et de ce qu'un cancer s'accompagne d'un varicocèle précoce ou tardif, on peut conclure qu'il y a déjà propagation ganglionnaire. Cette conclusion atténue encore les espérances qu'on était en droit de formuler sur les résultats des petites tumeurs, des noyaux limités, considérés jusqu'ici comme curables par la néphrectomie. Il faut, en effet, dans ces conditions, ou ne pas opérer, ou, si on opère, poursuivre et enlever les masses ganglionnaires.

De la voie sous-symphysaire pour aborder l'urètre féminin.

M. le Dr Legueu. — Voici le manuel opératoire auquel je donne la préférence : l'urètre est séparé de la symphyse à l'aide d'une incision courbe en bas, qui circonscrit la circonférence supérieure du méat et se prolonge de chaque côté sur les parties latérales du vestibule. L'urètre ainsi décollé aussi loin qu'il est nécessaire, est abaissé avec la paroi vaginale correspondante ; dès lors, la paroi urétrale supérieure est largement accessible, elle peut être incisée jusqu'à la vessie s'il est besoin. Une fois l'opération terminée, la brèche urétrale est comblée par la suture : les parois urétrales sont adossées, la brèche du vestibule est fermée par une suture à étages ; et si la réunion échoue, il se produira un simple décollement et non pas une fistule.

A propos des opérations pour l'hypertrophie prostatique.

M. le Dr Chevalier (de Paris). — Les observations que je résumerai rapidement devant le Congrès, ont trait, les deux premières, à des cas de castration bilatérales, la troisième à un cas de résection des canaux déférents. Dans la première catégorie, la première observation est la suite de celle que j'ai présentée au Congrès, l'année dernière ; il s'agit du malade que j'ai opéré en avril 1896, à Necker, et qui avait subi, on s'en souvient, des ponctions hypogastriques, la cystostomie, la résection des déférents, le tout sans succès ; je lui fis, à la date indiquée, la castration double. Il guérit de tous ses ennuis, et, lorsque j'ai présenté son observation à la première session, il était en parfait état. Depuis, j'ai eu tous les trois mois exactement de ses nouvelles. Elles sont parfaites, urines claires, mictions spontanées, et, fait important en l'espèce, aucun trouble psychique. La seconde observation concerne un malade de soixante ans passés, chez lequel l'examen avait paru montrer les indications les plus nettes de la castration. (Vessie bonne, prostate molle, âge pas trop avancé). La castration double que je lui pratiquai modifia peu son état, il se sonde moins souvent, mais toujours, il a même eu un calcul phosphatique, pour lequel je lui fis une petite lithotritie; et en somme, l'amélioration, encore qu'elle soit un peu sensible, est bien imparfaite. C'est à peu près un insuccès.

Castration pour hypertrophie prostatique.

M. le Dr Loumeau (de Bordeaux). — Dans un cas, j'ai obtenu la transformation de la rétention complète en rétention incomplète; dans l'autre la disparition absolue de la rétention complète; chez les deux opérés, la prostate s'est entièrement atrophiée. Chez aucun d'eux, je n'ai constaté le moindre trouble psychique post-opératoire, mais seulement une décrépitude et une faiblesse plus grande que ne le comportait leur âge.

Discussion. — M. le Dr Carlier (de Lille) a fait 9 fois la résection des canaux déférents, 2 fois la castration, avec un insuccès complet.

M. le Dr Desnos (de Paris). — Les résultats qui viennent d'être produits à propos de la résection des canaux déférents, sont loin d'être favorables à cette opération ; les résultats de ma pratique personnelle sont conformes à l'observation de mes collègues; je dois toutefois ajouter un cas; où, loin d'obtenir une amélioration, une aggravation est survenue dans la circonstance que voici : un malade avec une prostate assez développée, présentait des troubles urinaires assez marqués, mais urinait spontanément. Je lui fis une résection double des déférents : tout se passa bien au point de vue opératoire ; mais à partir de ce moment, la miction spontanée fut abolie, et depuis que l'opération est pratiquée, il n'a pu uriner qu'au moyen du cathétérisme. Le volume de la prostate est resté le même.

Opérations sur l'appareil testiculaire des prostatiques faites à la clinique de Necker.

M. le Dr Motz (de Paris). — J'ai réuni 6 cas de castration double et 3 cas de résection des canaux déférents. Sur 6 prostatiques châtrés, on a obtenu 3 guérisons complètes; chez 3 autres les malades ont été très améliorés. Sur 3 cas de résection on a obtenu 1 cas de guérison complète ; dans un autre, le malade n'a pas été amélioré. Le troisième malade est mort dix-sept jours après l'opération. Je présente aussi la statistique de la mortalité normale chez les prostatiques hospitalisés à Necker. Sur 220 cas, on a compté 31 décès, c'est-à-dire 14 0/0. Ces résultats prouvent que la mortalité des prostatiques qui ont subi une opération sur l'appareil testiculaire et qui monte jusqu'à 19 0/0, ne peut pas être due uniquement à ces opérations.

Relation entre le volume de la prostate et le degré de la rétention d'urine.

M. le Dr Desnos (de Paris). — Au point de vue des indications opératoires, on sait que la constatation de l'hypertrophie prostatique par le toucher rectal ne suffit pas pour légitimer une castration. Il est plus important de s'assurer qu'il n'existe pas de saillies intravésicales ; ces dernières jouent un rôle capital sur la rétention ; or, de mes observations, il résulte que s la castration double amène souvent une régression en masse de la prostate, elle est à peu près sans action sur ces tumeurs plus ou moins pédiculées qui font saillie dans la cavité vésicale.

Discussion. — M. le Dr Motz (de Paris). — En me basant sur mes recherches histologiques et cliniques, j'arrive à cette conclusion : La congestion de l'appareil urinaire à la suite de l'artério-sclérose des gros troncs artériels étudiée pour la première fois par notre maître M. le Pr Guyon, est le facteur le plus important des troubles urinaires chez les vieillards. Pour nous résumer, nous dirons : 1° L'hypertrophie prostatique vraie n'est qu'une évolution normale de la glande qui dépend surtout de la vitalité de l'appareil génito-prostatique. 2° Les variétés anatomo-pathologiques de cette hypertrophie et surtout le volume excessif de quelques prostates s'expliquent par l'action plus ou moins prononcée de la congestion de l'appareil urinaire, qui est surtout la conséquence de la sclérose des grosses artères. 3° La cause principale du prostatisme n'est pas l'artério-sclérose localisée sur l'appareil urinaire, comme l'avait décrit M. Launois, mais la congestion de cet appareil et la dégénérescence consécutive des parois vésicales. 4° L'obstacle mécanique qui résulte de l'hypertrophie de la glande n'est qu'un facteur secondaire qui ajoute ses effets à l'inertie vésicale primitive.

La résection des canaux déférents et l'hypertrophie de la prostate.

M. le Dr Loumeau (de Bordeaux). — J'ai, jusqu'à ce jour, pratiqué vingt et une fois la résection double et simultanée des canaux déférents chez des prostatiques atteints de rétention chronique d'urine, complète ou incomplète. Quatre de mes observations ont été communiquées, l'année dernière, au Congrès de chirurgie. Dix-sept autres sont inédites. Dans tous les cas, l'opération n'a eu, au bout d'un laps de temps qui oscille entre trois et dix-sept mois, aucune influence sur la fonction urinaire ou génitale, ni sur l'état de la prostate. Elle n'a procuré d'autres bénéfices à mes opérés que de prémunir, pour l'avenir, leurs testicules contre les orchites du cathétérisme, antérieurement constatées chez plusieurs d'entre eux.

Discussion. — M. le Dr Nicolich (de Trieste). — J'ai pratiqué, depuis 1895, 27 fois la résection des canaux déférents avec 8 guérisons, pour des malades qui n'avaient pas de rétention chronique, 14 améliorations ; dans 5 cas, je n'ai observé aucun changement dans les conditions des malades. Je considère comme guéris les malades qui vident complètement leur vessie

© BIU Santé

à chaque miction et qui ne souffrent plus; tous les 8 cas guéris, que j'ai occasion de voir bien souvent, se portent bien, et trois d'entre eux m'assurent avoir pu continuer à avoir des rapports sexuels; c'est un aveu spontané qu'ils m'ont fait sans être questionnés. La prostate de ces individus a diminué de volume, et, chez deux, on la sent à peine.

M. le Dr P. Hamonic (de Paris). — Je présente une statistique opératoire de 11 cas dans lesquels j'ai pratiqué la résection double des canaux déférents pour hypertrophie de la glande prostatique. Dans 7 cas, le résultat thérapeutique a été positif; mais il s'agissait là de prostatiques congestifs ou atteints de subinflammation glandulaire superposée à l'hypertrophie, et l'élément pathologique d'où dépendaient surtout les accidents actuels était l'hypérémie. Dans 2 cas les résultats on été moins positifs; mais les deux malades s'éloignaient de la série précédente et chez eux l'élément congestif était moins prédominant. Enfin, chez deux prostatiques opérés *à froid*, c'est-à-dire en dehors de toute complication congestive surajoutée, le résultat a été absolument négatif. M. Hamonic conclut que la vasectomie est inconstante dans ses effets et qu'elle paraît agir plus sur l'élément congestif que sur le tissu hypertrophique lui-même.

Sur la cure des exstrophies vésicales par la suture marginale.

M. le Dr Duret (de Lille). — Dans un premier travail publié en 1891, j'ai divisé les exstrophies vésicales en trois groupes: 1° Les exstrophies partielles; 2° les exstrophies complètes; 3° et les exstrophies complexes. Il serait inexact de penser, en effet, que le vice de conformation soit toujours identique, et qu'il faille constamment recourir à l'extirpation de l'organe atrophié, ou à des autoplasties cutanées, dont tout le monde connaît les inconvénients. Il est des cas où il s'agit d'une simple fissure vésicale inférieure, avec ou sans altération du pubis; il en est d'autres où la paroi antérieure est simplement divisée, sans qu'il y ait perte de substance étendue. Le globe vésical est simplement éversé, et un peu rétracté; plus petit, comme infantile. Mais on peut le réduire et constater qu'une cavité est ainsi rétablie. Il suffit de le fermer par une suture. Bref, on rétablit le globe vésical par réfection pure et simple, comme on guérit opératoirement l'hypospadias et l'épispadias, dans les procédés de Duplayel (d'Angers). Les principaux temps opératoires sont les suivants: 1er temps: dissection de l'organe exstrophié et avivement; 2e réduction de la vessie et suture de ses bords; 3e avivement et fermeture de l'urètre épispade; 4e autoplastie de la paroi abdominale (muscles et peau) pour soutenir la vessie réduite. Autoplastie de la peau de la verge. L'auteur relate (avec figures à l'appui) deux cas où il a employé ce procédé: l'un chez un enfant du sexe féminin, l'autre chez un enfant du sexe masculin. Plus l'intervention sera hâtive, c'est-à-dire plus elle se fera dans le premier âge, plus elle trouvera d'heureuses applications; plus tard l'organe ectopié subit des déformations et des rétractions qui rendent le résultat plus difficile à atteindre.

Des urétrites non gonococciques.

M. le Dr Eraud (J.) (de Lyon). — L'auteur, après avoir établi une division des urétrites non gonococciques, étudie leur nature chimique ou microbienne. Ces parasites de l'urètre sont des saprophytes dont le type est le diplocoque. Ils ne produisent que rarement de la suppuration vraie, président plutôt aux complications de l'urétrite (cystite, orchite, etc.) et n'ont qu'une très faible résistance. La symptomatologie n'est pas différente de celle de l'urétrite gonococcique ordinaire. Quant à la pathogénie des diverses urétrites, on en est encore actuellement réduit aux hypothèses.

(*A suivre*). [A. P. S.]

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 octobre 1897. — Présidence de M. Dupuy.

MM. Laubig et Féré ont étudié les variations de l'*élimination du bleu de méthylène par le rein* chez les épileptiques et constaté que cette élimination était nettement influencée par les accès.

MM. Balzer et Griffon, sur la *bactériologie de l'ecthyma et de l'impétigo*, ont constaté dans 45 cas la présence du streptocoque à l'état de pureté dans le pus des pustules non ouvertes. Il se trouve sous forme de diplocoques, qui, cultivés en bouillon, forment les chainettes caractéristiques. L'inoculation aux animaux détermine des abcès, des érysipèles de l'oreille, en un mot de l'infection.

M. Laborde insiste sur l'*amplitude des déplacements du foie* à la suite des mouvements du diaphragme. L'examen des individus soumis à la radioscopie montre que ces déplacements sont beaucoup plus étendus que les anciens procédés d'exploration clinique pouvaient le faire supposer et qu'ils peuvent atteindre jusqu'à 6 centimètres. Il faut donc tenir compte de cet état de choses dans l'examen du foie.

M. Gellé rapporte des résultats heureux obtenus par les *exercices acoustiques dans la surdi-mutité*, à l'aide du microphonographe Dussaud.

M. Roger a constaté que le *streptocoque introduit dans l'organisme* par différentes voies veineuses était surtout arrêté et détruit par le poumon, contrairement au bacille charbonneux qui est surtout fixé par le foie.

M. Lemoine rapporte quatre cas d'observation d'*érysipèle de l'homme* dans lesquels le streptocoque, inoculé aux animaux était sensible au sérum de Marmorek. On sait que, d'après les récentes recherches de M. Méry et de M. Courmont, le streptocoque de l'érysipèle n'est pas influencé par le sérum en général.

MM. Sabrazès et Cabannes. — *Physiologie pathologique de l'accès d'hémoglobinurie paroxystique a frigore.* — Nous avons observé, grâce à l'obligeance de M. le Pr Picot, un malade âgé de 49 ans qui réalise le tableau de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*: dans ses antécédents éloignés on relève l'impaludisme, l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis. Nous bornerons cette note aux recherches hématologiques dont ce malade a été l'objet. Nous avons constaté, ainsi que l'ont déjà remarqué MM. Vaquez et Marcano, que la perte en hémoglobine, au début de l'accès, l'emporte considérablement sur la perte en globules; c'est ainsi que le nombre des globules détruits correspond pour 100 cc. de sang à 0 gr. 961 d'hémoglobine; or ce même volume de sang s'est en réalité appauvri de 4 gr. 91 de matière colorante, ce qui porte le taux de l'hémoglobine perdue par les hématies non détruites à 3 gr. 949; l'hémoglobine correspondant à l'hématolyse et à l'hémoglobine échappée des globules dans un rapport de 1 à 4. L'hémoglobinhémie et l'hématolyse précèdent l'hémoglobinurie avec émission d'hématoïdine amorphe libre ou sous forme de cylindres granuleux: l'examen comparatif du plasma centrifugé en dehors et pendant les crises, la présence dans le sang circulant de débris hématiques en grande abondance, la diminution de la résistance globulaire, l'hémoglobinurie expérimentale réalisée chez le lapin par injection intra-veineuse d'urine tenant de l'hémoglobine en solution, sont autant de faits qui nous permettent de dire, à l'encontre de certains auteurs, que le premier acte morbide se passe dans la circulation générale. Le rein élimine, par l'intermédiaire de l'épithélium des tubes contournés, ainsi que l'ont déjà indiqué MM. Dieulafoy et Widal, l'hémoglobine en solution et les débris hématiques en suspension dans le plasma, comme il élimine les substances colorantes dans l'expérience de Heidenhain; il joue un rôle d'émonctoire.

M. Remlinger. — *Paralysie ascendante aiguë expérimentale.* — J'ai eu l'honneur de communiquer à la Société de Biologie, à la séance du 28 mars 1895, un cas de paralysie ascendante aiguë dû au streptocoque. La présence de ce microbe fut décelée par les ensemencements de substance médullaire. Il fut ensuite retrouvé sur des coupes de moelle traitées par la méthode de Nissl. Un heureux hasard m'a permis récemment d'observer le syndrome de Landry chez un lapin en expérience. Des ensemencements ont montré dans la moelle la présence du microbe inoculé. C'est un nouvel argument en faveur de la nature infectieuse de la paralysie ascendante aiguë. Le 1er juin 1897, du coli-bacille était isolé des abcès multiples d'un homme atteint de septicémie.

© BIU Santé

Il y était associé à un petit coccus, prenant bien les couleurs d'aniline, demeurant coloré par le Gram et donnant des cultures luxuriantes sur tous les milieux nutritifs. Ce coccus fut inoculé par diverses voies aux animaux en usage dans les laboratoires. Il se montra peu virulent. Le lapin cependant présenta une réceptivité plus grande et les effets de l'inoculation sous-cutanée rappelant beaucoup ceux de l'inoculation du streptocoque. Le 10 juin, une lapine de 2.940 grammes reçut dans la veine marginale de l'oreille 1 cc. de culture fraîche en bouillon. Elle présenta pendant cinq jours une élévation de température de 2° à 2°,5, de l'inappétence, de l'amaigrissement, puis elle se remit complètement. Un lapin mâle, pesant 2.780 grammes et inoculé de même le 20 juin avec un demi-centimètre cube d'une culture vieille de cinq jours, présenta tout d'abord une réaction moindre. Sa température marqua 40° le soir et le lendemain de l'inoculation, puis elle redescendit à 39°. L'état de l'animal paraissait de tous points excellent lorsque, le 21 juin, surpris de voir notre lapin blotti dans un coin de sa cage devant sa nourriture intacte, nous primes sa température qui était de 40°,5. Aucun autre symptôme. T. le 22 juin au matin : 40°,2. Nous remarquons alors pour la première fois un peu de parésie du train postérieur. Le lapin se fait prier pour se déplacer et lorsqu'il se met en mouvement on constate un degré notable de parésie musculaire. La palpation des muscles postérieurs paraît douloureuse. T. le soir, 40°. Rien aux membres antérieurs. 23 *juin*. T. 39°,6 le matin, 39°,8 le soir. Le lapin est immobile dans sa cage ; lorsqu'on le force à se déplacer, il se traîne sur ses membres antérieurs et pousse de petits cris plaintifs. La paralysie du train postérieur est complète. La palpation est toujours douloureuse. On constate un léger degré d'atrophie musculaire. Il existe en outre un amaigrissement général. Le poids n'est plus que de 2.400 grammes. L'animal ne s'alimente plus. Les membres antérieurs sont toujours indemnes. — 24 *juin*. T. 39°,5 le matin, 39°,6 le soir. Le lapin ne peut plus se traîner. Si on le soulève par les oreilles on constate que les membres postérieurs pendent inertes et que les membres antérieurs sont immobilisés dans une forte rétraction contre le thorax. En tirant sur les pattes de devant, on provoque une douleur et l'animal se met à crier. Le train postérieur n'est plus douloureux, mais l'atrophie a augmenté. Un peu de dyspnée. — 25 *juin*. T. 41°. Le lapin est tout à fait inerte. Le soulèvement du thorax et de l'abdomen est à peine perceptible, seules les ailes du nez battent violemment. L'animal pris par les oreilles demeure impassible et se laisse déplacer en masse. Les membres antérieurs sont paralysés aussi complètement que les postérieurs. Mort à 9 heures du matin. — L'autopsie pratiquée immédiatement révèle l'intégrité absolue des viscères abdominaux et thoraciques. Des ensemencements très copieux pratiqués avec le sang de l'oreillette droite, avec de la pulpe hépatique ou splénique, sont demeurés stériles. A l'ouverture du canal rachidien, la moelle apparaît vivement injectée, particulièrement au niveau de la région lombaire. Il n'y a nulle part d'hémorragie ni de ramollissement. Mais la substance grise est plus rosée qu'à l'état normal. La surface de la moelle ayant été brûlée en différents endroits, une pipette effilée stérilisée est introduite par l'escarre et la substance médullaire est ensemencée dans des tubes de bouillon. Sept ensemencements ont été ainsi pratiqués ; cinq ont donné une culture pure du coccus inoculé ; deux sont demeurés stériles. Des fragments des nerfs crural et sciatique ont été prélevés également et ensemencés. Ces ensemencements n'ont donné naissance à aucune colonie. A l'autopsie d'un certain nombre de maladies de Landry, on a décelé dans la moelle la présence de microbes (faits de Baumgarten, de Curschmann, d'Eisenlohr, d'Antonni, d'Œttinger et Marinesco, de Marie et Marinesco, enfin le nôtre). D'autre part, cette maladie peut être reproduite expérimentalement (Vincent, avant nous) et, dans la moelle des animaux ayant succombé à la maladie, il est possible, ainsi que nous venons l'indiquer, de retrouver le microbe inoculé. On semble en droit, dès lors, d'admettre, au moins dans certains cas, la nature infectieuse de la paralysie ascendante aiguë. Il sera nécessaire désormais de ne pas se borner, aux autopsies de maladie de Landry, à prélever des fragments de moelle pour un examen anatomo-pathologique. La substance médullaire devra également être ensemencée dans le but de déterminer l'espèce microbienne dont la pénétration dans la moelle a provoqué l'apparition du syndrome.

A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 octobre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Les apoplexies myocardiques chez les femmes enceintes.

M. POTAIN présente un important travail de M. VAQUEZ discutant les causes de l'aggravation des affections cardiaques chez les femmes enceintes. En voici les conclusions : « Les causes généralement invoquées pour expliquer l'aggravation des maladies du cœur, des maladies mitrales en particulier, du fait de la grossesse et de l'accouchement, sont la dégénérescence graisseuse du myocarde et la myocardite. Nous avons soigneusement examiné le cœur de trois femmes mortes à la Maternité, peu de temps après l'accouchement, et atteintes de rétrécissement mitral ; nous avons pu nous convaincre que les lésions, dont nous venons de parler, ne jouaient qu'un rôle accessoire dans l'apparition des accidents, et qu'il y avait, par contre, des lésions spéciales, d'ordre mécanique, capable d'expliquer la cause et la gravité des troubles observés. La surcharge graisseuse, considérable dans un cas, pénétrait assez profondément le myocarde, suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques et veineux, mais les gouttelettes de graisse restaient inter-fasciculaires ; nulle part la fibre musculaire ne paraissait le siège de dégénérescence granulo-graisseuse. La myocardite aiguë ne pouvait pas non plus être mise en cause dans les cas que nous avons étudiés. Les cellules musculaires présentaient bien une exagération manifeste de la striation avec gonflement marqué du noyau ; ou bien elles étaient aplaties, atrophiées et en voie de désintégration segmentaire, mais ces lésions, purement passives, s'expliquaient par la congestion intense et la cyanose myocardiques. Nulle part, il n'y avait de processus actif de myocardite. A côté de ces lésions d'ordre banal, il en existait d'autres auxquelles nous attribuons une importance considérable. Elles consistaient en une dilatation capillaire exagérée, étendue aux diverses régions du cœur, très marquée dans les cavités droites, mais atteignant, dans l'épaisseur de l'oreillette gauche, c'est-à-dire en amont de la lésion orificielle, un développement vraiment exceptionnel. Enfin et surtout, cette excessive dilatation des capillaires et des veinules par réplétion sanguine aboutissait, en de certains points, et notamment encore dans l'oreillette gauche, à des ruptures vasculaires avec hémorragies, formant de véritables foyers d'apoplexie myocardique. Parmi ces foyers, beaucoup étaient de date récente, d'autres étaient plus anciens, et, à leur niveau, l'infiltration embryonnaire, début d'une sclérose probable qui aurait évolué ultérieurement, commençait à se manifester ; leur siège était surtout sous-endocardique, et, dans un cas où la femme mourut subitement, après la délivrance, leur nombre était considérable. Nous ne doutons pas que chez les femmes enceintes, atteintes de lésions mitrales avec cyanose cardiaque plus ou moins prononcées, l'existence de ces apoplexies myocardiques, surtout auriculaires provoquées par les efforts de l'accouchement, n'explique, pour une part importante, les accidents cardiaques si graves et parfois si inopinés des suites de couches et même la mort subite.

Traitement de la fissure douloureuse de l'anus.

M. DOUMER (de Lille) a obtenu de bons résultats des courants continus à haute fréquence dans le traitement de la fissure anale. Outre la cessation rapide des douleurs et du spasme, ce procédé amène même l'atrophie des bourrelets hémorrhoïdaires qui peuvent exister.

La frigothérapie.

M. CORDIER (de Lille) signale l'augmentation de l'activité cellulaire produite par le refroidissement à — 110° et ses applications possibles dans les maladies par ralentissement de la nutrition (chlorose, diabète gras, neurasthénie, obésité).

L'aération des hôpitaux.

MM. VALLIN et POTAIN insistent sur les excellents résultats donnés pour l'aération insensible par les doubles vitres à vide alternativement inférieures et supérieures imaginées par M. le médecin principal Castaing. Ce procédé est d'ailleurs très peu coûteux.

A.-F. PLICQUE.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 octobre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DEBOVE.

Déontologie.

M. RENDU, *secrétaire général*, lit une lettre adressée à la Société des médecins des hôpitaux de Paris par le Syndicat des médecins de la Seine. Cette lettre prie les membres de la Société de faire leurs efforts pour éviter les jugements déplacés que les élèves des hôpitaux portent parfois à la légère sur le diagnostic et le traitement antérieurs des malades hospitalisés. Le Syndicat engage en outre les médecins des hôpitaux à consacrer leur première leçon clinique à l'exposé succinct des règles de déontologie, qui règlent les devoirs des médecins envers leurs malades et leurs confrères.

Cancer d'estomac greffé sur un ulcère.

M. CHAPUT présente un malade auquel il a pratiqué la pylorectomie. L'examen de la pièce anatomique par M. Toupet a démontré qu'un épithélioma se développait sur un ulcère ancien du pylore. Le malade est actuellement complètement guéri.

Œdème segmentaire.

M. DEBOVE présente une jeune femme atteinte d'un œdème segmentaire énorme des pieds, des jambes et des cuisses, qui n'existe pas au niveau des articulations et qui n'enlève rien à l'agilité de la malade. Il ne sait à quelle cause attribuer cet œdème. La malade n'offre comme autre trouble morbide qu'un léger rétrécissement mitral parfaitement compensé.

M. MATHIEU cite des cas analogues chez des cardiaques dont les lésions étaient aussi bien compensées. Il rapproche ces malades de ceux atteints de pseudo-lipomes que M. Potain attribuent à une origine névropathique.

Hématome sous-pleural consécutif à une rupture de l'aorte.

M. THOINOT lit une très longue observation sur une rupture de l'aorte au niveau d'une plaque d'athérome chez un homme de 77 ans. Un hématome sous-pleural et la mort furent la conséquence de cette rupture.

Au cours de la séance, M. DALCHÉ a présenté un malade atteint de *pseudo-lipomes* au niveau des parotides, du corps thyroïde, des aisselles et des plis de l'aine. — M. JACQUET a présenté un alcoolique atteint d'*hémi-hyperesthésie neuro-musculaire* du membre supérieur gauche.

Séance du 22 octobre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DEBOVE.

Thrombose de la veine porte.

M. BARTH apporte les pièces d'une autopsie d'une malade atteint d'une thrombose aiguë d'un rameau mésentérique de la veine porte. Ce malade alcoolique fut brusquement pris de symptômes de faux étranglement intestinal et de péritonite aiguë. A l'autopsie on a constaté une sorte d'œdème aigu d'une anse intestinale, avec thrombose de la veine porte sans lésions péritonéales notables.

M. GAILLARD demande si une sclérose intestinale antérieure ne pourrait pas être la cause principale de la thrombose.

M. BARTH ne le pense pas, la maladie ayant évolué avec une marche absolument aiguë.

Conséquences de la gastro-entérostomie.

MM. CHAUFFARD et CAVASSE présentent, pour la seconde fois, un malade que la Société a déjà examiné il y a environ trois mois et qui a subi une gastro-entérostomie. Les bons résultats de cette opération sont montrés à la Société par la gastrodiaphanie.

La brachydiastolie dans le pronostic des maladies du cœur.

M. HUCHARD constate l'importance des allorythmies dans le diagnostic des maladies du cœur. Il tient à insister aujourd'hui sur la *brachydiastolie* qui est le symptôme opposé de l'embryocardie. Cette brachydiastolie consiste en une prolongation de la diastole aux dépens de la systole. Ce signe a une grande importance pronostique lorsque le cœur est fatigué. Dans l'empoisonnement digitalique et dans la dernière période de l'asystolie, ce symptôme est d'un pronostic fatal; c'est le signe précurseur de la dilatation du cœur épuisé. Lorsque le rythme brachydiastolique se manifeste dans l'asystolie, l'action de la digitale ne se fait plus régulièrement et son administration devient au contraire dangereuse.

Poussée aiguë d'aortite provoquée par un érysipèle de la face.

MM. THOINOT et GRIFFON. — Parmi les affections susceptibles d'engendrer l'aortite, ne figure pas l'érysipèle. Nous avons eu cependant l'occasion d'observer un cas d'aortite dans lequel, sur des altérations anciennes, un érysipèle de la face a certainement fait naître des lésions aiguës très marquées. Il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital avec des signes d'insuffisance aortique bien supportée, qui présente un jour un érysipèle de la face en apparence bénin. Elle est envoyée en convalescence au Vésinet, mais est obligée de revenir avant la fin de son séjour réglementaire là-bas, tellement elle étouffe et est angoissée. Avec une albuminurie intense, elle offre les signes d'une aortite aiguë à laquelle elle ne tarde pas à succomber. A l'autopsie, la crosse de l'aorte possède les deux sortes de lésions, anciennes et récentes, diagnostiquées pendant la vie. A côté des régions athéromateuses, calcaires et écailleuses, on voit des élevures ambrées, jaunes ou transparentes, que le microscope, comme l'œil nu, montre de formation nouvelle. On ne trouve pas de microbes dans les coupes, pas plus à la surface de l'aorte que dans le parenchyme rénal, lequel offre les altérations congestives et dégénératives classiques du rein infectieux.

J. NOIR.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du jeudi 14 octobre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

M. le Dr DOLÉRIS, *à propos du diagnostic différenciel de l'appendicite et de l'annexite*, cite l'observation suivante: Madame X. . . , âgée de 24 ans, primipare, fortement neurasthénique, fut soignée, en janvier 1892, pour une cervicite chronique, des annexes douloureuses et fortement adhérentes à droite. A la suite d'un traitement conservateur, il survint une amélioration très notable et à la fin de l'année on ne sentait plus de lésions annexielles appréciables. En 1895, elle eut quelques accidents intestinaux: constipation, état gastro-intestinal. Au commencement de cette année elle fut prise, quelques jours avant une époque menstruelle, d'une vive douleur à droite, qui ne s'accompagna ni de constipation, ni de vomissements; elle eut une fièvre modérée et la langue saburrale. En juillet elle eut une deuxième crise, à Londres, où on diagnostiqua: appendicite. Elle revint à Paris et eut une troisième crise pendant laquelle M. Doléris l'examina. On ne sentait pas, dans le bassin, de lésions facilement accessibles, on n'en sentait pas plus dans l'abdomen; avec le doigt on atteignait, très haut, une zone sensible. M. Doléris réserva son diagnostic et sur les insistances de la malade et de son entourage se décida à pratiquer la laparotomie : l'appendice était normal, mais les annexes du même côté adhéraient à la face postérieure du ligament large; l'ovaire, atteint de folliculite, présentait une petite tumeur du volume d'une noix et contenant un caillot ancien. Castration droite, résection de l'appendice. Guérison.

M. le Dr DOLÉRIS. — *Un cas d'éventration post-partum.* — Dans l'immense majorité des cas, ces éventrations ne comportent pas d'autre traitement que la contention à l'aide d'une ceinture. Dans le cas particulier il s'agissait d'une jeune fille, chlorotique, à paroi abdominale adipeuse qui, pour dissimuler sa grossesse, porta un corset fort serré jusqu'au 8e mois. Lorsqu'elle entra à la Pitié, à cette époque, elle avait un ventre en besace, retombant sur la face antérieure des cuisses; le tissu sous-cutané de l'abdomen était notablement infiltré. Malgré le repos au lit, l'utérus à la fin de la grossesse ne dépassa pas la région épigastrique. Le travail fut long, il y eut de l'inertie utérine et l'accouchement se termina par une application de forceps. On lui fit suivre, après son accouchement, sans résultat appréciable, un traitement qui consista en massage, hydrothérapie, électricité, gymnastique suédoise. Sur sa demande,

© BIU Santé

le volume de son ventre l'empêchant de travailler, M. Doléris réséqua la ligne blanche depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis, fit un triple étage de sutures et depuis quatre mois le résultat est demeuré parfait.

VARIA

Le cas du docteur Laporte.

Voici le texte du jugement de la 9e chambre en ce qui concerne l'affaire Laporte.

Attendu que Laporte, qui a obtenu le diplôme de docteur en médecine en 1893, et qui avait vainement cherché à se créer une clientèle dans le XVIIe arrondissement, s'est installé le 1er septembre 1897 boulevard de Charonne, no 104;

Attendu qu'ayant été agréé en 1895 comme médecin du service de nuit, il fut requis dans la soirée du 11 septembre de se rendre rue Courat, 32, chez la dame Fresquet, qui était depuis plusieurs heures dans les douleurs de l'enfantement et dont l'accouchement présentait des difficultés;

Attendu que Laporte s'étant muni d'un forceps, seul instrument qu'il possédât pour faire les opérations obstétricales, se présenta au domicile de la dame Fresquet, qui avait déjà eu cinq enfants et auprès de laquelle se trouvait une sage-femme, la dame Maitrepierre; qu'après examen, le Dr Laporte jugea que l'application du forceps était nécessaire, application qui avait déjà eu lieu avec succès dans deux des couches précédentes de cette dame;

Attendu que la manière de procéder du médecin surprit, dès le commencement, les personnes présentes et leur inspira des doutes sur sa compétence; qu'il fut manifeste pour elles que le maniement de cet instrument ne lui était pas familier; qu'il n'avait aucune notion de la position que devait avoir la patiente...; que le mari et la dame Houbert durent intervenir... pendant que l'opérateur appliquait le forceps et que la sage-femme ne put s'empêcher de dire : « Nous sommes mal tombés! »;

Attendu que trois applications du forceps furent faites, mais sans résultat; que les témoins présents à l'accouchement déposent du trouble, de l'agitation du prévenu qui, après l'insuccès du forceps, dit à plusieurs reprises : « Je suis au bout de mon rouleau! »;

Attendu qu'on lui proposa d'aller chercher un autre médecin pour l'assister; qu'il se borna à répondre : « Attendons! » qu'il dit alors à la sage-femme : « Il n'y a plus qu'à perforer le crâne de l'enfant qui doit être mort »;

Attendu qu'après avoir vérifié l'un et l'autre qu'on ne sentait plus les battements du cœur de l'enfant, Laporte se mit en devoir de pratiquer la craniotomie, mais qu'il n'avait aucun des instruments employés d'ordinaire pour cette opération; qu'il essaya d'abord de se servir de la pointe de son forceps qui était trop courte; qu'ayant demandé à Fresquet un instrument quelconque, celui-ci lui apporta sa boîte à outils dans laquelle Laporte prit d'abord un porte-étiquette et un équarrissoir qui ne lui parurent pas utilisables, puis une aiguille à matelas à bout pointu, aplati et recourbé dont il crut pouvoir se servir;

Attendu que sans l'aseptiser, ni la tremper dans l'eau bouillante, il introduisit d'une main cette aiguille... et chercha à plusieurs reprises à piquer le crâne de l'enfant;

Attendu qu'ayant retiré l'aiguille sans vérifier quel avait été le résultat de ces piqûres, Laporte prit alors dans la boîte à outils un ciseau à froid et un marteau, et qu'ayant appliqué le ciseau sur la tête de l'enfant qui, disait-il, avait la boîte crânienne dure, il frappa avec le marteau sur le ciseau; mais qu'à ce moment Fresquet et la dame Houbert, émotionnés et outrés, intervinrent et lui arrachèrent le ciseau et le marteau des mains;

Attendu que presque aussitôt la femme Fresquet, cessant d'être sous l'action du chloroforme, fit un mouvement, une contraction... et que, appliquant une dernière fois le forceps, il ne tarda pas à retirer le corps;

Attendu que le médecin se disposait à partir sans délivrer la femme, mais que la sage-femme craignant une hémorragie l'obligea à terminer son opération;

Qu'aussitôt après, ayant fait quelques recommandations au sujet des soins à donner à la malade, il se retira et ne revint plus;

Attendu cependant que la dame Fresquet ne tarda pas à présenter les symptômes d'une maladie grave consécutive à l'accouchement; que visitée le lendemain, son état fut jugé si sérieux que son transport immédiat à l'hôpital fut décidé, et qu'elle mourut le 14 septembre;

... Attendu d'autre part que l'autopsie de la dame Fresquet a conduit le médecin commis aux conclusions suivantes : « La mort de la dame Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie. Cette double perforation a été faite avec un instrument piquant tel que l'aiguille placée sous scellé »;

Attendu que l'expert ajoute que ces différentes lésions ont été reconnues exactes par l'inculpé au cours de l'autopsie à laquelle il assistait :

Attendu que ces conclusions sont confirmées par le Dr Maygrier, expert commis, qui a vu les pièces anatomiques et est d'accord avec son confrère pour déclarer que la double perforation de la vessie est le résultat de la piqûre d'un instrument pointu, comme l'aiguille à matelas saisie, qui a traversé la vessie pour atteindre le péritoine et déterminer ensuite une péritonite mortelle;

Attendu, il est vrai, que M. le Dr Pinard a contesté à l'audience ces constatations et conclusions : qu'il estime qu'à raison du long travail de l'enfantement, les perforations de la vessie se sont probablement produites « spontanément »; qu'elles peuvent aussi avoir été déterminées par des aiguilles osseuses;

Mais attendu que les experts, tant dans leur déposition orale que dans une note complémentaire remise à l'audience pour préciser et justifier leur opinion, ont déclaré que l'examen minutieux des organes de la dame Fresquet ne permet pas de considérer les perforations constatées comme des ruptures spontanées, qu'il est de plus impossible que les lésions de la vessie, à la place où elles se trouvaient, aient été causées par des aiguilles osseuses qui, d'ailleurs, dit le Dr Socquet, n'existaient pas dans le bassin;

Attendu que le tribunal, placé entre des constatations faites sur les organes et des conclusions qui en découlent, d'une part, et d'autre part une argumentation basée sur des hypothèses, des conjectures et des raisons théoriques, ne peut hésiter à faire confiance aux premières émanant d'hommes de l'art distingués et expérimentés agissant en vertu d'un mandat de justice;

Attendu qu'étant admis par le tribunal que les perforations de la vessie ont été faites par l'aiguille à matelas dont s'est servi Laporte, il y a lieu d'examiner en droit et en fait si les procédés et opérations du prévenu, qui ont amené cette lésion dont la mort a été la conséquence, le rendent passible des dispositions de l'article 319 du Code pénal;

Attendu en droit que les termes généraux de cet article s'appliquent à toutes personnes, quels que soient leur art ou leur profession, par conséquent aux médecins et à l'opérateur qui, dans l'exercice de sa fonction, se rend coupable de fautes et de négligences graves; qu'il est certain que les tribunaux doivent user avec prudence des pouvoirs que la loi leur confère; que l'appréciation des théories, des opinions, des systèmes leur échappe;

Qu'ils ne peuvent se rendre juges du diagnostic, de l'opportunité d'une opération, du plus ou moins de dextérité avec laquelle elle est faite, de la valeur d'un procédé comparé à un autre, de l'opportunité de telle ou telle médicamentation; mais que leur action commence et s'étend là où il y a de la part du médecin faute lourde, négligence, légèreté, impéritie ou ignorance des choses que tout homme de l'art doit nécessairement savoir; que telle est la doctrine du procureur général Dupin dans le réquisitoire dont une partie a été lue a l'audience;

Attendu que le tribunal doit rechercher si des actes de cette nature sont imputables au Dr Laporte dans l'accouchement de la dame Fresquet.

En fait,

Attendu que Laporte, quoiqu'il se présentât aux habitants du quartier de Charonne comme accoucheur, n'avait rien moins que des connaissances pratiques en la matière; qu'en dehors des opérations de cette nature qu'il avait pu faire à l'hôpital et lorsqu'il était étudiant, il n'avait opéré depuis 1893 que deux accouchements; que pour ceux-ci l'application du forceps n'avait pas été nécessaire;

Attendu, d'autre part, qu'il n'avait jamais fait la craniotomie; qu'ainsi sa pratique des opérations obstétricales était presque nulle;

Attendu que son inexpérience s'est d'ailleurs accusée aux yeux de tous, notamment de la sage-femme, dès son arrivée chez la dame Fresquet; que sans parler de l'administration du chloroforme qui paraît avoir été faite sans surveillance, la manière dont Laporte se servait du forceps, la position dans laquelle il laissait la parturiante, et qui a déterminé l'intervention du mari et de la femme Houbert, ont révélé qu'il n'avait aucune notion de ce qu'en pareille circonstance un médecin doit faire ou savoir, et ont motivé le propos de la sage-femme relevé ci-dessus;

Attendu que l'incohérence, la maladresse des actes de Laporte étaient telles, que la dame Maitrepierre crut devoir, à un moment donné, lui demander s'il souffrait, et qu'après l'application infructueuse du forceps il dut reconnaître qu'il était au bout de son rouleau;

Attendu que dans ces conditions, se trouvant en présence d'une opération grave, la craniotomie, qu'il n'avait jamais faite, les instruments *ad hoc* lui manquant, il devait ainsi que le lui conseillaient les personnes présentes, envoyer l'une d'elles chercher un autre médecin ou tout au moins tenter d'en trouver un pour l'assister :

© BIU Santé

qu'en ne le faisant pas il a commis une faut grave qui lui doit être reprochée pénalement;

Attendu de plus qu'en pratiquant la craniotomie il a fait preuve d'une impéritie et d'une ignorance manifestes des choses que tout homme de l'art doit savoir;

Attendu, en effet, qu'il est élémentaire et enseigné par tous les traités sur la matière que le chirurgien qui fait cette opération avec un instrument approprié doit introduire sa main gauche; que les doigts doivent prendre contact avec la tête fœtale autant que possible maintenue stable par la main d'un aide placée sur le ventre, et que le perforateur, tenu par la main droite de l'opérateur, doit être guidé et appuyé jusqu'à la place où il agira, sur les doigts indicateur et médius de la main gauche; que, dans le cas où la tête de l'enfant est près, on peut se dispenser d'introduire la main, mais que tout au moins les deux doigts, indicateur et médius, doivent conduire et diriger l'instrument;

Attendu que cette manière de procéder, mise en pratique par tous les médecins-accoucheurs, a pour but, non seulement d'assurer le succès de la perforation, mais encore de protéger les organes de la femme de toute déchirure ou rupture que le défaut de direction de l'instrument amènerait presque fatalement;

Attendu que ces règles prescrites et observées dans les opérations faites avec des instruments appropriés sont encore plus impérieuses lorsque le praticien a en mains, comme Laporte, disent les experts, un instrument certainement défectueux, difficile à manier et diriger avec sûreté en raison de sa ténuité et dont les échappées étaient très à craindre;

Or, attendu que l'information et les débats ont recueilli les déclarations nettes, formelles, que rien ne peut faire suspecter, des dames Houbert et Delanoue, qui étaient auprès de la parturiante et qui déclarent formellement que lorsque Laporte a introduit l'aiguille à matelas il ne l'a dirigée ni avec les doigts ni avec la main;

Attendu que la dame Maitrepierre dit, il est vrai, pour l'aiguille : « Il me semble qu'il a introduit un doigt, mais je ne puis l'affirmer »;

Mais qu'elle explique que, placée en arrière de la dame Fresquet, dont elle maintenait la tête sur son bras, elle n'a pas pu bien voir ce qui se passait en avant;

Attendu qu'en admettant même cette déclaration formulée à l'audience sous la forme la plus dubitative et qui ne peut dès lors infirmer les déclarations précises des dames Houbert et Delanoue, le Dr Laporte n'aurait introduit qu'un doigt pour diriger l'aiguille; ce qui serait manifestement insuffisant et inopérant pour l'empêcher de glisser à droite ou à gauche sur les organes de la femme;

Attendu au surplus que les déclarations du Dr Laporte à l'instruction constituent sur ce point des aveux de sa faute; qu'en effet, confronté avec la sage-femme, il déclare : « Je crois que c'est avec l'aiguille à matelas que j'ai perforé le crâne, mais « je n'ai pas mis le doigt pour le vérifier. » « J'ai le souvenir d'être allé à un moment donné un peu trop loin avec mon aiguille; « mais je ne me suis jamais rendu compte d'être allé aussi loin que l'autopsie l'a démontré »;

Attendu que Laporte reconnait ainsi ne pas avoir conduit ni dirigé l'aiguille, puisqu'il ne s'est pas rendu compte jusqu'où elle était allée ni si elle avait perforé le crâne;

Attendu que M. le Dr Pinard estime que le prévenu a dû guider l'aiguille, parce que si elle ne l'avait pas été, l'autopsie aurait révélé des désordres;

Attendu que M. le Dr Maygrier a répondu qu'il ne pouvait être aussi affirmatif que M. le Dr Pinard;

Attendu qu'il est démontré pour le tribunal que le Dr Laporte a ainsi contrevenu aux règles élémentaires de l'art, qu'il a commis une imprudence, une négligence opératoire qui constitue une faute lourde, laquelle a été la cause directe et involontaire de la mort de la dame Fresquet;

Attendu que, sans qu'on puisse retenir spécialement cet élément, le présent jugement ne peut pas ne pas relever comme une nouvelle preuve de son incapacité et du désarroi de son esprit l'usage inutile, inconsidéré et cruel du ciseau et du marteau;

En ce qui touche l'application de la peine :

Attendu qu'il y a lieu de tenir compte au prévenu de l'honorabilité de sa vie, des difficultés de ses débuts, de l'impossibilité où l'a mis l'absence de clientèle d'acquérir l'expérience de son art, de son état d'esprit, de son agitation, de son émotion même, lorsqu'en présence des complications qui survenaient il s'est senti désarmé, obligé cependant de rester auprès de la malade et de l'assister jusqu'à sa délivrance par devoir et par humanité;

Attendu que ces considérations sont de nature à concilier au prévenu l'indulgence du tribunal,

Par ces motifs :

Le condamne à trois mois de prison avec application de la loi Bérenger.

A la sortie de l'audience, le Dr Laporte a été entouré par les nombreux médecins qui étaient venus assister au jugement et a reçu d'eux des témoignages non équivoques de sympathie. Notons qu'avant la lecture du jugement le président Richard a donné connaissance d'une lettre que la sage-femme, Mme Maitrepierre, lui a adressée depuis la plaidoirie de Me Henri Robert. Dans sa lettre, Mme Maitrepierre, rappelant sa conduite, proteste contre l'accusation d'avoir engagé sa responsabilité à un degré quelconque.

L'émotion qu'a produite dans le monde médical de Paris la condamnation du Dr Laporte est loin de se calmer. Chaque jour apporte, en faveur de celui-ci, une nouvelle manifestation de sympathie. Les internes des salles de garde des hospices et hôpitaux Andral, Bichat, Broca, Broussais, la Charité, Laënnec, Dubois, Necker, Ricord et Saint-Antoine, viennent d'envoyer au Pr Pinard, dont on connait l'intervention au cours du récent procès, le télégramme suivant:

Les internes en médecine des salles de garde soussignés ont à cœur d'adresser leurs respectueuses félicitations au Pr Pinard, pour les énergiques paroles qu'il a prononcées au cours du procès du Dr Laporte. Il appartenait à une conscience juste et éclairée d'intervenir, avec toute son autorité, dans ces regrettables débats.

M. le Dr Laporte, auquel, dès les premiers jours de l'incident, on avait parlé du projet d'une souscription publique, et qui avait refusé absolument de laisser réaliser ce projet, a adressé à un de nos confrères la lettre suivante :

M. le directeur, je viens d'apprendre que plusieurs de mes confrères désiraient ouvrir une souscription en ma faveur et avaient envoyé une note à ce sujet pour être publiée dans votre journal. Je n'ai pas lu le numéro d'hier soir, et j'espère que cette note n'y a point paru. Or, bien que vivement touché de cette intention de mes confrères, l'aide que veut bien me prêter ma famille, dans cette période toute particulière, me permettra d'attendre d'avoir trouvé une situation, sans avoir recours à une souscription publique. Je vous prie d'agréer, etc. Dr LAPORTE.

Mais les Journaux de Médecine n'en ont pas moins ouvert une souscription chacun de leur côté. Nous nous joignons à eux et faisons appel à tous nos confrères. Nous adresserons les fonds au Comité central, qui ne manquera pas de se former.

M. le Dr Laporte fera-t-il appel du jugement correctionnel qui l'a condamné à trois mois de prison, avec bénéfice de la loi Bérenger? Telle est la question qui a été posée à son défenseur, Me Henri Robert. « Jusqu'à présent, a répondu celui-ci, aucune décision n'a été prise. Au reste, nous n'avons pas à nous presser, les délais d'appel nous donnant encore de la marge. Mon malheureux client est dans un tel état d'abattement depuis sa condamnation qu'il n'aspire plus qu'au repos. « J'ai trop souffert depuis quelques jours, me disait-il hier encore, pour recommencer la lutte. Je ne m'en sens pas le courage. Je ne demande plus qu'à être tranquille, à travailler, à recommencer ma vie si cruellement brisée. Pourquoi en appeler devant la Cour du jugement qui m'a frappé? » Et l'entourage immédiat du Dr Laporte l'encourage à ne pas se prêter à une nouvelle épreuve. Aurai-je raison de la détermination qu'il paraît avoir prise de ne pas pousser les choses plus loin? Je l'espère, comme l'espère aussi le corps médical tout entier qui s'est fait son ardent défenseur. »

M. le Dr Pinard n'a pas, au reste, abandonné l'idée de rendre un jour évidente la non-culpabilité du Dr Laporte. Plusieurs médecins-accoucheurs procèdent en ce moment, dans le service du Dr Pinard, à la Maternité, à des expériences dont le résultat apportera, espèrent-ils, une vive lumière dans ce débat. Par suite de ces expériences, le banquet que devait offrir, le 3 novembre, chez Marguery, la Société des médecins du XVIIe arrondissement, au défenseur du Dr Laporte, Me Robert, est renvoyé à une date ultérieure.

M. Charles Bos, conseiller municipal, vient d'adresser la lettre suivante à M. Peyron, directeur de l'Assistance publique :

Monsieur le directeur, j'ai l'honneur de vous informer, en raison de la condamnation du Dr Laporte, que je compte vous poser, à la prochaine séance du Conseil municipal, une question sur l'assistance médicale. Je fais inscrire cette question à l'ordre du jour. Veuillez, etc. Charles Bos.

© BIU Santé

Maison de refuge pour les cancéreux et les tuberculeux à Limoges.

M. Dubois a donné lecture au Conseil général de la Seine d'une lettre de M. le Maire de Limoges, concernant la maison de refuge créée dans cette ville par Mlle Nouallier pour les cancéreux et les tuberculeux incurables : «Pour mettre à exécution ses idées, cette femme se rend presque tous les mois à Paris, pénètre dans les hôpitaux et revient, ramenant avec elle une troupe lamentable de malheureux cancéreux ou tuberculeux que nous nous voyons forcés d'enterrer quatre ou cinq jours après leur arrivée.» Le maire de Limoges ajoute que le Conseil d'Hygiène a conclu à l'insalubrité de l'établissement, que le préfet de la Haute-Vienne en a demandé le classement au nombre des établissements incommodes et insalubres et que la municipalité a pris un arrêté interdisant l'entrée des tuberculeux.

Mais l'énumération de ces mesures très légitimes, il faut le reconnaître, si la salubrité du chef-lieu de la Haute-Vienne peut être compromise par la présence de ces infortunés, n'était pas le véritable objet de la lettre de M. Labussière; il voulait surtout dénoncer au Conseil municipal la complicité de l'Assistance publique et demander comment Mlle Nouallier pouvait pénétrer dans les hôpitaux? M. Peyron a demandé que cette lettre fût renvoyée à la 5e Commission et il a ajouté que les préoccupations du maire de Limoges relativement à l'hygiène sont certainement très légitimes; mais, laissant de côté l'hygiène, et se plaçant uniquement au point de vue humanitaire, il a salué avec respect Mlle Nouallier; il est heureux, devant le Conseil municipal, de lui exprimer toute sa reconnaissance pour les services qu'elle a rendus. Mlle Nouallier a pu entrer dans les hôpitaux et les portes lui en furent largement ouvertes, parce qu'elle venait demander à ces pauvres gens s'ils consentaient à venir en traitement dans une maison à elle, où ils seraient soignés par elle et où, dans toute la mesure du possible, on adoucirait leurs souffrances. Le directeur de l'Assistance publique n'est pas surpris du grand nombre de décès que signale la lettre du maire de Limoges, puisque tous les malades recueillis par Mlle Nouallier sont irrémédiablement condamnés. Les préoccupations de cette ville, dit-il en terminant, sont justifiées; mais, dans l'état d'encombrement du service des cancéreux et en attendant la création du service nouveau qu'il réclame depuis longtemps, le départ de ces malheureux était un soulagement, et il avoue qu'il a moins considéré les ennuis de la ville de Limoges que les avantages de la ville de Paris. Après une discussion assez vive, à laquelle ont pris part MM. Lucipia, Dubois, John Labusquière, Alpy et Prache, la lettre du maire de Limoges a été renvoyée à la 5e Commission, ainsi que l'avait demandé le Directeur de l'Assistance publique.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 3. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Remy, Retterer, Weiss. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*), chirurgie, (1re *série*) : MM. Marchand, Ricard, Walther. — (2e *série*) : MM. Segond, Delbet, Lejars.

Jeudi 4. — 3e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Remy, Bar, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Debove, Achard. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 5. — Médecine opératoire : MM. Delbet, Ricard, Lejars. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tillaux, Bonnaire, Walther. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*), chirurgie : MM. Terrier, Second, Broca. — (2e *partie*) : MM. Potain, Gaucher, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*), obstétrique : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 6. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Remy, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Ballet, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*), chirurgie (1re *série*) : MM. Le Dentu, Quénu, Albarran. — (2e *série*) : MM. Berger, Campenon, Nélaton. — (2e *partie*) : MM. Chantemesse, Gilbert, Marfan. — (1re *partie*) obstétrique : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 3. — M. Chevallier. Contribution à l'étude de la goutte saturnine. — M. Montignac. Atrophie rénale consécutive à la scarlatine. — M. Rosdeveix. Considérations sur les luxations des cartilages costaux. — M. Jumelais. Etude sur la nécessité de l'antisepsie dans les maladies de la peau en général (pyodermites en particulier). — M. Thebaud. Placenta prævia par glissement. — M. Frigoux. Luxation du radius en avant. — M. Lamotte. Contribution à l'étude du kyste du creux poplité.

Jeudi 4. — M. Charrier. Contribution à l'étude de l'élimination de la potasse urinaire dans les néphrites. — M. Culianu. Quelques considérations d'ordre pratique sur le traitement de l'appendicite. — M. Pompeani. Le climat d'Ajaccio et le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Riureanu. La peste. Etude étiologique, bactériologique et prophylactique. — M. Bilski. Contribution à l'étude au point de vue clinique et thérapeutique de l'anévrisme inguinal. — M. Lapointe. Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum. — M. Decrette. Déformation des narines dans le bec de lièvre. — Mme Abricossoff (Glafira). L'hystérie aux XVIIe et XVIIIe siècles. — M. Fauvet. Du traitement de la neurasthénie par l'isolement. — M. Faugoin. Contribution à l'étude de la rétention d'urine d'origine nerveuse chez la femme.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS. — *Ce numéro paraîtra le 6 Novembre. Nous prions nos lecteurs intéressés de nous envoyer les documents qui concernent leur enseignement avant le 3 du dit mois.*

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 10 au samedi 16 octobre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.078, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes. 401, illégitimes, 185. Total, 586. — *Sexe féminin* : légitimes, 427, illégitimes, 158. Total, 585.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 10 au samedi 16 octobre 1897, les décès ont été au nombre de 847, savoir : 450 hommes et 397 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 5, T. 7. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 0, F. 0, T. 0. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0, — Coqueluche : M. 0, F. 2, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 0, T. 3 — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 97, F. 68, T. 165. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 10, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 7, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 11, F. 9, T. 20. — Tumeurs malignes : M. 0, F. 1, T. 1. — Méningite simple : M. 11, F. 9, T. 20. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 27, F. 23, T. 50. — Paralysie, M. 6, F. 5, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 4, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 54, T. 78. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 6, T. 14. — Bronchite chronique : M. 11, F. 9, T. 20 — Broncho-pneumonie : M. 13, F. 8, T. 21. — Pneumonie : M. 11, F. 5, T. 16. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 23, F. 20, T. 43. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 14, T. 31. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 4, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 2 T. 5 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2, — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3 . — Débilité congénitale : M. 12, F. 9, T. 21 — Sénilité : M. 15, F. 27, T. 42. — Suicides : M. 15, F. 5, T. 20. — Autres morts violentes : M. 4, F. 2, T. 6. — Autres causes de mort : M. 85, F. 52, T. 137. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 5, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 95, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 44, illégitimes, 20. Total : 64. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 8. Total : 31.

Faculté de Medecine de Paris. — *Legs Marjolin.* — Par décret, la Faculté de Médecine de Paris est autorisée à accepter le legs fait à son profit par M. René-Nicolas Marjolin, et consistant dans la nue propriété d'une maison sise à Paris, 5, place des Vosges, dont le revenu sera employé, après le décès de l'usufruitière, au remboursement des frais d'inscription d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin des observations dans leur services.

Concours. — Un concours s'ouvrira le 1er février 1898, devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

La Réforme du concours des Hôpitaux. — Sur la demande de la Société des Médecins du bureau central, les candidats au concours de Médecine ont tenu le mardi 26 à l'Hôtel-Dieu une réunion pour indiquer les réformes qu'il leur semblait urgent de voir réaliser dans ce concours. En dehors de quelques points de détail (suppression de l'épreuve de deux malades, modification du temps accordé pour les diverses épreuves), deux réformes capitales ont été adoptées. La première est la substitution d'un concours annuel unique à la série de concours multiples qui durent jusqu'à neuf mois par an. Le second est l'augmentation du nombre des juges, qui sera de quinze au minimum, si petit que soit le nombre des places. Toutes les autres modifications (admissibilité définitive épreuve sur titres, anonymat de l'épreuve écrite), dont la discussion, complexe aurait put retarder l'application de ces deux réformes

© BIU Santé

principales, ont été rejetées. Rien s'opposera donc à ce que la modification réclamée par les candidats puisse entrer en vigueur dès 1898.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — M. le Dr FLORAND est élu membre du conseil général du Puy-de-Dôme pour le canton de Bourg-Lastic.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Le nombre des places d'internes titulaires est fixé à 66. Le nombre des places d'internes provisoires n'est pas arrêté.— *Jury d'anatomie*: MM. Chauffard, Toupet, Blum, Demoulin et Porak. Les séances du jury d'anatomie auront lieu à la Charité, les lundis, mercredis et vendredis à 4 h. 1/2. — *Jury de pathologie* : MM. Duguet, Launois, Quénu, Faure et Lepage. Les séances du jury de pathologie auront lieu à l'hôpital Beaujon, les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. 1/4 du soir. Le nombre des copies remises est de 391 (410 y compris les militaires).

Concours de médaille d'or (Chirurgie). — Le jury est définitivement constitué de la manière suivante: MM. Picqué, Chevalier, Bouchard, Marchand, Monod.

Concours de médaille d'or (Médecine). — Le jury est définitivement constitué de la manière suivante : MM. Besnier, Lermoyez, Talamon, Danlos, Périer.

Concours d'Externat. — L'ouverture de ce concours a eu lieu le 19 octobre. Les premières séances sont exclusivement réservées aux candidats militaires. Conformément au règlement le jury s'est dédoublé en deux sections, chargées l'une de juger l'épreuve d'anatomie et l'autre l'épreuve de pathologie. *Section d'anatomie* : MM. Caussade, Claisse, Guillemain, Thiéry. *Section de pathologie* : MM. Mosny, Rénon, Mauclaire, Demelin. — Questions posées : ANATOMIE. *Muscle psoas iliaque. Articulation tibio-tarsienne.* — PATHOLOGIE. *Symptômes et marche de la pneumonie franche.*

Amphithéâtre d'anatomie. — Saison d'hiver. — MM. les élèves internes et externes des Hôpitaux et Hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 8 novembre 1897. Des conférences sur l'Histologie normale et pathologique seront faites par M. le Dr MACAIGNE, chef du laboratoire. MM. 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 élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

Administration. — Par arrêté préfectoral, M. Longepierre, économe à l'hospice de la Salpêtrière, est nommé directeur de l'hôpital Boucicaut, emploi créé. M. Caron, économe de la maison de retraite des Ménages, est nommé directeur de la clinique d'accouchement, en remplacement de M. Duvelle, admis, sur sa demande, à la retraite.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — *Révocation d'un interne en Médecine.* — Une violente agitation règne parmi le personnel des internes et externes des hôpitaux de Marseille. L'administration des hospices vient de révoquer l'un d'eux pour manquement grave à ses devoirs professionnels. Etant de garde à l'asile des vieillards de Sainte-Marguerite, il aurait refusé de se lever pour donner des soins à l'un de ces malheureux frappé d'une attaque de paralysie, sous prétexte que, l'ayant vu dans la journée, il savoit que toute intervention serait inutile. Les vieillards hospitalisés ont adressé au préfet et au maire une lettre de protestation. Ces jours-ci, les étudiants se sont réunis, et la commission administrative des hospices a tenu une séance spéciale afin de déterminer si la mesure prise doit être maintenue. On assure que les étudiants veulent se solidariser avec leur camarade. Le conflit pourrait aboutir, en ce cas, à la désertion des services ainsi que cela s'est produit déjà une fois à Marseille.

MAISON DE SAINT-LAZARE. — *Concours pour l'admission à un emploi de Médecin suppléant à l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.* — MM. les Docteurs qui désireront prendre part à ce concours qui aura lieu le 29 novembre 1897, se feront inscrire à la Préfecture de Police (service du personnel, caserne de la Cité). Le registre d'inscription a été ouvert le 11 octobre à midi et sera clos le 30 octobre à 4 heures. Tout candidat devra justifier de la qualité de Français et du titre de docteur d'une des Facultés de Médecine de l'Etat. Il devra être âgé de 25 ans au moins. Il devra joindre à sa demande l'extrait de son acte de naissance, ses diplômes, l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, ses états de service, s'il y a lieu, et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter. Aussitôt après la clôture de la liste d'admission, il sera procédé à la constitution du jury. La liste des membres de ce jury sera communiquée aux candidats admis qui en feront la demande. Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du jury devraient être signalés à l'Administration en vue de la modification de ce jury. Le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives. — *Epreuves du concours* : 1° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne, de génécologie ou d'obstétrique (leçon de 20 minutes après 20 minutes de préparation). 2° Epreuve théorique de pathologie spéciale (leçon de 10 minutes après 10 minutes de préparation). 3° Epreuve de titres scientifiques et hospitaliers. Les deux épreuves définitives auxquelles il ne sera admis que trois candidats sont : 1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures sont données pour cette composition). 2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades (exposé de 20 minutes après examen de 20 minutes au lit des malades). — Pour les épreuves orales, la note maxima sera de 20 points. Elle sera de 30 points pour l'épreuve écrite.

L'HÔPITAL FRANÇAIS DE LISBONNE. — M. le Ministre des Colonies vient de visiter l'hôpital français de Lisbonne.

FIÈVRE TYPHOÏDE. — En *Lot-et-Garonne.* — On télégraphie d'Agen qu'une épidémie de fièvre typhoïde sévit actuellement dans lés cantons de Marmande et de Castelmoron. La petite commune de Labretonie, qui comprend à peine 90 foyers, compte déjà plus de 30 malades. Tous les jours, de nouveaux cas se déclarent. Des mesures prophylactiques sévères ont été prises pour essayer d'enrayer cette épidémie.

LES MÉDECINS ET LE DUEL. — Dans le duel récent Casella-Thomeguex, la plaie de M. Casella blessé saignait abondamment; le coup était piqué très net et assez profond à la face. Cependant la langue n'était pas atteinte. Le blessé parlait sans difficulté. « Ce n'est rien, dit-il, je veux continuer. » Le médecin français s'y oppose. D'après lui, la blessure reçue met M. Casella en état d'infériorité, Son confrère italien est d'abord d'un avis contraire. Les témoins discutent, chaque parti voulant la continuation ou l'interruption du combat suivant l'avis de son médecin. Mais pendant ces pourparlers un hématome de la largeur d'une pièce de cent sous se déclare dans la joue gauche de M. Casella. Le médecin italien se range alors à l'avis du docteur français et reconnaît que le combat est devenu impossible. Le combat est terminé.

NÉCROLOGIE.— M. le Dr Ernest MALL, décédé à Pont-à-Mousson où il était venu se fixer en 1871 après l'annexion de son pays natal. — Une dépêche de Strasbourg annonce la mort de M. Jules KLEIN, conseiller d'Etat, ancien pharmacien; il avait, dès l'occupation allemande, offert ses services au nouveau régime. Il était âgé de soixante-sept ans.

THE WESTMINSTER REVIEW. — Cette très belle revue, fondée par le Dr Chapmann, se publie mensuellement à Londres (Frederick Warne et Cie). Pour donner une idée de son intérêt, nous donnons le sommaire du numéro d'octobre : Le suffrage des femmes, par Ignota; — L'Espagne coloniale politique, par John Foreman; — M. Pitt dans la vie privée, par William Toynbee. Progrès Britannique et banque libre, par Robert Ewen. La maison de nos ancêtres, par Maurice Tod-Hunter; — Relations financières entre l'Angleterre et les Indes par le Pr A. H. Ghosh. Le parti libéral et l'Eglise, par C. F. Garbett; — Paniers et Fleurs, par G. W. Bulman. Traits suggestifs de nos 60 dernières années littéraires, par Thomas Bradfield; — La Magie et l'homme primitif. Expansion Coloniale, par O. Smeaton. — Chaque numéro contient en outre des chroniques sur la science, la philosophie, la sociologie, les voyages, l'histoire, la littérature, les arts, etc.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

ANÉMIE, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale, *Biosine Le Perdriel.*

SAVON DENTIFRICE VIGIER, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

PHTISIE, *Bronchites chroniques.* — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

24e ANNÉE.— 3e SÉRIE. T. VI. N° 45. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 6 NOVEMBRE 1897.

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des services d'accouchements à Paris.

Hospitalisation et Enseignement.

En mai 1877, nous avions déposé au Conseil municipal un vœu pour demander à l'Assistance publique : 1° d'établir des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices; 2° de confier ces services à des accoucheurs, de même que les services de médecine sont confiés à des médecins et les services de chirurgie à des chirurgiens; 3° de nommer les accoucheurs à la suite d'un concours imposant des connaissances générales et des connaissances spéciales.

Ce vœu accepté par le Conseil municipal fut renouvelé par lui en décembre 1878 et 1879. De longues polémiques eurent lieu dans la presse à ce sujet. Le *Progrès médical*, soutenu par d'autres, en particulier par MM. Cornil et Laborde, tint tête à l'orage. Enfin, après de longues discussions, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique s'est rangé à notre avis et quatre places d'accoucheurs des hôpitaux furent mises au concours.

En adoptant cette proposition, ce que voulait le Conseil municipal, c'était deux choses : 1° L'organisation de services d'accouchements dans l'intérêt des malades qui se trouvaient alors dans des services de médecine, sauf à la Maternité et à l'hôpital Cochin; 2° favoriser l'enseignement des étudiants et des médecins qui n'avaient à cette époque pour s'instruire que l'unique clinique d'accouchements de la Faculté, absolument insuffisante.

Que s'est-il passé depuis, dans l'intérêt des malades d'abord, dans l'intérêt des étudiants et des médecins ensuite ?

Nous avons dit que des accoucheurs des hôpitaux avaient été nommés ; successivement ils furent placés à la tête des services hospitaliers qui furent complétés, réorganisés ou créés.

Qu'y a-t-il à l'heure actuelle ? Un service d'accouchement à la Charité, qui a été organisé dans les jardins de l'hôpital et comprend 50 lits, la Clinique de la rue d'Assas, la Clinique Baudelocque, la Maternité, les services de l'hôpital Beaujon, de Lariboisière, de Saint-Antoine, de l'Hôtel-Dieu, de la Pitié, de Saint-Louis, de Tenon ; et dans quelques jours va s'ouvrir celui de l'hôpital Boucicaut. Dans la plupart de ces services, outre les modifications qui ont été apportées aux salles d'accouchements, aux salles de malades, etc., un certain nombre de lits ont été ajoutés pour les femmes enceintes.

Ce n'est pas tout ; la Ville de Paris a fait plus encore ; elle a ouvert des asiles pour y recevoir les femmes pendant leur grossesse ; elles peuvent être admises aux asiles Fessart, Stendhal, George Sand et surtout à l'asile Michelet, beaucoup plus considérable, qui bientôt contiendra 100 lits.

Enfin, après leur accouchement, les femmes sortant des hôpitaux peuvent être reçues encore pendant un certain temps dans deux asiles : au Vésinet d'abord et à l'asile Ledru-Rollin à Fontenay-aux-Roses.

On le voit, en ce qui concerne l'hospitalisation des femmes enceintes, des femmes en couches et récemment accouchées, l'Assistance publique et la Ville de Paris ont réalisé des progrès considérables. Si l'œuvre n'est point encore tout à fait achevée, elle sera complétée d'ici quelques années.

Mais, nous l'avons dit, le but que se proposait, avec nous, le Conseil municipal, était double ; il avait en vue l'intérêt des malades d'une part, d'autre part l'intérêt de l'enseignement. Qu'a-t-il été fait pour ce dernier ?

En 1878, M. Budin, chargé par le Ministre de l'Instruction publique, M. Jules Ferry, d'étudier l'enseignement de l'obstétrique à l'étranger, écrivit alors un rapport que nous avons publié le 19 avril 1879. Nous y lisons ce qui suit : « Mais c'est à l'enseignement clinique recueilli au lit des parturientes, que dans toutes les Facultés on attache la plus grande importance. Partout on exige que les étudiants, avant de se présenter à leurs examens, se soient fait inscrire dans le service de la clinique obstétricale, pendant un temps plus ou moins long, un semestre, par exemple. On ne se borne pas, en général, à cette inscription : les étudiants doivent encore prouver qu'ils ont fait personnellement un ou plusieurs accouchements ; le nombre minimum de ces accouchements est de deux en Hongrie, de quatre en Allemagne, de quatre à trente dans la Grande-Bretagne, suivant le corps examinant et suivant le titre qu'on désire obtenir : de dix à Helsingfors, etc. En Hollande, les étudiants doivent non seulement avoir assisté à dix accouchements normaux, mais encore avoir pratiqué deux accouchements laborieux... »

On pourra relire dans le reste du rapport comment on procède dans chaque pays : dans les uns, les étudiants doivent séjourner plus ou moins longtemps à l'hôpital ; dans d'autres, ils accompagnent en ville les assistants ou les médecins des pauvres qui vont pratiquer les opérations.

« En résumé, disait M. Budin, dans presque tous les pays, non seulement les élèves en médecine reçoivent un enseignement obstétrical *théorique* et font des *manœuvres opératoires*, mais on favorise autant que possible leur instruction *clinique, et ils sont obligés de prouver, au moment de passer leurs examens, qu'ils ont personnellement pratiqué plusieurs accouchements simples ou laborieux.* »

Plus tard, en 1881, M. Pinard, insistant pour la création d'une seconde chaire de clinique obstétricale, disait :

© BIU Santé

« Que faire pour remédier à un semblable état de choses? Prendre deux mesures : obliger les élèves avant de se présenter au cinquième examen à faire un stage effectif de *trois mois* dans une clinique obstétricale, ou bien à présenter un certificat signé du professeur de clinique et constatant qu'ils ont assisté à *cinq accouchements au moins*. »

En 1888, la Faculté demanda que les nouveaux bâtiments, qui venaient d'être construits à la Maternité, pour permettre la réorganisation de l'Ecole si défectueuse des sages-femmes, lui fussent donnés, et qu'on y ajoutât deux pavillons nouveaux, le tout devant constituer une seconde clinique pour l'enseignement de l'obstétrique. Quelques personnes objectèrent que, grâce au fonctionnement des autres services d'accouchements des hôpitaux, à la tête desquels se trouvaient des maîtres instruits, dont la plupart étaient agrégés à la Faculté de Médecine, l'enseignement pourrait être donné d'une manière efficace, sans qu'il fût nécessaire de créer une nouvelle clinique. La réponse fut bien simple : on ne pouvait nier l'utilité d'un enseignement fait par la Faculté; cela ne devait nullement empêcher les étudiants de profiter du matériel considérable qui se trouvait dans les autres services. Le Conseil municipal et l'Assistance Publique acceptèrent donc de faire les dépenses nécessaires pour la création de la clinique Baudelocque. Le nouveau professeur y commença son enseignement en 1888.

Lorsqu'en 1891 l'Assistance publique convoqua les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs, pour étudier les questions relatives à l'Enseignement pratique dans les hôpitaux, la Faculté de Médecine avait décidé que les étudiants devraient faire un stage obstétrical :

« Après la 16e inscription, chaque étudiant en médecine est tenu de faire un stage dans une des cliniques de la Faculté.

« La durée de ce stage est de *un mois*, pendant lequel l'étudiant est obligé de pratiquer lui-même deux accouchements.

« Les étudiants, qui auront été *internes* dans les services d'accouchements dans les hôpitaux, sont seuls dispensés de ce stage : ils produiront, à cet effet, un certificat de leur chef de service, accoucheur des hôpitaux. »

Tel est le règlement publié à la fin du mois de mars en 1891, par la Faculté de Médecine. Voici ce qu'on lit à ce sujet dans le rapport voté par la Société des Accoucheurs des hôpitaux en juillet de la même année: « Tous les accoucheurs des hôpitaux avaient des élèves ; la plupart d'entre eux s'occupaient très activement et avec succès de l'instruction des étudiants. Le nouveau règlement ne reconnaissait plus aucune valeur à leur enseignement, leurs externes même étaient obligés de se rendre chez l'un des deux professeurs de la Faculté.

« Nous croyons inutile d'insister sur l'émotion que produisit la publication de ce règlement. Les étudiants durent quitter les services de leur choix pour se rendre obligatoirement dans l'une des deux cliniques et y passer un mois.

« Les accoucheurs des hôpitaux, agrégés de la Faculté de Médecine, chargés par cette dernière de l'enseignement théorique (cours professoral, conférences, cours aux élèves sages-femmes) et désignés par l'Etat pour faire passer les examens de doctorat, n'étaient pas admis plus que les autres à donner un enseignement clinique qui, aux yeux de la Faculté, pût avoir quelque valeur pour l'étudiant et lui être compté.

« Comme vous avez été avertis dans votre dernière réunion que les résolutions relatives au stage ne devaient pas être maintenues, un des membres de votre Commission a été délégué près de l'éminent Doyen de la Faculté de Médecine. Il a déclaré à M. Brouardel que tous les accoucheurs des hôpitaux désiraient avoir, comme par le passé, des élèves dans leur service et continuer à faire leur instruction; ils acceptent volontiers que la Faculté prenne les mesures nécessaires pour constater l'authenticité et la sincérité du stage.

« Il a été parlé d'un enseignement nouveau, pour lequel la Faculté s'annexerait des membres appartenant au corps médical des hôpitaux. Les accoucheurs, quelles que soient les mesures prises par la Faculté pour son enseignement personnel, désirent être considérés comme pouvant avoir tous des stagiaires ; ils ne demandent pour cela ni titre, ni rétribution. »

— Voici quelle a été la réponse de M. le doyen : « La Faculté de Médecine a décidé qu'un stage obstétrical serait fait ; or, le stage tel qu'il est actuellement organisé dans les services de médecine et de chirurgie, lui paraît être souvent absolument illusoire ; elle voudrait en avoir la surveillance. Aucun traité ne la liant avec l'Assistance publique pour les services d'accouchements qui n'existent que depuis neuf années, elle a voulu pouvoir surveiller efficacement le stage obstétrical de ses élèves ; c'est pourquoi elle a commencé par décider qu'il serait exclusivement fait dans ces deux cliniques.

« Ce premier point résolu et même mis en pratique, le Conseil de la Faculté a voté la proposition suivante : « Les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, participeront dans la mesure nécessaire à l'enseignement clinique. »

« M. le Doyen pense que la surveillance des stagiaires se trouvant nettement réservée à la Faculté, les deux services de clinique obstétricale seront insuffisants pour l'enseignement pratique des étudiants. Il proposera donc au Conseil de la Faculté d'accepter qu'ils fassent leur stage dans les autres services d'accouchements des hôpitaux.

« La Faculté n'imposera aux élèves que le stage ; elle leur permettra de le faire dans l'hôpital qu'ils préféreront, jusqu'à ce que le nombre des stagiaires que peut raisonnablement contenir un service soit complet.

« Au moment de l'examen, il sera indiqué que l'étudiant a fait son stage, sans spécifier l'hôpital dans lequel il aura été admis.

« Les accoucheurs des hôpitaux ne demandent pas autre chose et ils seront certainement heureux de constater l'accord qui règne entre l'opinion de M. le doyen et la leur.

« Dans ces conditions, la Faculté, qui surveille le stage, conserve la liberté d'organiser à sa guise l'enseignement dans quelques services, si elle le désire ; les accoucheurs pourront avoir des stagiaires, tout en

© BIU Santé

étant libres d'en accepter ou non; les étudiants en médecine seront libres de choisir l'hôpital et le maître qu'ils préféreront. »

Depuis cette époque, depuis 1891, qu'a-t-il été fait? Rien. Pardon! Nous oublions deux petites modifications. Afin que les internes et les externes des hôpitaux puissent continuer à suivre sans interruption les services de médecine et de chirurgie, ils sont autorisés à faire, *la nuit*, un stage d'un mois à la clinique Baudelocque (!). Quant aux internes et externes des services d'accouchement, un certificat de leur chef de service peut les dispenser de ce stage nocturne.

Ainsi donc il y a, dans les hôpitaux de Paris : un service d'accouchement à la Charité, à la tête duquel se trouve M. Porak; un autre à Beaujon, à la tête duquel se trouve M. Ribemont, avec un assistant, M. Lepage; un autre à Lariboisière, à la tête duquel se trouve M. Maygrier; un autre à l'hôpital Saint-Antoine, à la tête duquel se trouve M. P. Bar, avec un assistant, M. Tissier; un autre à l'Hôtel-Dieu, à la tête duquel se trouve M. Champetier de Ribes; un autre à la Pitié, à la tête duquel se trouve M. Doléris; un autre à l'hôpital Saint-Louis, à la tête duquel se trouve M. Auvard; un autre à l'hôpital Tenon, à la tête duquel se trouve M. Bonnaire, et, dans aucun de ces services, les étudiants ne sont admis à faire leur stage. Parmi ces chefs distingués, MM. Ribemont-Dessaignes, Maygrier, Bar, Bonnaire, sont agrégés de la Faculté de Médecine; ils sont chargés par elle de l'enseignement théorique (cours professoral, conférences, cours aux élèves sages-femmes); ils sont désignés par l'État pour faire passer les examens de doctorat, et pas plus que les autres accoucheurs des hôpitaux, ils ne sont admis à donner un enseignement clinique qui soit considéré par la Faculté, comme ayant quelque valeur pour les étudiants. Si nous ajoutons qu'il ne serait probablement pas bien difficile d'obtenir que les femmes enceintes qui se présentent pour être reçues dans les asiles soient examinées par les étudiants; que la visite du chef de service de l'asile Ledru-Rollin, où se trouvent les femmes convalescentes de suites de couches, soit de temps en temps suivie de plusieurs étudiants inscrits, on pourrait presque répéter le mot resté célèbre d'un professeur étranger, qui, visitant Paris avant 1870, disait en parlant de l'anatomie pathologique : « Quel immense matériel! et tout cela perdu! » S'il en est ainsi, ce n'est certainement ni la faute de l'Assistance publique, ni celle du Conseil municipal.

Un fait récent, qui a eu un immense retentissement dans l'opinion publique et a vivement ému le corps médical tout entier, est venu mettre en relief l'insuffisance de l'enseignement de la Faculté. Ce n'est pas toujours la faute des jeunes médecins s'ils n'ont pas une pratique sérieuse des accouchements. Les moyens d'enseignement existant à profusion; des maîtres en nombre convenable s'offrant, la Faculté manquerait à ses devoirs sociaux si elle tardait plus longtemps à organiser largement l'*enseignement pratique des accouchements*, en utilisant *tous les services* et *tous les accoucheurs*.

BOURNEVILLE.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898.

1er Trimestre de l'Année scolaire 1897-98.

Les Cours du Semestre d'Hiver auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 1er Novembre 1897.

I. *Cours.* — *Chimie appliquée à la médecine*: M. GAUTIER. Tissus. Sang. Lymphe. Sérosités. Urines. Digestion. Assimilation. Mécanismes généraux de la vie. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Amphithéâtre de physique et de chimie). — *Anatomie:* M. FARABEUF. Cou. Thorax. Membre supérieur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Histologie*: M. MATHIAS-DUVAL. Les éléments anatomiques en général. Les éléments nerveux et le système nerveux. Le foie. Le rein. Les éléments de la génération. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie médicale*: M. DEBOVE. Maladies du rein. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Anatomie pathologique* (fondation Dupuytren) : M. CORNIL. Anatomie pathologique générale. Lésions des cellules. Tumeurs. Lundi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). Mercredi, à 2 heures (Ecole pratique). — *Histoire de la Médecine et de la Chirurgie* (fondation Salmon de Champotrau) : M. LABOULBÈNE. R. T. H. Laënnec. Histoire des doctrines médicales et chirurgicales; bibliographie et biographie médicales. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — *Thérapeutique* : M. LANDOUZY. Indications thérapeutiques et médications dans l'arthritisme et les affections diathésiques. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Physiologie* : M. RICHET. Fonctions du système nerveux. Fonctions de nutrition. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Conférences de Médecine légale* : M. BROUARDEL. Conférences de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue). — *Pathologie expérimentale et comparée* : M. CHANTEMESSE. Etude expérimentale des phénomènes provoqués dans le corps de l'homme et des animaux par les microbes et leurs produits. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre du Laboratoire de pathologie expérimentale, à l'Ecole pratique). — *Pharmacologie et matière médicale*: M. POUCHET. Modificateurs de la circulation. Mardi et samedi, à 4 heures (Amphithéâtre de pharmacologie). Conférences pratiques et interrogations. Jeudi (mêmes heures et Amphithéâtre). — *Pathologie chirurgicale* : M. LANNELONGUE (M. DELBET, agrégé suppléant). Thorax et abdomen. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

II. *Cliniques* (Visite tous les matins). — *Cliniques médicales* : MM. POTAIN, à la Charité, mardi et samedi, à 10 heures. JACCOUD, à la Pitié, mardi et samedi, à 9 h. 1/2. HAYEM, à l'hôpital Saint-Antoine, mardi et samedi, à 10 heures. DIEULAFOY, à l'Hôtel-Dieu, mercredi à 9 h. 1/2 et samedi à 10 heures. — *Cliniques chirurgicales* : MM. DUPLAY, à l'Hôtel-Dieu, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. LE DENTU, à l'hôpital Necker, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. TILLAUX, à la Charité, lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures. BERGER, à la Pitié, lundi et vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale* : M. JOFFROY, à l'asile clinique (Ste-Anne), mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies des enfants* : M. GRANCHER (M. MARFAN, agrégé, chargé de cours), à l'Hôpital des Enfants-Malades, mardi et vendredi, à 10 heures. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. FOURNIER, à l'hôpital Saint-Louis, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. RAYMOND, à la Salpêtrière, mardi et vendredi, à 10 heures. — *Clinique ophtalmologique* : M. PANAS, à l'Hôtel Dieu, lundi et vendredi, à 9 heures. — *Clinique des maladies des voies urinaires* : M. GUYON, à l'Hôpital Necker, mercredi et samedi, à 9 heures. — *Cliniques d'accouchements* : M. TARNIER, à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas, mardi et samedi, à 9 heures. M. PINARD, à la Clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal, lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures.

III. *Conférences.* — *Pathologie interne* : M. F. MÉNÉTRIER, agrégé. Maladies du tube digestif. Lundi, mercredi et vendredi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie externe* : M. BROCA, agrégé. Tête. Cou. Membres. Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre). — *Obstétrique*: M. BONNAIRE, agrégé. Grossesse et accouchement physiologiques; pathologie de la grossesse. Lundi, mercredi et vendredi, à 6 heures (Grand Amphithéâtre). — *Anatomie* : M. POIRIER, agrégé. Rachis. Tête. Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Maladies de la peau* : M. GAUCHER, agrégé. Dermatoses parasitaires et infectieuses. Dimanche, à 10 h. 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis). — *Hygiène* : M. NETTER, agrégé. Etiologie et prophylaxie des maladies transmissibles. — Maladies professionnelles. Mardi, jeudi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre). Bactériologie appliquée à l'hygiène : le samedi, à 3 heures, au Laboratoire d'hygiène (Ecole pratique). — *Médecine légale* : M. THOINOT, agrégé. Infanticide. Pendaison. Strangulation.

© BIU Santé

Submersion. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie générale élémentaire* : M. ROGER, agrégé. Notions générales sur les causes, les symptômes, l'évolution et le traitement des maladies. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit amphithéâtre).

IV. *Travaux pratiques.* — *Dissection* : M. POIRIER, agrégé, chef des Travaux anatomiques. Dissection; démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. Tous les jours, de 1 heure à 4 heures (Ecole pratique). — *Chimie biologique* : M. HANRIOT, agrégé, chef des Travaux. Manipulations de chimie biologique; conférences et démonstrations. Mardi, jeudi et samedi, de 8 heures à 10 h. 1/2 (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).— *Parasitologie* : M. N... Conférences et démonstrations, lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 3 h., au Laboratoire des Travaux pratiques d'histoire naturelle (Ecole pratique). (Des affiches spéciales feront connaître la date de l'ouverture des Travaux pratiques).

V. *Division des Etudes.* — 1° *Ancien régime* (décret du 20 juin 1878 : Doctorat; — Décret du 1er août 1883 : Officiat). — *Première année* : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale, histologie. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : chimie, physique, histoire naturelle et histologie. — Travaux pratiques obligatoires (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. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Quatrième année : Pathologie interne, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale, pathologie externe, opérations et appareils, hygiène, médecine légale, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, accouchements et maladies des femmes, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales, histoire de la médecine et de la chirurgie. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie pathologique. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

2° *Nouveau régime* (décret du 31 juillet 1893) — *Première année* : Anatomie, histologie, physiologie, chimie biologique. — Travaux pratiques obligatoires : chimie biologique, dissection.

Deuxième année : Anatomie, histologie, pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, dissection.

Troisième année : Pathologie interne, pathologie externe, médecine opératoire, accouchements, anatomie pathologique, histoire naturelle médicale (parasitologie), cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, anatomie pathologique, parasitologie (parasites animaux et végétaux).

Quatrième année : Thérapeutique, hygiène, médecine légale, pharmacologie, matière médicale botanique, cliniques médicale et chirurgicale, cliniques spéciales, clinique obstétricale, chimie et physique appliquées à l'hygiène et à la thérapeutique, histoire de la médecine et de la chirurgie. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier spécial, stage obstétrical, chimie clinique. — Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie.

Cinquième année. — Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie.

Les étudiants inscrits avant le 1er octobre 1895 suivent l'ancien régime d'études; ceux inscrits à partir du 1er octobre 1895 suivent le nouveau régime d'études.

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 6 heures de l'après-midi et tous les soirs, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2.

Travaux pratiques.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs suivant les cas déterminés pages 303.

Les droits afférents à ces travaux sont soldés lors de la prise de l'inscription trimestrielle, quand il s'agit de travaux pratiques obligatoires. Ils font l'objet d'un versement particulier quand il s'agit de travaux pratiques facultatifs.

Ces travaux ont lieu aux époques et dans les conditions indiquées par affiches spéciales.

Aux termes du règlement du 29 décembre 1879, les travaux pratiques ont lieu d'après un programme préparé par le professeur et approuvé par une commission composée des professeurs à l'enseignement desquels les exercices pratiques obligatoires sont afférents.

Les travaux pratiques, dont la durée est annuelle, commencent dans la deuxième quinzaine d'octobre et se terminent dans la première quinzaine de juillet.

Les travaux pratiques du semestre d'hiver commencent dans la deuxième quinzaine d'octobre et se terminent le 15 mars.

Les travaux pratiques du semestre d'été commencent le 15 mars et se terminent dans la première quinzaine de juillet.

Les jours et les heures des exercices pratiques sont arrêtés par le Doyen de la Faculté, d'accord avec le professeur.

Les travaux pratiques sont placés sous la haute direction des professeurs à l'enseignement desquels ils se rattachent.

Chaque professeur est secondé dans cette tâche par un chef des travaux et par les auxiliaires attachés à son enseignement. Le chef des travaux et les auxiliaires sont nommés pour un an. Le chef des travaux, sous la haute direction du professeur, est chargé de diriger et de surveiller les exercices des élèves; il est secondé par les auxiliaires qui lui sont subordonnés.

Les élèves qui doivent prendre part aux travaux pratiques sont inscrits sur une liste spéciale pour chaque service.

Cette liste, certifiée exacte par le secrétaire de la Faculté, est transmise par le doyen au chef des travaux.

Il est délivré à chaque élève inscrit une carte d'admission aux travaux pratiques. Nul ne peut être admis s'il n'est porteur de cette carte attestant qu'il a acquitté les droits prescrits. Les élèves sont tenus de prendre part aux travaux pratiques aux jours et heures prescrits par le règlement intérieur. La présence des élèves est constatée par le chef des travaux qui fait l'appel au commencement de chaque séance d'exercices. Il est tenu compte des absences sur un registre spécial.

L'inscription trimestrielle n'est délivrée que sur la certification, par le chef des travaux, du travail et de l'assiduité de l'élève aux travaux pratiques. Il est pris note, au dossier scolaire de l'élève, du nombre de ses présences et de ses absences aux travaux pratiques, pour fixer les jurys d'examen. Au sujet des absences non justifiées, le doyen prend telle mesure que de droit.

Les peines qui peuvent être prononcées sont l'*avertissement* pour deux absences; la *réprimande* pour quatre absences et le *refus de l'inscription trimestrielle* pour six absences dans le courant d'un trimestre.

Nous avons vu plus haut comment est composée la commission chargée de la surveillance des travaux pratiques. Cette commission est présidée par le Doyen, et le Secrétaire de la Faculté en est le Secrétaire. Elle se réunit dans la première semaine de chaque trimestre; elle donne son avis sur toutes les questions se rattachant aux travaux pratiques; elle provoque les réformes et améliorations susceptibles.

I. — *Travaux pratiques de dissection et de médecine opératoire.* — Par application du règlement du 30 décembre 1878, l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris est dirigée, sous l'autorité du Doyen, par le chef des travaux anatomiques.

Les travaux exécutés dans les pavillons de cette école sont de deux ordres et se succèdent de la manière suivante :

1° Travaux d'anatomie pendant le semestre d'hiver;

2° Exercices de médecine opératoire pendant le semestre d'été.

Le chef des travaux anatomiques exerce une surveillance générale sur les travaux des élèves; il visite les pavillons pendant les heures d'études. Les prosecteurs et les aides d'anatomie lui sont subordonnés. Il délivre les certificats de dissection.

Le chef des travaux anatomiques fait, pendant la saison d'hiver, un cours d'anatomie, après s'être concerté sur le sujet des leçons avec le Professeur d'Anatomie.

Les travaux pratiques de dissection sont obligatoires pour les élèves de deuxième et troisième année (ancien régime) et pour les élèves de première et deuxième année (nouveau régime).

Ils commencent dans la seconde quinzaine d'octobre et finissent dans la première quinzaine d'avril.

Les pavillons de dissection sont ouverts de 1 heure à 4 heures, excepté les dimanches et fêtes.

Nul n'est admis dans les pavillons s'il n'est muni d'une carte spéciale, attestant qu'il a acquitté les droits réglementaires. Cette carte est personnelle.

Le Secrétaire de la Faculté est chargé de faire verser les droits et de délivrer les cartes d'entrée dans les pavillons. Les étudiants

© BIU Santé

admis dans les pavillons sont divisés en deux catégories ; les *débutants* et les *vétérans*. Les uns et les autres, groupés par séries de cinq élèves, sont placés dans des pavillons distincts. Ils sont dirigés dans leurs travaux par les prosecteurs et les aides d'anatomie.

Les *débutants* ne sont admis à disséquer dans les pavillons qu'après avoir subi un examen d'*ostéologie* devant le chef des travaux anatomiques.

Pour mettre les débutants en état de subir cet examen, des démonstrations d'ostéologie sont faites, pendant le premier mois de la saison, par le personnel enseignant de l'école pratique.

Les chefs de pavillon (1) et les aides d'anatomie font une démonstration quotidienne d'anatomie, d'après un programme donné par le chef des travaux anatomiques.

Ils remettent au chef des travaux anatomiques des notes individuelles sur l'assiduité et le travail des élèves confiés à leur direction.

L'assiduité des élèves est constatée par chacun des aides, sur un carnet visé chaque jour par le chef de pavillon (1).

L'inexactitude sans excuse et prolongée peut être un motif de radiation de l'élève.

La distribution des sujets est faite sous la surveillance du chef des travaux anatomiques ou d'un prosecteur délégué par lui.

Des cours pratiques et successifs d'*opérations chirurgicales*, suivies d'*exercices de médecine opératoire*, ont lieu pendant le semestre d'été dans les pavillons de l'Ecole pratique.

Les exercices de médecine opératoire sont également obligatoires pour les étudiants de quatrième année (ancien régime) et pour les étudiants de troisième année (nouveau régime).

Ils sont dirigés par le chef des travaux anatomiques et le personnel enseignant de l'école pratique.

En raison de la grande affluence des élèves qui s'est montrée ces années dernières à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, les pavillons de l'Ecole pratique sont devenus insuffisants pour contenir tous les travailleurs.

La Faculté a donc dû chercher à améliorer les études anatomiques de ses élèves, et, à cet effet, elle s'est entendue, en 1895, avec l'Administration de l'Assistance publique, pour qu'un certain nombre de ses élèves soient admis à faire leurs études anatomiques obligatoires dans les pavillons de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Le nombre des élèves que la Faculté peut envoyer à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, est actuellement de deux cents pour le semestre d'hiver.

Pendant le semestre d'été, la Faculté peut également envoyer à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux deux séries d'élèves pour y suivre les exercices de médecine opératoire.

La présence des élèves de la Faculté à l'Amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux est constatée suivant un mode de contrôle identique à celui de l'école pratique, le 15 décembre et le 15 mars, pour le semestre d'hiver, et le 15 juin pour le semestre d'été.

Il est adjoint au personnel enseignant de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, pour être attachés spécialement au service des pavillons affectés aux élèves de la Faculté de Médecine, deux aides d'anatomie.

Pour l'année scolaire 1897-1898, le classement des élèves dans les pavillons de dissection de l'Ecole pratique de la Faculté et de l'Amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux sera effectué comme il est indiqué ci-après, pour les élèves de deuxième année de dissection et les élèves de première année de dissection :

Elèves de deuxième année de dissection. — Sont appelés et classés d'après la note obtenue pendant la première année de dissection. Le classement aura lieu au Petit Amphithéâtre de la Faculté, à 9 *heures du matin, le vendredi* 29 *octobre* 1897.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée, du 15 au 20 octobre, à chaque étudiant inscrit.

L'inscription pour la convocation au choix des pavillons aura lieu soit d'office, soit sur la demande des élèves, selon les situations indiquées ci-dessous :

a) Inscription d'office : Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris en juillet 1897, à la Faculté de Médecine de Paris, la 8e inscription (ancien régime d'études : 1878) ou la 4e inscription (nouveau régime d'études : 1893).

b) Inscription sur demande : Sont invités à demander, *par écrit*, leur inscription, *avant le* 15 *octobre* 1897, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres, ou qui auraient pris la 8e ou la 4e inscription dans une Faculté ou Ecole des départements; le *dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le* 15 *octobre*.

(1) Chaque pavillon est placé sous la surveillance immédiate d'un prosecteur, qui prend le titre de chef de pavillon.

Elèves de première année de dissection. — Les élèves de première année de dissection se divisent en deux groupes : ceux qui appartiennent au nouveau régime d'études et ceux qui appartiennent à l'ancien :

a) Nouveau régime : Ces étudiants seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté.

b) Ancien régime : Les étudiants qui appartiendraient à l'ancien régime d'études, demanderont, *par écrit*, leur inscription, après avoir pris la 5e inscription.

Personnel des Travaux Pratiques.

Chimie. — *Chef des travaux* : M. Hanriot, agrégé. — *Préparateur* : M. Hébert; — *Préparateurs adjoints* : MM. Rabaut, Reynaud, Bousquet, Griveau.

Physique. — *Chef des travaux* : M. Weiss, agrégé. — *Préparateurs* : MM. Sandoz et Mergier.

Histoire naturelle. — *Chef des travaux* : M. N.... — *Préparateurs* : MM. N..., N... et N... — *Préparateur-stagiaire* : M. N...

Histologie. — *Chef des travaux* : M. A. Rémy, agrégé. — *Préparateurs* : MM. Launois et Chatellier. — *Aides* : MM. Morau, Martin-Dürr, Thérèse, Benoit, Vincent, Maugery, Bernard, Wéber, Morin, Béllan, Mulon et N...

Anatomie. — *Chef des travaux* : M. Poirier. — *Prosecteurs* : MM. Delbet (Paul), Glantenay, Bouglé, Auvray, Riche, Marion, Savariaud et Gosset. — *Aides d'anatomie titulaires* : MM. Fredet, Lapointe, Pasteau, Courtillier, Cunéo, Ombrédanne, Brin, Le Fur, Veau, Dujarier, Roger, Herbet, Luys. — *Délégués dans les fonctions* : MM. Guibé et Proust. — *Chef du matériel* : M. Delahousse.

Physiologie. — *Chef des travaux* : M. Laborde. — *Laboratoire de* M. le Pr Charles Richet : M. Langlois, chef de laboratoire ; M. Héricourt, chef adjoint. — *Travaux pratiques* : M. Rondeau, chef adjoint ; M. Malbec, préparateur ; Weil, préparateur adjoint.

Anatomie pathologique. — *Chef des travaux* : M. Brault. — *Laboratoire de* M. le professeur Cornil : MM. Marie et Griffon, préparateurs. — *Travaux pratiques* : *Préparateur*, M. Legry ; *Moniteurs* : MM. Critzman, Potier, Junien-Lavillauroy et Sergent.

Stage Hospitalier.

Dispositions spéciales à la Faculté de Médecine de Paris. — Extrait du Décret relatif au stage hospitalier et aux cliniques annexes de la Faculté de Médecine de Paris (20 novembre 1893).

Article premier. — Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années. Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études. Pendant les deux premières années de stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie. Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés, pendant un trimestre, aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et à la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

Art. 2. — Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

Art. 3. — Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

Art. 4. — Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

Art. 5. — Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de stage sont : 1° les services de clinique générale de la Faculté de Médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont : 1° les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de Médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers. M. le Directeur de l'Assistance publique désignera, dans les différents hôpitaux, le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs, qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

Art. 6. — Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leur demande, avant le 15 juin, à M. le directeur de l'Assistance publique.

Celui-ci convoquera une commission composée : pour la Faculté de médecine, de quatre membres, le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté ; pour l'Assistance publique, de quatre

© BIU Santé

membres, le directeur et trois membres du Conseil de surveillance, dont le représentant des médecins des hôpitaux et le représentant des chirurgiens. Le directeur présidera la Commission; en cas de partage, la voix du président sera prépondérante. Le directeur soumettra à la Commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs. Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage. La Commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible. Cette liste sera adressée à M. le Ministre de l'Instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

Art. 7. — L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans. Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie. Le professeur donnera, à la fin du cours, des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises, par les soins du Directeur de l'Assistance publique, au Doyen de la Faculté pour être jointes au dossier de l'élève.

Art. 8. — Il recevra de l'Etat une indemnité annuelle de 3.000 fr. Aucuns frais ne résulteront pour l'Assistance publique de cet enseignement.

Art. 9. — La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la Commission sera établie à la Faculté par son doyen. Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchements dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre, et, pour le reste du temps, le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés. Les stagiaires de deuxième année seront, de préférence, répartis dans les hôpitaux du centre; les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques. La liste de répartition sera transmise à M. le Directeur de l'Assistance publique, qui délivrera les cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

Art. 10. — Les élèves internes et externes des hôpitaux, qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchement devront faire un stage dans un de ces services, ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin.

Art. 11. — La Commission établira dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période de stage et les études de la cinquième année de médecine, en combinant les heures de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

Art. 12. — Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examens de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

Classement des stagiaires. — Les stagiaires sont répartis par année (art. 3 et 9 du décret du 20 novembre 1893)), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions. Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers. C'est dans le même ordre que les stagiaires sont appelés à choisir les services dans lesquels ils désirent faire le stage. Aucune exception à cette règle n'est admise. *Une lettre de convocation individuelle est adressée aux stagiaires.* Les titulaires d'enseignement doivent s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement. Le choix des services a lieu dans la première quinzaine de novembre. Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique. Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions. L'inscription de janvier est délivrée au stagiaire qui a été régulièrement inscrit et classé; — l'inscription d'avril n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus; — l'inscription de juillet n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin. L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin (art. 7), le stage commence irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

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, du 4 octobre au 15 novembre 1897.

La première inscription est délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° Acte de naissance. 2° Consentement du père ou tuteur (Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur). 3° Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie). 4° Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. 5° Certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté. Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

II. *Dispositions générales relatives aux inscriptions* (Extrait du décret en date du 30 juillet 1883, fixant le régime des Cours dans les Facultés).

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 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. 4. — L'Etudiant 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 Etudiant, convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre, encourt la perte d'une à quatre inscriptions; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine, l'Etudiant 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'Etudiant.

Art. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une Faculté ou Ecole dans une autre Faculté ou dans une autre 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 ou le Directeur de l'Ecole et visé par le Recteur; ce certificat mentionne en particulier la situation scolaire : inscriptions, examens, notes, ajournements, stage, travaux pratiques, etc. Ce dossier est transmis par les soins du Recteur. En cas de refus du Doyen ou du Directeur de délivrer le certificat, le Ministre statue après enquête.

Changement d'établissement. — Dispositions spéciales à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris. (*Circulaire du 24 janvier* 1896). « Monsieur le Recteur, l'article 23 du décret du 30 juillet 1883 détermine la procédure à suivre en ce qui concerne le transfert des dossiers des étudiants qui veulent passer d'une Faculté ou Ecole dans une autre en conservant le bénéfice des inscriptions qu'ils ont prises et des examens qu'ils ont subis.

Mon attention a été très particulièrement appelée sur les graves inconvénients qui résultent de l'application de ces dispositions lorsqu'il s'agit d'étudiants transférés à la Faculté de Médecine de Paris au cours de l'année scolaire, c'est-à-dire au moment où le stage est complètement organisé et alors que tous les étudiants sont distribués dans les divers services hospitaliers.

La section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, saisie de la question, a été d'avis qu'il était indispensable de remédier aux inconvénients signalés et a proposé dans ce but d'adopter les mesures ci-après, savoir :

1° Les demandes de transfert présentées en vue d'une nouvelle année scolaire devront être produites assez à temps pour que le transfert des dossiers des étudiants puisse avoir lieu avant le 15 octobre;

2° Les demandes de transfert formées au cours de l'année scolaire seront soumises à un double avis : celui de la Faculté ou Ecole que l'étudiant veut quitter, celui du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

© BIU Santé

Dans le cas ou l'étudiant ou sa famille n'accepterait pas la suite donnée à sa demande, il en serait référé à mon administration.

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai adopté cet avis, et, je vous prie de vouloir bien donner les instructions nécessaires à MM. les Doyens et Directeurs des Facultés et Ecoles de Médecine de votre ressort académique pour la mise en vigueur, à dater de ce jour, des mesures proposées par la section permanente. »

Art. 27. — Tout Etudiant 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.

Revaccination (Extrait de l'arrêté du 5 janvier 1891). — Arrêté : Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, le Conseil de l'Instruction publique entendu, arrête :

Art. 1er. Les aspirants au grade de docteur en Médecine ne seront admis à s'inscrire dans les Facultés, Ecoles supérieures, Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ou Ecole. Les Facultés et Ecoles détermineront les conditions de ce contrôle.....

Le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris a décidé que la revaccination aurait lieu : 1° à l'Académie de Médecine, 41, rue des Saints-Pères ; 2° à l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu. Pour se présenter dans ces établissements, des bulletins individuels de revaccination obligatoire seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures.

Inscriptions, cartes d'étudiants et travaux pratiques.

I. *Inscriptions.* — Les inscriptions seront délivrées, pendant l'année scolaire 1897-98, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 3 heures : 1er *trimestre* 1897-98 : 1° Inscriptions de 1re année (voir l'affiche spéciale) ; 2° inscriptions de 2e, 3e et 4e années, du 6 octobre au 6 novembre 1897 (excepté les lundis et mardis). 2e *trimestre* 1897-98 : Les inscriptions des quatre années seront délivrées du 5 au 27 janvier 1897 inclus (excepté les lundis et mardis). 3e *trimestre* 1897-98 : 1° Inscriptions de 1re année les 30 et 31 mars, 1er et 2 avril inclus ; 2° inscriptions de 2e, 3e et 4e années, en avril : du 20 au 23 et du 27 au 30 inclus. 4e *trimestre* 1897-98 : 1° Inscriptions de 2e, 3e et 4e années (officiat), le 23 juin ; 2° inscriptions de 1re année (doctorat), en juillet : les 1er, 2, 4 et 5 ; 3° inscriptions de 2e, 3e et 4e années (doctorat), du 6 au 9 et du 11 au 16 juillet inclus. L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles, aux dates ci-dessus indiquées. MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre encourt la perte d'une à quatre inscriptions ; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné pour les épreuves qui lui restent à subir pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit. MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription. — *Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux.* MM. les étudiants internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. *Cartes d'étudiants.* — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1897-98, seront délivrées, contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté : 1° au moment de la prise de l'inscription pour les étudiants entrant en 2e, 3e et 4e années ; 2° les lundis et mardis pour les étudiants ayant 16 inscriptions. MM. les étudiants, qui désireraient la carte avec photographie, feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 4, les lundis et mardis, de midi à 3 heures, pour apposition du cachet de la Faculté.

III. *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont énumérés aux affiches générales des cours de chaque semestre (MM. les étudiants sont priés de consulter ces affiches qui paraissent vers le 15 octobre et le 15 février). 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 condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite : 1° Les étudiants de 5e année (ancien régime), de 4e et de 5e années (nouveau régime) ; 2° les étudiants en cours irrégulier d'études ; 3° les docteurs français ; 4° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

IV. *Stage hospitalier.* — Le classement des stagiaires pour l'année scolaire 1897-98 (du 1er décembre 1897 au 15 juin 1898) aura lieu les 4, 5 et 6 novembre 1897, de 9 à 11 heures du matin, dans le Petit Amphithéâtre de la Faculté. Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1898. Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1897-98, et qui auront pris l'inscription de juillet 1897 à la Faculté de Médecine de Paris ; savoir : 8e ou 12e (régime de 1878), 4e ou 8e (régime de 1893). Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1897, MM. les étudiants, soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1897 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre). MM. les étudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1897 sont priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 15 octobre 1897. Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque stagiaire (faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu).

Des affiches spéciales feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques et les conditions d'admission à ces travaux. MM. les étudiants recevront une lettre de convocation individuelle.

Consignations pour examens qui se passent en sessions. — I. *Ancien régime.* — 1er examen de doctorat : 1° Session d'octobre 1897 : Seront admis tous les candidats pourvus de 4 inscriptions non périmées, les consignations seront reçues les 11 et 12 octobre 1897, la session aura lieu du 25 au 30 octobre 1897. — 2e Session de janvier 1898 : Seront seuls admis les élèves-docteurs ayant échoué en juillet et en octobre 1897. La 5e et la 6e inscriptions seront délivrées en janvier 1898, aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1897, et acquitté les droits réglementaires (40 francs). Les consignations seront reçues les 20 et 21 décembre 1897, la session aura lieu du 3 au 8 janvier 1898. — 3e session de juillet 1898 : Seront admis tous les candidats pourvus de 4 inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 20 et 21 juin 1898, la session aura lieu du 4 au 9 juillet 1898. — 2e examen (1re partie) : Session de mars à mai 1898. Seront admis tous les candidats pourvus de 10 inscriptions au moins non périmées, ayant disséqué pendant deux semestres, les consignations seront reçues les 7 et 8 mars 1898, la session commencera le 16 mars 1898. — 2e examen (2e partie) : Session de novembre 1897 à janvier 1898 : Seront admis les candidats pourvus de 12 inscriptions, les consignations seront reçues les lundis et mardis, de midi à 3 heures, du 4 octobre 1897 au 11 janvier 1898. Les candidats seront appelés 15 à 20 jours après la date de leur consignation. La 14e inscription (ancien régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus à la 2e partie du 2e examen. — Examens de fin d'année (officiat) : 1° Session d'octobre 1897 : Seront seuls admis les élèves officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1897 et ceux pourvus d'une autorisation spéciale du conseil de la Faculté, les consignations seront reçues les 11 et 12 octobre 1897, la session aura lieu du 25 au 30 octobre 1897. — 2e Session de juillet 1898 : Seront seuls admis les candidats ayant, au moment de l'examen, 4, 8 ou 12 inscriptions non périmées, les consignations seront reçues les 13 et 14 juin 1898, la session commencera le 27 juin 1898.

N. B. MM. les élèves officiers de santé sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

II. *Nouveau Régime.* — 1er examen de doctorat. Session de mars à mai 1898. Seront admis les candidats, pourvus de 6 inscriptions, ayant disséqué pendant deux semestres ; les consignations seront reçues les 3, 4 et 5 mars 1898 ; la session commencera le 16 mars 1898. — 2e examen de doctorat. Session de novembre 1897 à janvier 1898. Seront admis les candidats pourvus de 8 inscriptions, les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à 3 heures, du 4 octobre 1897 au 11 janvier 1898. Les candidats seront appelés 15 à 20 jours après la date de leur consignation. La 10e inscription (nouveau régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus au 2e examen.

© BIU Santé

III. *Avis aux candidats ajournés.* — 1° MM. les candidats au 2e examen de doctorat (2e partie), ancien régime, et au 2e examen de doctorat, nouveau régime, ajournés avant le 13 février 1898, pourront se présenter de nouveau pendant la session qui aura lieu du 9 au 28 mai 1898. Ils devront consigner les 25 et 26 avril 1898. En cas de nouvel échec, ils pourront bénéficier de la session indiquée ci-dessous (§ 2) pour les candidats ajournés au 2e examen (1re partie), ancien régime, et au 1er examen, nouveau régime. — 2° MM. les candidats ajournés au 2e examen de doctorat (1re partie), ancien régime, et au 1er examen de doctorat, nouveau régime: 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 13 juin). 2° Les épreuves orales seront renouvelées: à partir du 13 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 15 mai; à partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 15 mai et avant le 29 mai. Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront les 23, 24 et 31 mai inclusivement dernier délai; les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 29 mai consigneront les 13 et 14 juin inclusivement dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en s'inscrivant, la date exacte de leur échec. — N. B. En se présentant au secrétariat (guichet n° 3) pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Limites des consignations pour examens qui ne se passent pas en sessions.

I. — Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues les lundis et mardis, de midi à 3 heures, du 4 octobre 1897 aux dates ci-après désignées:

Doctorat (ancien régime): 2e examen (1re partie), jusqu'au 8 mars 1898; (toutefois, les élèves entrant en 3e année au mois d'octobre 1897 ne pourront consigner que les 7 et 8 mars 1898. Voir l'affiche des consignations pour examens qui se passent en sessions). 2e examen (2e partie); (voir l'affiche des consignations pour examens qui se passent en sessions). 3e examen (1re partie), jusqu'au 21 février 1898; 3e examen (2e partie), jusqu'au 19 avril 1898; 4e examen, jusqu'au 17 mai 1898; 5e examen (1re partie), jusqu'au 14 juin 1898. (Le bulletin de versement des droits relatifs à cet examen ne sera délivré que lorsque le certificat de stage obstétrical sera parvenu à la Faculté): 5e examen (2e partie), jusqu'au 28 juin 1898; thèses, jusqu'au 5 juillet 1898.

Officiat. — 1er examen définitif, jusqu'au 8 mars 1898; 2e examen définitif, jusqu'au 19 avril 1898; 3e examen définitif, jusqu'au 28 juin 1898.

Doctorat (nouveau régime).— 1er examen, jusqu'au 8 mars 1898. (Toutefois, les élèves entrant en 2e année au mois d'octobre 1897 ne pourront consigner que les 3, 4 et 5 mars 1898. (Voir l'affiche des consignations pour examens qui se passent en sessions),

II. — MM. les candidats ajournés avant le 29 mai 1898 sont informés que: 1° L'épreuve pratique d'anatomie sera renouvelée dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 13 juin); l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 1er mai et dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 13 juin); 2° les épreuves orales seront renouvelées à partir du 13 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 15 mai; à partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 15 mai et avant le 29 mai.

Les candidats ajournés pour la médecine opératoire consigneront les 18 et 19 avril, ou les 23, 24 et 31 mai, inclusivement, *dernier délai*. Pour les examens autres que la médecine opératoire: les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront les 23, 24 et 31 mai, inclusivement, *dernier délai*; les candidats ajournés après le 15 et avant le 29 mai consigneront les 13 et 14 juin, inclusivement, *dernier délai*. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec. Les élèves ajournés après le 29 mai à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées. Passé le 5 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Liste des Prix de la Faculté de Médecine.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté sont appelés à concourir au prix d'encouragement fondé par M. le professeur Corvisart. Les élèves qui désireront concourir pour ce prix devront, au commencement de chaque année, se faire inscrire à cet effet dans l'une des cliniques internes (1). Le professeur désignera un ou plusieurs numéros de lits, et l'élève devra recueillir les observations de tous les malades qui y sont successivement admis. Une question de médecine pratique sera, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes; les élèves devront en chercher la solution exclusivement dans des faits qui se passeront sous leurs yeux dans les salles de la clinique.

Le 15 octobre 1897 au plus tard, chacun des concurrents a dû remettre au secrétariat de la Faculté: 1° les observations recueillies aux numéros des lits qui lui ont été désignés; 2° la réponse à la question proposée. Un jury, dont les professeurs de cliniques feront nécessairement partie, sera chargé de présenter un rapport sur ses travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il jugera dignes d'obtenir des médailles. Le résultat du concours sera immédiatement transmis au Ministre de l'Instruction publique. Le prix consistera en médailles de vermeil, accompagnées d'une somme réglée comme il suit: Lorsqu'il y aura un seul lauréat, l'étudiant recevra une médaille de vermeil et une somme de 400 francs. Lorsqu'il y aura deux lauréats, chacun des étudiants recevra une médaille de vermeil et une somme de 200 fr.

Concours de 1897. La question proposée est: *Œdème du poumon*. Les mémoires ont dû être déposés, pour le concours de 1896, au Secrétariat de la Faculté le 15 octobre 1896, à 4 heures, dernier délai, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

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 ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1897, 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 supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre, dernier délai.

Prix Chatauvillard. — 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 31 janvier de l'année qui suit leur publication. Les ouvrages portant le millésime de l'année même du concours seront déposés avant le 1er janvier.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girod 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 doivent se faire inscrire, avant le 1er septembre de chaque année, au Secrétariat de la Faculté. Ils devront produire: 1° une demande (timbre de 0 fr. 60); 2° toutes les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

Donation Faucher. — Par acte notarié, en date du 20 juillet 1894, Mme Alexandra-Vincentine-Sophie Wolowska, veuve de M. Léon-Joseph Faucher, a fait don à la Faculté de Médecine de Paris, d'une rente de 1.200 francs en 3 0/0, sur l'Etat français, pour les arrérages être employés, chaque année, à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que des frais d'impression de la thèse, deux étudiants français et deux étudiants polonais. Par décret en date du 5 janvier 1895, M. le Doyen a été autorisé à accepter cette donation au nom de la Faculté. Pour participer à cette donation, qui sera attribuée par le Conseil de la Faculté, les candidats devront déposer au secrétariat de la Faculté, avant le 1er septembre de chaque année: 1° une demande (timbre de 0 fr. 60); 2° toutes pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille; 3° un document authentique établissant leur nationalité française ou polonaise. A l'ouverture de chaque année scolaire, et avant le 1er octobre, le Comité de la Bibliothèque polonaise dont le siège est à Paris, quai d'Orléans, n° 6, devra présenter à M. le Doyen une liste de candidats, sans que cette présentation puisse tendre à un autre but que celui d'établir le preuve de la réalisation de la condition de nationalité des étudiants polonais. Si ce Comité venait à se dissoudre ou à disparaître pour quelque cause que ce soit, la donatrice s'en remet à la Faculté de Médecine du soin de faire contrôler, par qui bon lui semblera, la nationalité des candidats polonais.

(1) Cliniques médicales, des maladies mentales, des maladies des enfants, des maladies syphilitiques et cutanées, des maladies du système nerveux.

© BIU Santé

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. Ce prix ne peut être partagé. La Commission, chargée de décerner ce prix, se réunit au mois de novembre. A la fin de l'année 1898, il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la *fièvre typhoïde*.

Legs Jeunesse. — M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 27 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*. — En 1897, les 2 prix seront attribués. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre, à 3 heures, dernier délai.

Prix J. Saintour. — Par un testament en date du 16 novembre 1887, M. le Dr J. Saintour a légué, à la Faculté de Médecine de Paris, une somme destinée à la fondation d'un prix qui portera son nom et dont le sujet sera, chaque année, désigné par la Faculté. Ce prix, qui est de 3.000 fr., a été décerné, pour la première fois, à la fin de l'année 1893. Le sujet mis au concours est : *La néphrite chez les saturnins*. — Les mémoires doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre de chaque année, à 3 heures, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Béhier. — Mme veuve Béhier a légué à la Faculté de Médecine de Paris, par un testament en date du 7 octobre 1889, une somme destinée à la fondation d'un prix biennal qui sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur une question de *pathologie médicale*. Ce prix, qui est de 1,800 francs, sera attribué en 1898. Le sujet proposé pour le concours est ainsi conçu : *Des infections secondaires consécutives à la tuberculisation pulmonaire*. — Les mémoires devront être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 16 octobre 1897, à 3 heures, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour les faire connaître.

Legs Barkow. — Mme de Barkow, née Guibert, 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 annuel est de 3.000 fr.; il est affecté à l'entretien des *bourses* dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris. Pour participer à ce legs, les candidats devront en faire la demande avant le 1er septembre: cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

Legs Pelrin. — Par acte du 22 juin 1846, M. et Mme Pelrin ont institué en mémoire de Charles Pelrin, leur fils, des bourses destinées à assurer à des étudiants peu aisés le bienfait de l'enseignement supérieur. — *Conditions du Legs* : 1° Etre bachelier ès sciences ou ès lettres ; 2° Etre d'une conduite régulière et honnête ; 3° Annoncer des aptitudes pour l'enseignement supérieur; 4° Appartenir à une famille peu aisée, domiciliée à Paris, depuis 5 ans au moins.— Les candidats doivent adresser leur demande le 1er septembre : cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le Ministre celles qui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable). Sont seules admises au concours les thèses ayant obtenu les notes *extrêmement satisfait* et *très satisfait*.

Bourses du Doctorat en médecine.

A. — Bourses de l'Etat. — Les bourses du doctorat en médecine sont données au concours pour une année. Les concours ont lieu au siège des Facultés.

Les épreuves du concours consistent en compositions.

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.)

Sont admis à concourir :

Régime de 1893. — Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie.)

Régime de 1878. — I. Les candidats qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. L'épreuve consiste : 1° En une composition de chimie. 2° En une composition de physique et d'histoire naturelle.—II. Les candidats pourvus de 8 inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. L'épreuve consiste : 1° En une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie). 2° En une composition d'histologie. — III. Les candidats pourvus de 12 inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la première partie du second examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° En une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie, anatomie des régions). 2° En une composition d'histologie et de physiologie. — IV. Les candidats pourvus de 16 inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la deuxième partie du second examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° En une composition de médecine. 2° En une composition de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions. La valeur de chacune des compositions est exprimée par un chiffre qui varie de 0 à 20.

Le concours a lieu annuellement dans la dernière semaine du mois d'octobre.

Les membres du Jury sont désignés, sur la proposition des Facultés, par le Ministre, qui détermine également les sujets des compositions écrites.

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 ci-dessus mentionnées. 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.

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.

Les candidats qui justifient de la mention *Bien* au Baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) et d'un minimum de 75 points au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles pourront obtenir, sans concours, une bourse de doctorat en médecine de première année.

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'Ecole supérieure de pharmacie de cette ville ; Vu le règlement adopté par le Conseil municipal de Paris en date du 1er août 1884 et approuvé par arrêté préfectoral en date du 17 septembre suivant, pour la répartition des bourses municipales fondées à la Faculté de droit ; 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.— *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 droit, à la Faculté de médecine et à l'Ecole supérieure de pharmacie.

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,

© BIU Santé

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 de bourses 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 en bénéficier. — *Art.* 13. Aucune bourse ne peut être accordée au nom de la Faculté de droit, de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie en dehors des propositions de la Faculté ou Ecole. — *Art.* 14. Le Secrétaire général de la Préfecture et l'inspecteur d'Académie, directeur de l'enseignement primaire de la Seine, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Formalités à remplir pour obtenir le grade de Docteur en médecine.

§ 1. — *Inscriptions.* — *Tout étudiant 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 du tuteur (la signature est légalisée) ; 3° certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ; 4° les diplômes exigés par les règlements. Ces diplômes sont les suivants :

Baccalauréat de l'enseignement secondaire classique avec la mention : Lettres-Philosophie, et certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Il est également tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire par écrit une nouvelle déclaration, soit au doyen, soit au secrétaire. Toute fausse déclaration peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions.

Le nombre des inscriptions pour le doctorat est de seize, représentant les quatre années d'études exigées. Ces inscriptions sont prises une à une tous les trois mois, pendant la première quinzaine de chaque trimestre. Les dates précises sont annoncées par voie d'affiches ; elles sont également publiées dans les journaux médicaux et les principaux journaux politiques. La première inscription est prise fin octobre et dans les premiers jours de novembre ; la seconde en janvier, la troisième en avril, la quatrième en juillet, la cinquième en octobre ou novembre, et ainsi de suite.

Les bacheliers reçus à la session de novembre sont admis à se faire inscrire après leur réception : il leur est accordé, à cet effet, après leur réception, *un délai qui ne peut dépasser huit jours.*

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 inscriptions avant le 15 janvier. *Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté après le 1er janvier.*

En aucun cas, l'étudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense n'est accordée. L'étudiant ne peut faire prendre ses inscriptions par mandataire ; aucune exception n'est admise.

Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre encourt la perte d'une à quatre inscriptions ; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit.

Quand, pour un motif grave, un étudiant n'a pu prendre ses inscriptions aux époques réglementaires, il peut être autorisé à les prendre rétroactivement. A cet effet, il adresse une demande motivée au doyen qui, selon le cas, la soumet au Conseil de la Faculté ou la transmet, avec son avis et celui de la Faculté, à l'autorité supérieure.

Equivalences et Dispenses de grades. — Les *licenciés dans l'ordre des sciences* peuvent obtenir, en vue du doctorat en médecine, des dispenses de grades dans les conditions prévues par la circulaire du 28 octobre 1895, ci-après :

« Monsieur le Recteur, un certain nombre de licenciés ès sciences physiques ou ès sciences naturelles demandent chaque année la dispense des grades requis pour les études médicales.

Ces grades ou titres sont aujourd'hui le baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. La dispense du premier sera accordée dans les mêmes conditions que par le passé

Quant au second, la section permanente saisie par moi de la question a estimé que les garanties en vue desquelles il a été institué ne se trouvaient que partiellement dans l'une ou dans l'autre des licences ès sciences.

Sur sa proposition, j'ai décidé que les licenciés ès sciences auxquels la dispense du baccalauréat classique aura été accordée en vue des études médicales seraient autorisés à postuler le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles dans les conditions suivantes :

Les *licenciés ès sciences physiques* avec la dispense des épreuves de physique et de chimie.

Les *licenciés ès sciences naturelles* avec dispense des épreuves de zoologie et de botanique.

Tous avec dispense de scolarité.

En conséquence, les aspirants dont il s'agit seront admis à se présenter à la prochaine session de novembre.

Conformément à la jurisprudence constante, les dispenses seront accordées à titre onéreux. »

Les jeunes *Canadiens, d'origine française,* sont admis, avec dispense du baccalauréat, à s'inscrire à la Faculté des Sciences de l'Université de Paris, en vue du certificat d'études physiques chimiques et naturelles, et, s'ils obtiennent ce titre, à la Faculté de Médecine en vue des études médicales.

Les *étrangers,* qui ont fait des études médicales dans les Universités de leur pays, peuvent obtenir l'équivalence au diplôme français du baccalauréat et une concession d'inscriptions variant suivant la nature et la durée des études faites dans leur pays.

Les *médecins* pourvus d'un *diplôme étranger* qui postulent le grade français de docteur en médecine peuvent obtenir dispense partielle des examens.

La dispense d'examens ne peut dans tous les cas porter sur plus de trois épreuves.

Relativement à l'exercice de la médecine, le diplôme du docteur est délivré aux étrangers dans les conditions prévues par la circulaire du 21 juillet 1896 ci-après :

« Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance les mesures que j'ai décidées au sujet des étudiants en médecine étrangers.

Les services et laboratoires de nos Facultés de Médecine continueront de rester grands ouverts et sans condition aux médecins étrangers qui, leurs études terminées dans leurs pays respectifs, viennent en France pour se perfectionner dans telle ou telle branche de leur art.

Quant aux jeunes gens, chaque année plus nombreux, qui viennent de l'étranger en France, pour commencer et y poursuivre les études médi-

© BIU Santé

cales, il y a lieu de distinguer entre ceux qui ont l'intention de s'établir en France pour y exercer la médecine et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leur pays d'origine.

Pour les premiers, il est juste de les astreindre aux mêmes conditions que nos étudiants nationaux. Ils ne recevront donc le diplôme d'Etat conférant le droit d'exercer la médecine en France que si, au moment de leur première inscription, ils justifient du diplôme français de bachelier de l'enseignement classique (lettres-philosophie) et du certificat de sciences physiques, chimiques et naturelles.

Pour les autres, qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, il continuera de leur être accordé comme par le passé et plus largement encore, dispense du baccalauréat français en vue de l'inscription dans les Universités; mais le diplôme qu'ils pourront recevoir à la fin du cours régulier des études ne leur conférera pas le droit d'exercer la médecine en France. Avis devra leur en être donné aux secrétariats des Facultés, au moment de leur inscription.

Les demandes de dispenses formées par les étudiants de cette dernière catégorie devront m'être adressées comme par le passé.

Les présentes mesures n'ont pas d'effet rétroactif et ne s'appliquent pas aux étudiants étrangers inscrits dans les Universités en 1895-1896.

Il continuera d'être accordé, en vue des études médicales, des équivalences de baccalauréat aux étudiants originaires de pays auxquels nous lient, pour cet objet, des conventions internationales. »

Les Travaux Pratiques sont obligatoires. — En voici l'énumération :

ANCIEN RÉGIME.

1re année. Manipulations de physique ;
— de chimie ;
Exercices d'histoire naturelle ;
Exercices et démonstrations d'histologie ;
2e — Exercices de dissection ;
— et démonstrations d'histologie ;
— — de physiologie ;
3e — Comme en seconde année (Les exercices d'histologie sont facultatifs).
4e — Exercices de médecine opératoire ;
— d'anatomie pathologique.

Les travaux pratiques de première année durent toute l'année. En deuxième et troisième années, les exercices de dissection ont lieu en hiver : l'admission à ces exercices n'est prononcée qu'après un examen satisfaisant sur l'ostéologie. Les exercices d'histologie sont annuels. (Le semestre d'hiver est consacré aux élèves de première année ; celui d'été à ceux de deuxième et de troisième années). 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.

En pratique, les certificats d'assiduité aux travaux pratiques sont directement adressés à l'administration de la Faculté, par les chefs des travaux.

NOUVEAU RÉGIME.

1re année. Chimie biologique, dissection, physique, histologie et physiologie ;
2e — Dissection, physique et chimie biologiques, histologie, physiologie ;
3e — Anatomie pathologique, parsitologie (parasites animaux et végétaux), douze séances de chimie pathologique, médecine opératoire (ligatures et opérations), anatomie pathologique.
4e — Douze séances de chimie clinique (obligatoires) ;
Matière médicale botanique (facultatifs) ;
— — chimique —
— — pharmaceutique —
Bactériologie —
5e — Matière médicale botanique (facultatifs) ;
— — chimique —
— — pharmaceutique —
Bactériologie, etc. —

En première année, les exercices de chimie, de dissection ont lieu pendant le semestre d'hiver ; ceux de physique, d'histologie et de physiologie ont lieu en été.

En deuxième année, les exercices de dissection ont lieu pendant le semestre d'hiver : ceux de physique, de chimie, d'histologie et de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été.

Les exercices d'anatomie pathologique sont annuels pour les élèves de troisième année, ceux de pathologie et de chimie pathologique ont lieu en hiver, ceux de médecine opératoire ont lieu en été.

En quatrième et cinquième années, les travaux de chimie, de matière médicale botanique, chimique et pharmaceutique, ainsi que la bactériologie ont lieu pendant toute l'année.

Le *stage hospitalier* a été réglementé par un décret en date du 20 novembre 1893.

MM. les internes et externes sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier, dans les conditions indiquées aux affiches trimestrielles.

Certaines catégories d'élèves accomplissent le stage hospitalier dans des conditions particulières, savoir :

1° *Les élèves internes à l'hôpital civil de Versailles*, nommés au concours, peuvent faire valoir le stage accompli à cet hôpital pour les inscriptions à prendre à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Les avis de nomination d'interne et les certificats sont adressés à la Faculté par les soins du maire de Versailles, président de la commission des hospices ;

2° *Les internes en pharmacie*, étudiants en médecine, sont autorisés à accomplir le stage hospitalier dans le service auquel ils sont attachés comme internes en pharmacie.

Ils fournissent eux-mêmes, trimestriellement, pour les inscriptions à prendre, un certificat de stage hospitalier qui leur est délivré par leur chef de service ;

3° *Les élèves, délégués par le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique pour suppléer des externes absents*, fournissent trimestriellement à la Faculté le certificat de stage hospitalier comme les internes et externes titulaires.

Ils fournissent, en outre, au moment de leur entrée en fonctions, un certificat de délégation comme externe suppléant ;

4° *Les élèves officiers de santé* ne sont pas compris non plus dans le classement officiel des stagiaires.

Ces étudiants se font inscrire au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de leur feuille d'inscriptions.

Une carte leur est délivrée pour des services autres que ceux réservés à l'enseignement officiel des stagiaires.

Après la seizième inscription, chaque étudiant en médecine est tenu de faire un stage dans une des cliniques obstétricales de la Faculté. 1° Les élèves ayant subi la première partie du troisième examen sont admis à se faire inscrire, en vue du stage obstétrical, au secrétariat de la Faculté (Guichet n° 2), tous les jours, de midi à 3 heures. Ils sont ensuite convoqués par lettre spéciale. 2° Ces élèves doivent assister à la visite pendant un mois. Trois fois par semaine, par séries de garde, ils séjournent à la clinique, de 9 heures du matin à 10 heures du soir. 3° L'appel nominal est fait tous les matins, dans chaque service, à 9 heures, par le professeur ou par le chef de clinique. 4° Les stagiaires de garde ne peuvent s'absenter dans la journée sans une autorisation spéciale du professeur ou du chef de clinique ; mais, à l'heure du repas, ces élèves ont droit à une sortie de une heure pour le déjeuner et de une heure pour le dîner. 5° Les internes des hôpitaux sont admis à faire leur stage obstétrical à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin. En s'inscrivant à la Faculté, ils doivent faire connaître leur intention à ce sujet.

Les étudiants qui auront été internes dans les services des accouchements des hôpitaux sont seuls dispensés du stage obstétrical. En consignant pour la première partie du cinquième examen, ils produiront un certificat signé de leur chef de service, accoucheur des hôpitaux.

Tout étudiant, qui, sans motifs jugés valables par la Faculté ou Ecole, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès.

Dans tous les cas, le bénéfice des examens subis avec succès reste acquis. Le temps passé sous les drapeaux, dans l'armée active, n'est pas compté dans les délais entraînant la péremption. Une ou plusieurs inscriptions peuvent être également perdues par application de peines disciplinaires.

§ 2. — *Examens.* — Les étudiants en vue du diplôme de docteur en médecine ont à subir les examens suivants et à soutenir une thèse, savoir :

ANCIEN RÉGIME.

Premier examen. — Physique, chimie et histoire naturelle médicales.

Deuxième examen. — 1re partie : Epreuve pratique de dissection (éliminatoire) ; Anatomie et histologie (épreuve orale). — 2e partie : Physiologie (épreuve orale).

Troisième examen. — 1re partie : Epreuve pratique de médecine opératoire (éliminatoire) ; Pathologie externe, accouchements, médecine opératoire (épreuve orale). — 2e partie : Pathologie interne, pathologie générale.

Quatrième examen. — Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale et pharmacologie.

Cinquième examen. — 1re partie : La première partie du 5e examen de doctorat se compose : 1° d'une épreuve de clinique chirurgicale, subie dans une des cliniques chirurgicales de la Faculté ; 2° d'une épreuve de clinique obstétricale, subie dans une des cliniques obstétricales de la Faculté ; (chacune de ces

© BIU Santé

épreuves est éliminatoire ; le candidat conserve le bénéfice de l'épreuve antérieurement subie avec succès). — 2e partie : Clinique interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Thèse. — Les candidats soutiennent cette épreuve sur un sujet de leur choix. Ils doivent également répondre à toutes les questions qui peuvent leur être posées sur les diverses branches des études médicales.

Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième ; la première partie du deuxième examen est subie trois mois après la dixième inscription et avant la douzième, c'est-à-dire après quatre trimestres de dissection ; la seconde partie de cet examen est subie après la douzième et avant la quatorzième inscription.

Le troisième examen ne peut être passé qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études, c'est-à-dire trois mois après la seizième inscription.

Tout candidat au 1er examen, ajourné pendant les sessions de *juillet* et de *novembre*, pourra renouveler cet examen à une session spéciale, qui sera ouverte dans la première quinzaine de janvier. Il sera admis aux travaux pratiques de 2e année, à la condition de payer le droit prescrit : 40 francs.

En cas d'échec à la session de janvier, le candidat au 1er examen est définitivement ajourné à la session de juillet suivant et ne peut prendre aucune inscription de 2e année. En cas de succès et sur la justification de sa participation effective aux travaux pratiques de 2e année, il est admis à prendre immédiatement les 5e et 6e inscriptions.

L'ajournement est de trois mois pour les autres examens, sauf en ce qui concerne l'épreuve pratique de médecine opératoire, pour laquelle l'ajournement est réduit à six semaines ; pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu ; le candidat perd le montant des droits d'examen (30 francs).

Tout candidat à un examen qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à trois mois ; il perd le montant des droits d'examen (30 francs), et le cours des inscriptions est suspendu. Les délais d'ajournement peuvent être portés à un an par le jury.

Indications nécessaires pour les examens dans les Ecoles de plein exercice. — Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des Ecoles de plein exercice (Alger, Marseille, Nantes, Rennes) passent le premier examen probatoire, les deux parties du deuxième examen (A. R.), dans ces Ecoles, devant un jury présidé par un professeur de Faculté délégué par le Ministre.

A cet effet, deux sessions d'examens sont 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 ces établissements.

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 d'octobre-novembre suivant, devant une Faculté de Médecine.

Les élèves des Ecoles de plein exercice, ajournés au 1er examen de Doctorat pendant les sessions d'août et d'octobre-novembre, peuvent renouveler cet examen à la session spéciale ouverte dans la première quinzaine de janvier au siège d'une Faculté.

Les autres dispositions relatives aux élèves des Facultés, candidats ajournés au 1er examen, sont applicables aux étudiants des Ecoles de plein exercice. 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. Pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu. Les troisième, quatrième, cinquième examens et la thèse ancien et nouveau régime ne peuvent être subis que devant une Faculté.

Nouveau régime.

Premier examen. — Anatomie, moins l'anatomie topographique. Epreuve pratique de dissection.

Deuxième examen. — Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen. — 1re partie : Médecine opératoire et anatomie topographique. Pathologie externe ; accouchements. — 2e partie : Pathologie générale, parasites animaux, végétaux ; microbes. Pathologie interne ; épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Quatrième examen. — Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen. — 1re partie : Clinique externe et clinique obstétricale. — 2e partie : Clinique interne.

Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription ; le second entre la huitième et la dixième ; le troisième, entre la treizième et la seizième ; le quatrième et le cinquième, après la seizième.

Indications nécessaires pour les examens dans les Ecoles préparatoires. — Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des Ecoles préparatoires *réorganisées* (1) : Angers, Caen, Reims et Rouen, passent le premier examen probatoire et la première partie du second examen (A. R.) dans ces Ecoles devant un jury présidé par un professeur de Faculté. A cet effet, deux sessions d'examens sont ouvertes dans les Ecoles préparatoires *réorganisées*, l'une au mois d'août, pour le premier examen, l'autre au mois d'avril, pour la première partie du deuxième examen.

Toutefois les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles préparatoires réorganisées, peuvent subir ces épreuves devant les Facultés de Médecine aux époques fixées par ces établissements.

Les élèves refusés au premier examen probatoire à la session d'août dans les Ecoles préparatoires réorganisées peuvent se présenter, pour le même examen, à la session d'octobre-novembre suivante, devant une Faculté de Médecine.

Les dispositions concernant les étudiants des Facultés et des Ecoles de plein exercice, candidats ajournés au 1er examen de doctorat, sont applicables aux élèves des Ecoles réorganisées.

Les élèves des mêmes Ecoles, refusés, à la session d'avril, à la première partie du deuxième examen probatoire, peuvent se présenter pour le même examen, après un délai de trois mois, devant une Faculté. Pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu.

La deuxième partie du deuxième examen est subie soit devant une Faculté, soit devant une Ecole de plein exercice.

Les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles préparatoires *non réorganisées*, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées par ces établissements ; ils peuvent toutefois, sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription. — Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (première et deuxième parties) avant la treizième inscription, et sont soumis chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

Les étudiants, appartenant au nouveau régime, inscrits dans les Ecoles préparatoires réorganisées, subissent le premier et le second examen devant l'Ecole à laquelle ils appartiennent. Les étudiants inscrits dans les Ecoles de plein exercice subissent devant ces Ecoles les premier, deuxième et troisième examens.

Le jury est présidé par un Professeur de Faculté délégué par le Ministre.

Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au Ministre un rapport sur les résultats des examens. Les sessions d'examen ont lieu, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le Ministre.

Les étudiants inscrits dans les Ecoles préparatoires non réorganisées subissent le premier et le second examen devant une Faculté aux époques fixées par ces établissements.

En cas d'ajournement, ils sont tenus de se représenter devant la même Faculté.

Bibliothèque. — Musées. — Renseignements divers.

Jardin botanique et Laboratoire d'histoire naturelle. — Directeur intérimaire : M. Heim. — 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. Le Jardin botanique est en voie de réorganisation.

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. 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. Ce musée est depuis quelque temps sans conservateur en titre, et, par conséquent, sans surveillant responsable : ce qui est fâcheux au point de vue de son classement et de son renouvellement. Il contient un fonds de pièces un peu disparates, mais curieuses ; une collection d'anatomie topographique due aux pièces sèches du concours du prosectorat,

(1) Les Ecoles préparatoires réorganisées sont celles dont l'enseignement théorique et pratique répond au programme des trois premières années d'études pour le Doctorat et au programme complet des études pour l'officiat.

© BIU Santé

qui renferme une série de préparations intéressantes, mais beaucoup de doubles, et qui demanderait surtout à être complétée, et enfin les belles injections de lymphatiques données par M. le Pr Sappey, ainsi que les coupes du système nerveux de MM. Sappey et Duval. C'est plutôt, on le voit, un assemblage de collections qu'un musée; mais la plupart de ces collections sont d'un grand intérêt.

2° *Musée Dupuytren*, à l'École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. *Conservateur délégué* : M. A. Pilliet. 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.

Ce musée qui renferme un grand nombre de pièces très rares est installé d'une façon insuffisante. Il n'occupe en effet que la moitié du réfectoire de l'ancien couvent des Cordeliers, alors que la totalité de cette salle, malheureusement coupée en deux pour des installations qui devaient être transitoires, eût été à peine suffisante. Les nouvelles constructions de l'Ecole pratique, déjà occupées par les laboratoires, ne peuvent d'autre part recueillir le trop-plein du musée et pourtant 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. Tel qu'il existe, il est cependant organisé de telle sorte que les pièces envoyées de tous les points du monde y soient préparées, montées et mises en vitrine dans le plus bref délai possible, avec l'indication de leur provenance et le nom des donateurs. La nécessité d'une collection de préparations histologiques, telle qu'il en existe dans la plupart des Universités étrangères, s'impose, et cette collection doit former une annexe du musée réorganisé.

3° On est en train de créer un *Musée de Médecine opératoire et d'Appareils* dans les nouveaux bâtiments de l'Ecole pratique, au laboratoire de Médecine opératoire. C'est là une excellente idée du Pr Félix Terrier, qui a confié l'installation du musée à M. le Dr Marcel Baudouin.

On y travaille activement en ce moment même et on dresse sur *fiches*, par les procédés de la classification décimale Dewey-Baudouin, le catalogue de tous les instruments, qui proviennent du Musée Orfila.

4° Le *Musée d'Instruments de Physiologie*, dû à l'initiative de M. Ch. Verdin, est désormais complètement organisé. Il se compose de deux salles, situées à l'Ecole pratique, au-dessus du laboratoire d'Hygiène. Dans la salle principale se trouvent six vitrines remplies d'instruments; l'autre est réservée aux grands appareils, par exemple le schéma de la circulation et les tables à vivisection, etc., etc. Déjà l'une des vitrines est consacrée à l'*histoire* des Instruments en Physiologie.

Bibliothèque. — La Bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 heures du matin à 6 heures du soir, et de 7 heures 1/2 à 10 heures 1/2 du soir. 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. Gouault et Hahn (Lucien).

En attendant l'installation définitive de ses nouveaux bâtiments, dont la construction marche avec une trop grande lenteur, la Faculté a utilisé des locaux inoccupés et y a installé provisoirement un laboratoire de chimie, des salles d'examen, etc.

Avis a MM. les Étudiants. — Le *Doyen* reçoit MM. les Étudiants dans son cabinet, le mercredi à 10 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 des Cours de la Faculté. — *Anatomie*: professeur, M. Farabeuf; M. Monod, préparateur. — *Médecine opératoire*: professeur, M. Terrier; préparateur du cours et Conservateur du Musée, M. Marcel Baudouin. — *Pathologie expérimentale et comparée*: professeur, M. Chantemesse; chef de laboratoire, M. Courtade; préparateur : M. Ramond; moniteur, M. Decorce — *Thérapeutique* : professeur, M. Landouzy; chef du laboratoire, M. Gilbert, agrégé; préparat., M. Chassevant, agrégé. — *Pharmacologie et matière médicale*: professeur, M. Pouchet; chef de laboratoire, M. Brissemoret; préparateur, M. Joanin. — *Physique* : professeur, M. Gariel; préparateur, M. Broca (André). — *Chimie*: professeur, M. A. Gautier; chef des travaux de chimie biologique, M. Fiquet; préparateur, M. Pauly. — *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. Georges Brouardel. — *Botanique* : professeur, M. Blanchard; préparateur, M. G... — *Tératologie* : directeur, M. Dareste. — *Pathologie générale* : professeur, M. Bouchard; directeur honoraire, M. Charrin, agrégé; chef de laboratoire, M. Desgrez; préparateur, M. Carnot.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguïté 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 élémentaire, sous la direction de MM. Caussade, chef de laborat.; Du Pasquier, chef adj. des travaux chimiques. Ce laboratoire, réorganisé par les professeurs Sée et A. Richet, paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'installation, grâce au concours bienveillant de l'Administration hospitalière. — Chefs de clinique médicale : M. Renon, titul., et Kahn, adj. Chef de clinique chirurgicale, M. Cazin. M. Hallion, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu; Savoire, chef-adj.

Laboratoire des cliniques d'accouchements. — 1re chaire : Chef de clinique, M. Dubrisay; Chef du laboratoire : M. Galippe; préparateur, M. Marie. — 2e chaire: Chef de clinique, M. Baudron; chef du laboratoire, M. Wallich.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié. — Chef de clinique : M. Reblaub. Chef de clinique adjoint : M. Banzet. Chef du laboratoire, M. Bezançon. — *Laboratoire de clinique médicale* : Chefs de clinique : MM. Achalme, titul., et Gouget, adj.; chefs du laboratoire, MM. Gouget et Mangin-Bocquet.

Laboratoire de clinique médicale de la Charité. — Chef des travaux de physiologie pathologique, M. Springer; chef des travaux chimiques, M. Drouin; chef des travaux anatomiques, M. Suchard; chef de clinique, M. Lamy; Chef de clinique-adjoint, M. Brodier. — *Laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité* : Chef de laboratoire, MM. Pilliet et Robin; Chef de clinique, M. Souligoux.

Laboratoire de clinique médicale de Saint-Antoine. — Chef des travaux d'anat. path., M. Thiercelin; Chef des travaux chimiques, M. Winter; Chef de clinique, M. Tissier; Chef de clinique-adjoint, M. Thiercelin. — *Laboratoire de clinique chirurgicale de Necker* : Chef de laboratoire, M. Fabre-Domergue; Chef de clinique, M. N...

Laboratoire de clinique des maladies nerveuses de la Salpétrière. — Professeur, M. Raymond. — Chef de clinique, M. Gasne. — Chef honoraire du laboratoire, M. Richer; Chef du laboratoire, M. Souques. — Chef des travaux d'anatomie pathologique : M. Philippe. — Ophtalmologie : M. Parinaud. — Electrothérapie : M. Vigouroux. — Travaux chimiques et photographie : M. Londe. — Moulages : M. Hubel.

Laboratoire de clinique des maladies des enfants. — M. Grancher, professeur. — Chef du laboratoire, M. Ledoux-Lebard. — Préparateur, M. Veillon. — Moniteur, M. Auclair. — Chef de clinique, M. Renault. — Chef de clinique adoint, M. Zuber.

Laboratoire de clinique ophtalmologique. — M. Panas, professeur. — Chef adjoint de laboratoire, M. Mermet. — Chef de clinique, M. Terson. Chef de clinique-adjoint : M. Mermet.

Laboratoire de clinique des maladies mentales. — M. Joffroy, professeur. — Chefs de laboratoire, MM. Servfaux et Dumas; chef des travaux ophtalmologiques, M. Sauvineau. — Chef des travaux d'anatomie pathologique, M. Rabaud. — Chefs de clinique, MM. Antheaume et Dufour.

Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Fournier, professeur. — Chef de laboratoire, M. Sabouraud. — Chef adjoint de laboratoire, M. Cathelineau. — Chef de clinique, M. Gastou. — Chef de clinique-adjoint, M. Emery.

Laboratoire de clinique des maladies des voies urinaires. — M. Guyon, professeur. — Chefs de laboratoire : M. Hallé, section de bactériologie et d'histologie; M. Chabrié, section de chimie. — Chef de clinique : M. N...

Droits afférents aux Etudes médicales.

1° *Droits obligatoires.*

Les droits sont de 30 fr. pour chaque inscription; soit 480 fr pour les seize.

© BIU Santé

Les droits d'examens sont fixés ainsi qu'il suit :

ANCIEN RÉGIME.

1er examen.			55 fr. (1).
2e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
3e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
4e examen.			55
5e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
Thèse			240

NOUVEAU RÉGIME

1er examen.			55 fr.
2e examen.			55
3e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
4e examen.			55
5e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
Thèse			240

Travaux pratiques. — Les droits de travaux pratiques sont :

1re année	60 fr.
2e année	40
3e année	40
4e année	20

Ces droits sont acquittés chaque trimestre, au moment de la prise des inscriptions, et en même temps que les droits de bibliothèque qui sont de 10 fr. par an.

Les droits à acquitter en prenant les inscriptions sont donc :

1re *année* (de 1 à 4 insc.) 47,50 par trimestre (dont 30 fr. de droits d'inscription, 2,50 de droits de bibliothèque et 15 fr. de droits de travaux pratiques), soit 190 fr. pour la 1re année.

2e *année* (de 5 à 8 insc.) 42,50 par trimestre (dont 30 fr. de droits d'inscription, 2,50 de droits de bibliothèque et 10 fr. de droits de travaux pratiques), soit 170 fr. pour la 2e année.

3e *année* (de 9 à 12 insc.) 42,50 par trimestre (dont 30 fr. de droits d'inscription, 2,50 de droits de bibliothèque et 10 fr. de droits de travaux pratiques), soit 170 fr. pour la 3e année.

4e *année* (de 13 à 16 insc.) 37,50 par trimestre (dont 30 fr. de droits d'inscription, 2,50 de droits de bibliothèque et 5 fr. de droits de travaux pratiques), soit 150 fr. pour la 4e année.

2° *Droits facultatifs.*

Les docteurs français et les docteurs étrangers, les étudiants étrangers et les étudiants pourvus de toutes leurs inscriptions ou dont la scolarité a été interrompue, peuvent, sur leur demande, être admis à participer aux diverses séries de travaux pratiques moyennant le versement d'un droit fixe de 40 fr. par année scolaire et par série de travaux.

Exonérations. — Les étudiants boursiers, ainsi que les étudiants, fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire et primaire, sont dispensés du paiement des droits d'inscription.

Un dixième des étudiants astreints à ce droit peuvent en outre être exonérés par la Faculté.

Chaque année, avant l'ouverture de la période secondaire, le Ministre de l'Instruction publique fixe le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés.

La Faculté répartit ensuite les dispenses qui sont accordées pour une année scolaire, et renouvelables.

La dispense du droit d'inscription n'entraine pas celle du droit de bibliothèque et de travaux pratiques qui sont versés trimestriellement, suivant les règles établies.

Les étudiants qui veulent solliciter la dispense du droit d'inscription doivent en faire la demande au Doyen du 15 octobre au 1er novembre ; ces demandes sont libellées sur papier timbré et accompagnées d'un état certifié par le Maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille.

Quand il s'agit d'une dispense de première année, la demande doit être en outre appuyée d'un extrait du dossier scolaire certifié par le chef ou les chefs des établissements d'enseignement secondaire où l'élève a fait ses deux dernières années d'études.

La gratuité des inscriptions n'est concédée qu'aux étudiants français.

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 (25, quai des Grands-Augustins, 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 est 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 de bibliothèque et d'inscriptions sont délivrés aux dates et jours indiqués plus haut.

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.

Avis divers.

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 15 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 doyen et de M. le recteur, qui donnent le permis d'imprimer. (Cette dernière formalité a lieu dans les 24 ou les 48 h.)

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 mardi avant 5 heures. La mise en séries a lieu dans les 15 jours ou trois semaines qui suivent, de même que pour les examens.

3° Avant le tirage définitif de la thèse, envoi, au secrétaire de la Faculté, du premier feuillet imprimé, destiné à recevoir, au recto, le

(1) Cette somme est ainsi divisée pour les cinq examens :

Droits d'examen	30 fr
Droits de certificat d'aptitude	25
Pour la thèse :	
Droits d'examen	100 fr.
Droits de certificat d'aptitude	40
Droits de diplôme	100

© BIU Santé

titre de la thèse, les nom, prénoms, date et lieu de naissance du candidat, et, au verso, la liste des professeurs et 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 180 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° *Format des thèses.* — M. le Ministre de l'Instruction publique a décidé que, conformément à l'avis émis par les Conseils des Facultés de Médecine, l'art. 20 de l'arrêté du 20 Prairial, an XI, est abrogé.

A partir de l'année scolaire 1896-97, le format des thèses de Doctorat en Médecine sera l'in-octavo.

8° *Cartes d'étudiant. Cartes d'admission aux conférences de médecine légale et à la Clinique d'accouchements.* — 1° Les cartes d'étudiant sont délivrées gratuitement au Secrétariat de la Faculté, au commencement de l'année scolaire, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations, en échange de la carte afférente à l'année précédente; 2° Les cartes d'étudiant bénévole sont délivrées tous les jours, de midi à 3 heures, sur la production de pièces (diplômes, passeports, etc.) destinées à établir l'identité du demandeur; 3° Les cartes d'admission aux conférences de médecine légale sont délivrées aux jours et heures et dans les conditions indiquées aux affiches spéciales; 4° Les cartes d'admission à la clinique d'accouchements sont délivrées, de midi à 3 heures, aux étudiants justifiant, au moins, de la 13e inscription. (En cas de perte de ces cartes, le titulaire en fait la déclaration écrite au Doyen ou au Secrétaire de la Faculté, pour obtenir un duplicata, s'il y a lieu.)

9° *Domicile de l'étudiant et de sa famille.* — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant à la Faculté, sa résidence, celle de sa famille ou de son tuteur, et, s'il survient un changement dans le domicile de l'un ou de l'autre, de faire une nouvelle déclaration. L'étudiant appelé sous les drapeaux est également tenu d'en faire la déclaration avant le 1er octobre. 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.

Service militaire des Etudiants.

Dispense pour continuation d'études. — En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, en attendant leur passage dans la réserve, les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine ou le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté.

Les jeunes gens qui n'auraient pas obtenu, avant l'âge de vingt-sept ans, les titres ou diplômes spécifiés, ceux qui ne poursuivraient pas régulièrement les études en vue desquelles la dispense a été accordée, seront tenus d'accomplir les deux années de service militaire dont ils avaient été dispensés.

Les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, inscrits dans les Facultés des Sciences comme aspirants au doctorat en médecine, bénéficient également, en vertu des dispositions de la circulaire ci-après du 20 novembre 1894, des deux dernières années de service militaire pour continuation d'études :

Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de vous informer, pour confirmer mon télégramme du 7 novembre courant, que, sur ma demande, M. le Ministre de la Guerre a décidé que les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, seront admis à bénéficier de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 comme se préparant au doctorat en médecine.

Ces jeunes gens devront, à cet effet, produire un certificat modèle G, délivré par le doyen de la Faculté des Sciences ou par le directeur de l'Ecole de Médecine où cet enseignement est organisé, et portant la mention « est actuellement inscrit à la Faculté des Sciences de..... et à l'Ecole de Médecine de..... comme aspirant au doctorat en Médecine (année préparatoire d'études physiques, chimiques et naturelles) ». Si l'étudiant commence ses études, cette mention sera suivie des mots : « et que la première inscription prise le..... n'est pas périmée ». Si l'étudiant a plusieurs inscriptions, la mention sera complétée par l'indication suivante : « et que ses inscriptions prises, la première, le....., la deuxième, le....., etc., ne sont pas périmées. »

Je vous prie de notifier ces dispositions à MM. les doyen et directeur de la Faculté et des Ecoles de Médecine, et de leur donner toute la publicité nécessaire.

Justifications à produire. — Le règlement d'administration publique du 23 novembre 1889 détermine les justifications à produire pour obtenir la dispense des deux dernières années de service militaire.

Art. 1er. — Sont, sur leur demande (*modèle A*), envoyés ou maintenus définitivement en congé dans leurs foyers jusqu'à la date de leur passage dans la réserve, pourvu qu'ils aient une année de présence sous les drapeaux, les jeunes gens qui obtiennent ou ont obtenu un des diplômes mentionnés à l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, soit avant leur incorporation, soit pendant leur présence sous les drapeaux, soit pendant leur séjour en congé dans leurs foyers.

Les jeunes gens, qui ont obtenu avant leur comparution devant le conseil de revision les diplômes indiqués ci-dessus, doivent produire au conseil les pièces officielles constatant cette obtention.

Pour les jeunes gens présents sous les drapeaux, l'envoi en congé est prononcé par l'autorité militaire, sur le vu des diplômes ou pièces officielles. Pour les jeunes gens présents dans leurs foyers, avant leur incorporation ou qui y sont envoyés en congé, la dispense est également prononcée par l'autorité militaire, après remise des pièces justificatives au commandant du bureau de recrutement de la subdivision de région à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage au sort. Dans ces deux derniers cas, la production des pièces justificatives doit avoir lieu dans le mois qui suit l'obtention des diplômes.

Art. 12. — Les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit le diplôme de licencié ès lettres ou ès sciences, de docteur en droit, de docteur en médecine, de pharmacien de première classe, soit le titre d'interne des hôpitaux, nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de Médecine, doivent, pour obtenir la dispense, présenter un certificat du doyen de la Faculté ou du directeur de l'Ecole de pharmacie ou de médecine et de pharmacie à laquelle ils appartiennent, constatant qu'ils sont régulièrement inscrits sur les registres et que leurs inscriptions ne sont pas périmées (*Modèle G*).

Art. 13. — Les jeunes gens visés à l'article précédent doivent, jusqu'à l'obtention des diplômes ou titres spécifiés audit article, produire annuellement jusqu'à l'âge de vingt-six ans (1), fixé par l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889, un certificat établi par les doyens des Facultés ou par les directeurs des Ecoles dont il s'agit, constatant qu'ils continuent à être en cours régulier d'études. Ledit certificat doit être visé par le recteur de l'Académie.

Les registres d'inscription des Facultés, Ecoles supérieures de pharmacie, Ecoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, sont tenus à la disposition de l'autorité militaire, qui peut en prendre connaissance sans déplacement.

Les étudiants en médecine et en pharmacie qui obtiennent après concours le titre d'interne des hôpitaux dans une ville où il existe une Faculté de Médecine, justifient de leur situation : à Paris, par un certificat du directeur de l'Assistance publique visé par le préfet de la Seine; dans les départements, par un certificat du maire, président de la commission administrative, visé par le préfet (*Modèle G*).

Art. 35. — Les pièces justificatives que les jeunes gens doivent produire à l'appui de leurs demandes (*modèle A*), par application des dispositions des articles 12 et 13 du décret sont présentées : 1° au conseil de revision; 2° au commandant du bureau de recrutement, avant l'incorporation, si ces pièces n'ont été délivrées qu'après la comparution de l'intéressé. La dispense est prononcée, dans le premier cas, par le conseil de revision, et, dans le second cas, par l'autorité militaire, sur le vu desdites pièces justificatives.

Art. 36. — Les dispensés doivent produire, du 15 septembre au 15 octobre de chaque année, jusqu'à l'âge de 26 ans (1), au commandant du bureau de recrutement de la subdivision à laquelle appartient le canton où ils concouru au tirage, le certificat revu à l'article 12, dans le but d'établir qu'ils continuent à remplir les conditions sous lesquelles la dispense leur a été accordée.

Art. 37. — L'année de service imposée aux jeunes gens dispensés en vertu de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, doit être uniquement consacrée à l'accomplissement de leurs obligations militaires; sous aucun prétexte, ils ne pourront être détournés de ces obligations ni recevoir des exemptions de service à l'effet de poursuivre leurs études.

Engagement volontaire avec bénéfice de l'envoi en congé. — Par application des dispositions de la loi du 11 juillet 1892, les jeunes gens âgés de dix huit ans accomplis, qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine, peuvent être admis à contracter l'engagement volontaire avec le bénéfice de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

Voici un extrait de la circulaire de M. le Ministre de la Guerre, en date du 21 juillet 1892, et relative à l'application de cette loi :

(1) La loi du 13 juillet 1895 a reculé à vingt-sept ans l'âge auquel les dispensés doivent fournir les justifications imposées.

© BIU Santé

...Désormais, tous les jeunes gens se trouvant dans l'une des conditions indiquées à l'article 23, qu'ils soient en cours d'études ou déjà diplômés, pourront, en contractant un engagement volontaire, conserver le bénéfice de l'envoi en congé, sous la condition d'en faire la demande par écrit au moment où ils s'engagent et de produire, à l'appui de cette demande, les pièces justificatives qu'ils auraient à produire au conseil de revision après avoir tiré au sort, pour obtenir la dispense.

Les actes d'engagement devront, conformément aux prescriptions de l'article 8 du 28 septembre 1889, porter mention de ces demandes et des pièces justificatives produites qui seront annexées à la minute de l'acte.

Ils ne seront reçus qu'à partir du 1er octobre et jusqu'à la date annuellement fixée pour la mise en route de la classe.

Les jeunes gens s'engagent exclusivement pour les régiments d'infanterie, d'artillerie et de génie désignés par la circulaire de répartition pour recevoir les hommes du contingent appelés pour un an dans la subdivision où leur famille est légalement domiciliée.

Date limite de la production des diplômes ou titres exigés. — La production des diplômes ou titres en vue desquels la dispense a été accordée, doit être faite avant le 1er novembre qui suit l'accomplissement de la vingt-septième année.

Ouverture des Cours.

Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie. — Professeur : M. BROUARDEL. — I. *Cours de médecine légale pratique á la Morgue.* — Le cours de médecine légale pratique commencera, à la Morgue, le mercredi 3 novembre 1897, à 2 heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Ordre du cours : les mercredis, M. le Pr Brouardel ; les vendredis, M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les lundis, M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — II. *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.* — Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du mardi 9 novembre 1897, les mardis, jeudis et samedis : Ordre du cours : les jeudis, à 4 heures, M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les mardis, à 3 heures, M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; les samedis, à 3 heures, M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie. — III. *Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique et aux conférences :* Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat. — Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Cours de clinique médicale. — M. le Pr POTAIN commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 9 novembre 1897, à 10 heures, et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure. La visite des malades aura lieu à 8 heures et demie du matin. Leçons de séméiologie, par M. Teissier, chef de clinique, les vendredis à 10 heures. Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Sucard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le Pr PINARD commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le lundi 8 novembre 1897, à 9 heures du matin (clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Ordre du cours : lundi et vendredi, leçons de clinique obstétricale à l'Amphithéâtre, par le professeur. Mercredi, leçons et opérations de gynécologie, par le Dr P. Segond, agrégé. Autres jours, leçons et opérations de chirurgie infantile, par le Dr Kirmisson, agrégé ; anatomie obstétricale pathologique, par le Dr Varnier, agrégé ; leçons de diagnostic obstétrical, par le Dr Bouffe de Saint-Blaise, chef de clinique ; kinésithérapie gynécologique, par le Dr Stapfer, ex-chef de clinique. Cours pratique et manœuvres obstétricales par les Drs Lepage et Potocki, accoucheurs des hôpitaux ; Wallich, ex-chef de clinique ; Baudron et Funk-Brentano, répétiteurs.

Cours de chimie médicale. — M. le Pr GAUTIER, membre de l'Institut, commencera le cours de chimie médicale le mardi 9 novembre 1897, à midi (grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le Pr LE DENTU commencera le cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker le mardi 9 novembre 1897, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. Opérations les mardis et vendredis dans le grand Amphithéâtre, après la leçon, et le jeudi, à 9 heures, dans le service spécial de gynécologie.

Clinique médicale. — M. le Pr JACCOUD reprendra son cours de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié, le samedi 13 novembre 1897, à 10 heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le Pr CORNIL commencera le cours d'anatomie pathologique le lundi 8 novembre 1897, à 5 heures de l'après-midi (petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (deuxième étage). Sujet du cours : Lésions des endothéliums en général. Maladies du cœur, des vaisseaux et du poumon.

Cours d'anatomie. — M. le Pr FARABEUF commencera le cours d'anatomie le lundi 8 novembre 1897, à 4 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundi, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : L'abdomen et le bassin ; les viscères qui y sont contenus.

Cours de physiologie. — M. le Pr Ch. RICHET commencera le cours de physiologie le lundi 15 novembre 1897, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le Pr DIEULAFOY commencera son cours de clinique médicale le samedi 13 novembre 1897, à 10 heures, et le continuera les mercredis et samedis suivants, le mercredi à 9 h. 1/2, le samedi à 10 heures (amphithéâtre Trousseau). Visite des malades (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne) tous les jours.

Cours de pharmacologie et matière médicale. — M. le Pr Gabriel POUCHET commencera le cours de pharmacologie le samedi 6 novembre 1897, à 4 heures de l'après-midi (amphithéâtre de pharmacologie), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Etude des modificateurs du système nerveux. I. Antispasmodiques. II. Modificateurs du système nerveux périphérique. III. Modificateurs névromusculaires. IV. Sédatifs et stimulants de l'action nerveuse. Excitateurs et modérateurs réflexes. V. Modificateurs intellectuels. — Ordre du cours : Mardi et samedi : leçon théorique. Jeudi : conférences pratiques et interrogations. (Ces conférences auront lieu pendant toute la durée de l'année scolaire.)

Cours de clinique des maladies du système nerveux. — M. le Pr RAYMOND commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux, le mardi 16 novembre 1897, à 10 heures du matin (Hospice de la Salpêtrière), et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure. — Programme d'enseignement : lundi, 10 heures et demie, séméiologie des maladies du système nerveux, MM. les Drs J. Charcot et Souques. Mardi, 10 heures, policlinique, M. le Pr Raymond. Mercredi, 10 heures et demie, histologie normale et pathologique du système nerveux, M. le Dr Philippe. Jeudi, 10 heures et demie, électrodiagnostic et électrothérapie, M. le Dr Huet. Vendredi, 10 heures, leçon de clinique, M. le Pr Raymond. Samedi, 10 heures et demie, alternativement : psychologie clinique, M. le Dr Janet. Examen des oreilles, du larynx et des yeux, MM. les Drs Gellé, Cartaz et Sauvineau.

Cours de clinique des maladies des voies urinaires. — M. le Pr GUYON reprendra ses leçons le samedi 6 novembre 1897, à 9 heures (hôpital Necker), et les continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. le Pr CHANTEMESSE commencera le cours de pathologie expérimentale comparée le lundi 8 novembre 1897, à 4 heures de l'après-midi, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (école pratique, 1er étage). — Objet du cours : La bactériologie dans ses applications à la médecine ; technique bactériologique ; principales maladies bactériennes communes à l'homme et aux animaux.

Cours d'histologie. — M. le Pr MATHIAS-DUVAL commencera le Cours d'Histologie le samedi 6 novembre 1897, à 4 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Les épithéliums et les glandes ; la peau et les organes des sens ; les muqueuses ; le foie ; le rein ; les éléments de la génération.

Cours de pathologie interne. — M. le Pr DEBOVE commencera le Cours de pathologie interne le samedi 6 novembre 1897, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Maladies de l'appareil digestif.

© BIU Santé

Conférences de pathologie externe. — M. BROCA, agrégé, commencera ses conférences le samedi 6 novembre 1897, à 5 heures (grand Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure. *Sujet du cours* : Chirurgie des membres.

Clinique ophtalmologique. — M. le Pr PANAS commencera le cours de clinique ophtalmologique le lundi 8 novembre 1897, 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.

Médecine opératoire sous la direction de M. POIRIER, chef des travaux anatomiques. — Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Il est spécialement destiné aux étudiants qui doivent passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire et à ceux que diverses circonstances ont empêchés de prendre part aux exercices du semestre d'été. 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 15 octobre. — M. le Dr GUILLEMAIN, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le mardi 20 octobre, à 1 heure précise, pavillon nº 7.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le Pr Alfred FOURNIER commencera ce cours le vendredi 12 novembre 1897, à neuf heures et demie du matin (Hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredi suivants, à la même heure.

Cours de thérapeutique. — M. le Pr LANDOUZY commencera le cours de thérapeutique le lundi 8 novembre 1897, à 3 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Programme du cours : indications thérapeutiques et médications dans les affections de l'appareil respiratoire. Traitement de la phtisie pulmonaire.

Cours de clinique médicale. — M. le Pr G. HAYEM, commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Saint-Antoine, le mardi 9 novembre 1897, à 10 heures, au pavillon Moïana, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Les mardis et samedis : leçon sur les malades. Le jeudi : Technique clinique.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le Pr DUPLAY commencera son cours le mardi 9 novembre 1897, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. — *Ordre du cours* : Lundi. Visite et examen des malades (salles des hommes). Mardi. Leçon clinique et opérations. Amphithéâtre de la clinique, à 9 heures et demie. Mercredi. Visite et examen des malades (salle des femmes). Jeudi. Opérations. (Chirurgie abdominale). Vendredi. Leçons clinique et opérations. Amphithéâtre de la clinique, à 9 h. et demie. Samedi, exercices gynécologiques (salles des femmes et du spéculum). — *Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir.* 1º Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. le Dr Cazin, chef de clinique. Mardi, à 5 heures et demie (amphithéâtre de la clinique). 2º Exercices cliniques. Examen des malades par les élèves, sous la direction de M. le Dr Cazin. Samedi, à 5 heures et demie (amphithéâtre de la clinique). 3º Conférences de gynécologie. Séméiologie et méthodes d'exploration par M. le Dr Clado, chef des travaux gynécologiques. Lundi, à 5 heures (amphithéâtre de la clinique). 4º Exercices de gynécologie. Examen des femmes par les élèves, sous la direction de M. le Dr Clado. Mercredi, à 5 heures (salle du spéculum). 5º Conférences et exercices pratiques de bactériologie, d'anatomie et de physiologie pathologiques par M. le Dr Hallion, chef du laboratoire: Mercredi, à 11 heures (Amphithéâtre Bichat). 6º Conférences et exercices pratiques de chimie biologique et pathologique, par M. Savoire, chef-adjoint du laboratoire. Jeudi à 11 h. 1/2 (Amphithéâtre Bichat). 7º Conférences d'otologie et de rhinologie (méthodes d'exploration. Examen des malades, etc.), par M. le Dr Martha. Mardi, à 4 heures et vendredi, à 5 heures.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le Pr TILLAUX commencera son cours de clinique chirurgicale le lundi 8 novembre 1897, à 9 heures du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Lundi et vendredi, à 5 h. 1/4, excercices cliniques sous la direction de M. le Dr Souligoux, chef de clinique. Lundi et jeudi, à 4 heures, démonstrations d'anatomie pathologique par M. le Dr Pilliet.

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. — M. le Pr JOFFROY commencera le cours de clinique des maladies mentales le mercredi 17 novembre 1897, à neuf heures et demie du matin, à l'amphithéâtre de l'Asile de Sainte-Anne, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de clinique des maladies des enfants. — M. MARFAN, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies infantiles le samedi 6 novembre 1897, à 4 heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — M. le Dr X... : maladies de la peau, les mercredis, à 10 heures. M. le Dr Cuvillier : maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les vendredis, à 10 heures. M. le Dr Larat : Electrothérapie, les jeudis, à 10 heures.

Conférences de pathologie interne. — M. F. WIDAL, agrégé, commencera ses conférences le lundi 8 novembre 1897, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Travaux pratiques de chimie biologique. — M. HANRIOT, agrégé, chef des travaux chimiques, commencera les conférences et ouvrira les travaux pratiques de chimie biologique, le samedi 6 novembre 1897, à 8 heures du matin (laboratoire des travaux pratiques de chimie. Ecole pratique). Ces travaux ont lieu à partir du 1er novembre 1897, les mardis, jeudis, samedis à la même heure. — MM. les Etudiants de première année sont obligés de suivre ces exercices ; ils seront répartis, pendant le semestre d'hiver, en trois séries. Ils recevront une lettre de convocation individuelle.

Travaux pratiques d'histologie (cours d'automne). — M. RÉMY, agrégé, chef des travaux pratiques d'histologie, assisté de deux moniteurs, fera, à partir du 20 octobre 1896, une série de démonstrations d'histologie. Cette série est spécialement destinée aux élèves de deuxième année (A. R.) et de première année (N. R. et A. R.) auxquels l'inscription du quatrième trimestre de l'année scolaire 1895-1896 a été refusée par suite d'absences ou de mauvaises notes aux exercices pratiques dont il s'agit. MM. les étudiants qui désireraient suivre cette série dans le but de régulariser leur situation et de recouvrer l'inscription perdue, devront en faire la demande écrite (sur papier timbré de 0 fr. 60) au doyen de la Faculté avant le samedi 17 octobre ; ils acquitteront le droit réglementaire : 40 francs.

Conférences sur les maladies de la peau. — M. GAUCHER, agrégé, commencera ces conférences le dimanche 14 novembre 1897, à 10 heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera tous les dimanches, à la même heure. Objet du cours : Difformités cutanées. Dermatoses pigmentaires. Dermatoses vasculaires. Dermatoses hypertrophiques et tumeurs de la peau.

Conférences d'Hygiène. — M. NETTER, agrégé, commencera ces conférences le samedi 6 novembre 1897 et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à 5 heures, dans le grand amphithéâtre. Les samedis, à partir du 16 novembre, la conférence aura lieu, à 3 heures, au laboratoire d'hygiène (Ecole pratique).

Conférences de pathologie générale élémentaire (propédeutique). — M. MÉNÉTRIER, agrégé, commencera les conférences de pathologie générale élémentaire (propédeutique) le vendredi 5 novembre 1897, à 6 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Ces conférences sont destinées surtout aux étudiants de première année (nouveau régime).

Conférences de médecine légale. — M. THOINOT, agrégé, commencera ces conférences le lundi 8 novembre 1897, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le Pr BERGER commencera le cours de clinique chirurgicale le lundi 15 novembre 1897, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Conférence de gynécologie pratique, les mercredis, à 10 heures du matin, par M. Reblaud. Conférence sur la bactériologie et l'anatomie pathologique, les jeudis, à 10 heures du matin, par M. Besançon. Examen des malades, visite dans les salles et opérations, tous les jours, à 9 heures moins un quart.

Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie. — M. le Dr SEVESTRE, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le mercredi 3 novembre 1897, à 9 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie). Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine. — Ils seront classés par séries de vingt et pour une période de un mois. (MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, en produisant soit le diplôme de docteur, soit toute autre

© BIU Santé

pièce énonçant leur identité). Chacun sera exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1) tous les jours de midi à trois heures.

Cours pratique de laryngologie, rhinologie et otologie. — M. le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, chargé de cours, commencera ses leçons le mardi 16 novembre 1897, à 3 heures (3, rue Jacob), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Sont admis à ce cours tous les étudiants et docteurs en médecine. On s'inscrit pour les exercices pratiques au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à 3 heures.

Laboratoire de pharmacologie et matière médicale (étude du droguier). — Le laboratoire de pharmacologie et matière médicale est ouvert à MM. les étudiants de 3e et 4e années, pour l'étude du droguier, les mercredis matin, de 9 heures à 11 heures, et les vendredis, de 1 heure à 5 heures. MM. les étudiants sont priés de se faire inscrire au laboratoire, tous les jours, de 1 heure à 3 heures.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le Dr Brault, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique ont lieu à partir du 1er novembre 1897 tous les jours de 2 heures à 3 heures. MM. les étudiants, pourvus de treize inscriptions régulières (la treizième ayant été prise en octobre-novembre 1897), sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2) tous les jours, à partir du lundi 12 octobre 1897, jusqu'au samedi 21 novembre inclus, et de midi à trois 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. Quénu, agrégé de la Faculté, directeur des travaux scientifiques de l'Amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux. — Ces exercices commenceront à l'Amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux (rue du Fer-à-Moulin, n° 17) : le vendredi, 5 novembre 1897, pour les débutants (ostéologie) ; et le lundi 8 novembre 1897, pour les vétérans (dissection). Les élèves désignés recevront une lettre de convocation individuelle.

Cours libres autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire 1897-1898, par le Conseil de l'Université de Paris, le 21 juillet 1897. — MM. les Drs Léon Bonnet, radioscopie et et radiographie, samedi à 8 heures du soir. Salle n° 1 (Musée Dupuytren), à partir du 20 novembre 1897 ; — Ch. Fournel, cours de gynécologie médicale et chirurgicale. Chirurgie abdominale. Mardis, jeudis et samedis à 5 heures. Amphithéâtre Cruveilhier, à partir du mardi, 30 novembre, 1897 ; — Lavaux, affections des voies urinaires, mardis, jeudis et samedis, à 2 heures. Amphithéâtre Cruveilhier, à partir du jeudi, 4 novembre 1897 ; — Verrier, la thérapeutique appliquée aux maladies nerveuses, mardis et samedis, à 4 heures. Amphithéâtre Cruveilhier, mardi, 11 janvier 1898.

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. Derouin. — Chef du Bureau du Personnel, M. Marot ; Sous-chef du Bureau du Service de santé : M. Lejars.

Hôpital Andral, 35, rue des Tournelles : 100 lits (Hommes, 66 lits ; Femmes, 34 lits). — *Médecin* : M. Mathieu. — Consultations pour les maladies de l'estomac et de la digestion le mercredi. — Consultations de médecine : tous les jours non fériés à 9 heures. M. le Dr Polguère, assistant ; M. le Dr Lévi (Léopold) suppléant. — Pharmacien : Un interne, sous la surveillance du pharmacien de Trousseau. — Dentiste : M. le Dr Rousseau.

Hôpital Beaujon, faubourg Saint-Honoré, 208 : 554 lits. — *Médecins* : M. Fernet. Salles Barth (H.) et Gubler (F.). Visite à 9 heures. M. Rigal. Salles Béhier (F.) et Sandras (H.). Legroux (H.) Visite à 8 h. — M. Troisier. Salles Monneret (H.) et Axenfeld (F.). Visite à 8 h. 1/2. — M. Debove. Salles Louis (H.) et Vulpian (F.). Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens* : M. Championnière. Salles Blandin (H.), Marjolin (H.) et Laugier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Opérations le mardi. Salle Verneuil. Chroniques, chirurgie. Femmes. — M. Théophile Anger. Assistant : M. le Dr Lejars. Salles Gosselin (H.), Robert (H.) et Huguier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Opérations le mercredi. — M. B. Anger. Salles Malgaigne (H.), Ambroise Paré (H.) Jarjavay (F.) et Dolbeau (F.) (chirurgie-chroniques). Visite à 8 h. 1/2. — *Accoucheur* : M. Ribemont-Dessaignes. Assistant : M. le Dr Lepage. Visite 9 h. 1/2. Maternité. Consultations tous les jours à 10 heures. — *Pharmacien* : M. Léger. — *Dentiste* : M. le Dr Aguilhon de Sarran. Consultations externes les mercredi et samedi, à 9 heures.

Tous les jours non fériés, consultations externes. *Médecine.* M. le Dr Launois, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Soupault, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Lyot, chir. des hôp. M. le Dr Bernard, suppléant. Entrée des malades de 8 h. à 9 h.

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 3.000 grâce aux legs Gubler et Marjolin, à une subvention de 400 fr. accordée chaque année par le Conseil municipal et aux cotisations mensuelles des internes (1).

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre. — 1.770 lits réglementaires pour les *vieillards et infirmes*, population réelle 1.937 ; 1.113 lits pour les *aliénés* et les *épileptiques* ; population réelle 1.065. Dans ce dernier chiffre, sont compris 430 enfants épileptiques ou arriérés et 34 épileptiques simples. — Infirmerie de l'hospice. *Médecin* : M. Marie. — *Chirurgien* : M. Ricard. — Nous avons insisté pour que l'Administration affectât quelques lits à l'infirmerie en médecine et en chirurgie pour des malades du dehors ; ceci a été fait : 49 lits (26 en chirurgie et 23 en médecine).

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'externes ; il n'existe que des internes et des internes provisoires. Depuis plusieurs années, 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 longtemps ; il est très désirable que M. Peyron en fasse hâter le vote et l'exécution. — *Médecin dentiste* : Dr Bouvet. — *Pharmacien* : M. Berthoud.

Fondation Vallée. — Cette fondation qui appartient au *département* de la Seine, consacrée aux petites *filles idiotes* et *arriérées*, doit être le point de départ d'un asile de trois à quatre cents lits. Elle est administrée *provisoirement* par l'hospice de Bicêtre. Sa population actuelle est de 163 enfants.

Les internes ont une indemnité de 25 fr. par mois pour frais de déplacement (2).

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 3.500 volumes. Cette bibliothèque, déjà fort importante, rend des services considérables aux internes, mais elle se trouve très à l'étroit dans le local où elle est placée, et le défaut d'espace nuit au bon ordre et même au bon entretien d'un certain nombre de volumes. — Les internes de l'hospice ont encore un autre avantage : un sur trois des corps non réclamés reste à l'amphithéâtre et peut servir à la dissection ou à la médecine opératoire.

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 et petite chirurgie*, M. Noir ; — *Hygiène*, M. Sollier ; — *Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés*, M. Dubrisay ; — *Petite pharmacie*, M. Cornet.

Hôpital Bichat, boulevard Ney : 185 lits. — *Médecins* : M. Roques. Salles Bazin (H.) et Louis (F.). — M. Lacombe. Salles Andral (H. et Récamier (F.). — *Chirurgien* : M. Terrier. Assistant, M. le Dr Hartmann. Salles Jarjavay (H.) et Chassaignac (F.). Grandes opérations (chirurgie abdominale), les mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2. Pharmacien : M. Guerbet. — Dentiste : M. le Dr Rousseau.

(1) Les chiffres que nous donnons pour les *Bibliothèques médicales* sont approximatifs, car l'Administration n'en fait pas établir chaque année un *inventaire*.

(2) Il est à remarquer que les externes des hôpitaux dits excentriques touchent comme indemnité de déplacement 30 fr. et même 50 fr., par exemple à Tenon. Ne serait-il pas juste qu'il y eût des indemnités égales pour des distances égales, qu'on soit médecin, chirurgien, interne ou externe ? (Voir le n° 43, p. 267).

© BIU Santé

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés, à 9 heures du matin. *Médecine* : M. le Dr Barbier, assistant ; M. le Dr Pineau, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Péraire, assistant ; M. le Dr Reymond, suppléant.

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 400 volumes.

Hôpital Broca, n° 111, rue Broca : 300 lits, savoir : 222 de médecine, syphilitiques 178 et dermatologie 44 ; chirurgie 68 lits et 8 berceaux. — M. Brocq : Salles Cullerier et Natalis Guillot (vénériennes), 82 lits. Salle Vidal (Dermatologie), 22 lits. — M. de Beurmann. Salles Astruc, Bouley et Van Swieten (vénériennes), 96 lits. Salles Bouley et Fracastor (dermatologie), 22 lits. — *Chirurgien* (Gynécologie) : M. Pozzi. Salles Alph. Guérin, Broca et Récamier. La salle Récamier contient 8 lits pour accouchements de vénériennes et 8 berceaux. — Opérations et leçons aux lits des malades les lundis, mercredis et vendredis à 9 h 1/2. — Pharmacien : M. François. — Dentiste : M. le Dr Jarre.

Consultations pour les vénériennes. — Tous les jours non fériés, à 9 heures ; Dr Brocq, les lundis, mercredis et vendredis ; Dr de Beurmann, les mardis, jeudis et samedis.

Consultations de dermatologie. — Dr Brocq, les lundis, mercredis et vendredis à 8 heures. — Conférence de dermatologie tous les mercredis, à 8 h. 1/2. — Dr de Beurmann, les jeudis et samedis, à 10 heures.

Consultations de chirurgie générale. — Tous les jours non fériés à 9 heures, à l'angle des rues Pascal et Corvisart. — M. le Dr Jayle, assistant ; M. le Dr Bouglé, suppléant.

Bibliothèques des Internes en médecine et en pharmacie. — Le Conseil municipal, en 1879, a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque des internes en médecine et une somme de 300 fr. pour celle des internes en pharmacie. Depuis, il a voté tous les ans les mêmes sommes.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot. — L'hôpital Broussais comprend 264 lits et est pourvu de trois services, dont deux de médecine ayant chacun 100 lits et un de chirurgie de 64 lits (30 pour les hommes et 34 pour les femmes). 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. Gilbert. Salles Lasègue et Parrot (H.), Cazalis et Gubler (F.). — M. Œttinger. Salles Delpech et Hillairet (H.), Archambault et Axenfeld (F.). *Chirurgien* : M. Michaux. Salles Follin (H.) et Broca (F.). La pharmacie de l'hôpital est confiée à l'un des internes en pharmacie, sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Necker. 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. — *Dentiste* : M. le Dr Roy.

Consultation de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés à 9 heures du matin. — *Médecine* : M. le Dr Wurtz, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Auscher, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr N... ; M. le Dr Malherbe, suppléant.

Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob, 650 lits. — *Clinique médicale* : M. le Pr Potain ; Chef de clinique, M. Lamy ; chef de clinique adjoint, M. Brodier. Visite à 8 heures et demie. Salles Bouillaud (H.) et Piorry (F.). Examen au spéculum les jeudis et vendredis à 10 heures. Leçons au lit du malade les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. 1/2. Interrogatoire des malades par les élèves le jeudi à 8 h. 1/2. Leçons au grand amphithéâtre avec présentation de malades et de pièces pathologiques les mardis et samedis, à 9 h. 1/2. Autopsies pratiquées devant les élèves, au grand amphithéâtre. — *Clinique chirurgicale.* Professeur, M. Tillaux. Chef de clinique, M. Souligoux. Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredis et vendredis, à 9 h. Visite des malades à 10 h. Salles Velpeau et Trélat (H.), Gosselin (F.). *Chirurgiens* : M. Campenon. Salles J.-L. Petit (F.) et Boyer (H.) Visite des malades à 9 heures. Le mercredi, leçon de clinique chirurgicale et opérations. Le samedi, examen à l'ophthalmoscope. Examen au spéculum le jeudi. — *Médecins* : M. Gouraud. Salles Beau (F. et crèche de 14 lits et Vulpian (H.). Visite à 8 heures et demie. — M. Bouchard. Salles Cruveilhier (F.) et Corvisart (H). Visite des malades à 9 heures. — M. Labadie-Lagrave. Salles Briquet F.) et Rayer (H.) Visite des malades à 8 h. — M. Oulmont. Salles Frère Côme (F.), et Laënnec (H.). Visite à 9 h. 1/2. — M. Moutard-Martin. Salles Andral (F.) et Louis (H.). Visite à 9 h. — *Accoucheur* M. le Dr Porak. Service spécial d'accouchements. Tous les matins à 9 heures. Les étudiants, pour être admis dans le service, doivent être munis de cartes délivrées à l'hôpital. Enseignement clinique les mardi, jeudi et samedi. Consultation pour les femmes enceintes tous les jours. — Pharmacien : M. Guinochet. — Dentiste : M. le Dr Cruet. Consultations externes, les mardis et samedis à 9 heures. — *Service d'électrothérapie* : M. le Dr Regnier.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr de Grandmaison, assistant ; M. le Dr Springer, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Arrou, chir. des hôp. ; M. le Dr Ehrhardt, suppléant.

Bibliotheque 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 : 178 lits (femmes enceintes, 60, accouchées, 50, gynécologie, 12 ; berceaux, 56). — *Accouchements* : M. le professeur Tarnier ; Chef de clinique, M. Dubrisay. — Leçons : mardi et samedi, à 9 heures, à l'issue de la visite. 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 deux années. — Pharmacien : M. Cousin. — Dentiste : M. le Dr Moiroud. — Sage-femme en chef : Mlle Hanicot ; 3 aides sages-femmes.

Maison d'accouchements Baudelocque, 125, boulevard Port-Royal : 180 lits (dont 14 lits de gynécologie et 71 berceaux). — M. Pinard, professeur. Chef de clinique, M. Baudron. L'ancien pavillon Tarnier fait dorénavant partie de la nouvelle Clinique d'accouchements, dite Maison d'accouchements Baudelocque. Ce nouveau service, qui a son entrée boulevard de Port-Royal, 125, est absolument indépendant de la Maternité. — Sage-femme en chef : Mlle Roze ; 4 aides sages-femmes. — Pharmacien : M. Lafont, pharmacien de la Maternité. — Dentiste : M. le Dr Moiroud.

Hôpital Cochin, 47, faubourg Saint-Jacques : 472 lits (dont 60 lits de gynécologie et 40 lits de réserve de chirurgie (H.). — *Médecins* : M. Delpech, 80 lits. Salles Lasègue (H.) et Trousseau (H.), 60 lits, plus une salle de 20 lits (F.) dans une baraque. Visite à 9 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade. — M. Chauffard, 125 lits. Salles Chauffard, Woillez et Beau, 78 lits (H.). Salles Briquet et Blache, 47 lits (F.). Visite à 9 h. 1/2. Spéculum le jeudi. Un laboratoire de bactériologie parfaitement aménagé, et un amphithéâtre de cours particulier sont annexés au service. — *Chirurgiens* : M. le Dr Schwartz. 76 lits. Salles Demarquay et Gosselin, 34 lits (H.) ; chambres d'isolement, 7 lits (H.) Salles Richet et Sédillot, 30 lits (F.) ; chambres d'isolement, 5 lits (F.). Visite à 9 h. Leçons cliniques au lit des malades et conférences de pathologie chirurgicale. — M. le Dr Quénu. 91 lits. Salles Cochin et Boyer, 51 lits (H.). Pavillon Pasteur, 40 lits (F.). Service temporaire de chirurgie (réserve), 40 lits (hommes), salles Viel et Antheaume. Visite à 9 h. Conférences cliniques tous les jours au lit des malades, plus un service de réserve chirurgie (H). 1 interne provisoire, 40 lits.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés à 9 heures. — *Médecine* : M le Dr Lesage, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Regnier, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Sébileau, chirurgien des hôpitaux ; M le Dr Wassilieff, suppléant.

Gynécologie chirurgicale : M. le Dr Bouilly, pavillon Velpeau, 60 lits. Deux internes. 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 à 8 h. 1/2. Les consultations et admissions pour le service de gynécologie ont lieu les lundi, mercredi et vendredi. — *Traitement des maladies des dents* : M. le Dr Moiroud, dentiste. Consultation, traitement et extraction, le vendredi de chaque semaine, à 9 heures du matin, pour le public ; pour les malades à la demande de MM. les Chefs de service.

Pharmacien : M. Grimbert. Un laboratoire de chimie est annexé à la pharmacie.

© BIU Santé

La *Bibliothèque des Internes en médecine* a été fondée en 1877. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 fr. et compte aujourd'hui 600 volumes. La bibliothèque des internes en pharmacie a été fondée en 1886 après la laïcisation. Elle reçoit annuellement une subvention de 300 fr. et compte déjà plus de 100 volumes.

Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres : 651 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 (ou le chargé de cours, M. Marfan) fait des leçons cliniques le mardi et le samedi, à 4 heures, à partir du mois de novembre. Consultations spéciales dans le service : le mercredi, maladies de la peau, par M. le Dr Jacquet; le vendredi, maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par le Dr Cuvillier; le jeudi, électrothérapie par M. Larat. 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 six, y compris le professeur de clinique) a un service d'aigus. — M. le Pr Grancher a un service de chroniques filles. — M. le Dr Descroizilles a un service de teigneux garçons. — M. le Dr d'Heilly a un service de teigneux filles. Les autres médecins n'ont pas de service de chroniques. Les deux salles de chroniques Molland G. et Bilgrain F. appartiennent à M. le Dr Brun depuis le 1er janvier 1894, et forment un service de *chirurgie chronique*. Chacun d'eux fait dans la semaine une leçon clinique à l'amphithéâtre. — *Médecins* : M. Grancher, professeur. Chef de clinique, M. le Dr Renault; chef de clinique adjoint, M. Zuber. Consultation le lundi. Visite à 9 heures. Salles Bouchut (G. aigus), Parrot (F. aiguës), Husson (Crèche de 8 lits et 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. Descroizilles. Consultation le samedi (conférences cliniques). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre et à la salle Blache, le mercredi à 10 heures. Salles Blache (G. aigus). — M. Comby. Consultation le mardi. Visite à 8 heures 1/2. Cours de thérapeutique clinique le mercredi à 9 heures, salle de Chaumont. Salles de Chaumont (F. aiguës). — M. le Dr Moizard. Leçons cliniques le mercredi et le samedi au lit des malades. Consultation le vendredi. — M. d'Heilly. Consultation le jeudi. Visite à 9 h. Salles : (F. aiguës) Gillette, leçons cliniques, le mardi au lit des malades. Salle Bazin (teigneuses F.). Conférences cliniques le mardi à 10 heures.

Pavillons d'isolement.— Les deux pavillons (pavillon Trousseau) inaugurés en 1882, pour l'isolement et le traitement de la diphtérie, renferment chacun 14 lits (il a été ajouté en 1895 deux annexes comprenant chacune 5 lits d'isolement) et sont destinés l'un aux garçons, l'autre aux filles. Le service est fait par M. le Dr Sevestre. Ils sont assez bien aménagés. Les internes y font peu de trachéotomies actuellement et de nombreux tubages. 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 n'est pas dans un pavillon spécial, mais bien comme la scarlatine dans une salle ordinaire, au 2e étage d'un pavillon (pavillon Guersant), récemment fondé, ouvert le 1er janvier 1886, est fait de la même façon par les médecins de l'hôpital. — On y avait construit jadis un pavillon (système André) de 24 lits pour le traitement des scarlatineux; mais ce pavillon n'existe plus ! il a été transporté à Aubervilliers. Le service de la scarlatine est dans une salle ordinaire au 2e étage d'un pavillon. — 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 la rougeole, de la scarlatine et de la crèche est fait à tour de rôle par chacun des médecins de l'établissement et pendant un an, depuis le 1er janvier 1895. Un service de douteux, contenant 18 chambres d'isolement, a été ouvert le 1er janvier 1896, chef, M. le Dr Moizard.

Chirurgiens : M. N... — Visite à 8 h. 1/2. Consultations les lundis, mardis, jeudis, samedis. Les consultations pour les maladies des yeux les mardis, jeudis, samedis. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le jeudi, à 9 h. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Le samedi, consultation d'orthopédie. Salles Giraldès, Bouvier (F.), salle Baudelocque (F. maladies des yeux), Baffos (G. maladies des yeux). M. Brun, salle Molland (G. chroniques), Billegrain (F. choniques). Visite à 9 heures. Consultations de chirurgie les mercredis et vendredis à 10 heures — Pharmacien : M. Sonnié-Moret. — Dentiste : M. le Dr Galippe. Consultations externes le lundi et vendredi à 9 heures.

Bibliothèque.—Elle possède actuellement 1.600 volumes environ, M. le Dr Ollivier ayant légué sa bibliothèque médicale à l'hôpital. Elle reçoit chaque année une allocation du Conseil municipal.

Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau : 792 lits.— *Médecin* : M. Hutinel. Salles Archambault et Valleix. Pavillon Pasteur destiné aux enfants de la consultation. Visite tous les jours de 8 h. 1/2 à 10 h. du matin. — *Chirurgien* : M. Kirmisson; assistant spécial, M. Sainton. Salles Giraldès et Bouvier. — *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 samedi, pour la chirurgie et l'orthopédie. Entrée, rue Denfert-Rochereau, n° 76. — Un pavillon contenant 16 lits a été annexé à la Consultation. On y reçoit les enfants dont l'état nécessite des opérations, qui ne peuvent pas être pratiquées à la Consultation. Il existe à l'hospice des pavillons spéciaux d'isolement pour les maladies contagieuses. — Pharmacien : Un interne, sous la surveillance du pharmacien de la Clinique, est chargé de la pharmacie. — Dentiste : M. le Dr Thomas. Consultations pour les maladies de la bouche et des dents le lundi et le vendredi, à 9 heures.

Annexe de l'Hospice des Enfants-Assistés, à Thiais. — Le service médical est confié à un médecin de Choisy-le-Roi, M. Laforest.

Une autre *annexe* a été installée à Châtillon-sous-Bagneux (Seine). Cet établissement est destiné à recevoir les enfants athreptiques et syphilitiques, qui ne peuvent pas être envoyés à la campagne. — Médecin : M. le Dr Barbillion.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée il y a quelques années, possède actuellement environ 200 volumes. Elle a reçu à titre de premier don du Conseil municipal une somme qui a permis l'achat du *Dictionnaire de Méd. et de Chir. prat*. Une somme de 200 fr. est allouée chaque année par l'Administration 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 : 563 lits. — *Médecins* : M. Dieulafoy. Salles Saint-Christophe (H.), Sainte-Jeanne (F.). Visite à 9 h. 1/2; — M. Proust. Visite à 9 heures, salles Saint-Charles (H.) et Ste-Madeleine (F.). — M. Aub'houi. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Augustin (H.), et Ste-Monique (F.). Tous les jours, examen au lit des malades. — M. Cornil. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Denis (H.) et Ste-Martine (F.). — M. Gingeot. Visite à 9 h. Salles St-Louis (H). et Ste-Marie (F.). — M. Ferrand. Visite à 9 heures. Salles St-Thomas (H.) et Ste-Anne (F.). — *Chirurgiens* : M. Duplay, professeur de clinique. M. Cazin, chef de clinique. Salles St-Jean F. (gynécologie), Saint-Landry (H.) et Notre-Dame (F.). — M. Polaillon. Visite à 8 h 1/2. 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, professeur de clinique. M. Terson, chef de clinique. Visite à 9 heures Salles St-Julien (H.) et Ste-Agnès (F.). (Maladies des yeux). Consultations tous les jours.

Consultations de médecine et de pharmacie. — Tous les jours non fériés à 9 h. *Médecine* : M. le Dr Paul Raymond, assistant; M. le Dr Pignol, suppléant. *Chirurgie* : M. le Dr Demoulin, chirurgien des hôpitaux; M. le Dr Dauriac, suppléant. — *Cliniques de la Faculté* : MM. Dieulafoy, Panas et Duplay, professeurs. M. Dieulafoy, le mercredi à 9 h. 1/2 et le samedi à 10 heures; Chef de clinique, M. Kahn; chef de clinique adjoint, M. du Pasquier. Chef des laboratoires, M. Caussade. — M. Duplay, les mardis et vendredis. Chef de clinique chirurgicale, M. Cazin. Chef des laboratoires, M. Hallion. 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 sont annoncées par des affiches spéciales. — Clinique des maladies des yeux, M. Panas; Chef de clinique ophtalmologique, M. Terson; chef de clinique adjoint, M. Mermet. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophtalmoscope. Leçons cliniques les lundis et vendredis. Examen ophtalmologique tous les mercredis. Un cabinet de physique, annexé à ce service, permet d'initier les élèves aux difficultés de la réfraction. — M. Terrien, chef du laboratoire.

Pharmacien : M. Villejean. — Dentiste : M. Pietkiewicz. Consultations les lundis et vendredis, à 9 heures.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée depuis plusieurs années, est très belle et compte aujourd'hui plus de 3.000 volumes et de 6.000 thèses; une somme de 2.000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877; elle reçoit 500 fr. chaque année depuis 1878.

© BIU Santé

Hôtel-Dieu (*annexe*). — 1° *Service temporaire de médecine*, 158 lits M. Vaquez, salle Saint-Antoine (H.) et salle Saint-Landry (H.); M. Klippel, salle Saint-Bernard (H.) et salle Saint-Raphaël (H.). Chacun des services est confié pendant six mois à un des médecins des hôpitaux.

2° *Maternité*. — Accoucheur : M. le Dr Champetier de Ribes. 56 lits et 54 berceaux. Salle de travail et isolement. Salle Baudelocque. Salle Mauriceau.

Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres. Nombre de lits : 631, dont 20 pour les enfants, crèche. — *Médecins* : M. Landouzy. Salles Grisolle (H.), Broca (F.) et Guersant (crèche). — M. Merklen. Salles Larochefoucauld (H.) et Claude-Bernard (F.). — M. Barié. Salles Damaschino (H.), et Monneret (F.). — M. Hirtz. Salles Cruveilher (H.) et Legroux (F.). — *Chirurgien* : M. P. Reclus. Salles Malgaigne (H.) et Chassaignac (F.), Alexis Boyer (H. et F.) (pavillon Récamier) (grandes opérations). — Pharmacien : M. Bourquelot. — Dentiste : M. le Dr Rousseau. Consultation le mardi.

Prochainement, les services de malades atteints d'affections chroniques diverses, services situés au 1er étage de l'hôpital et qui comprennent les salles Béhier, Becquerel, Trousseau, Beau et Rostan (H.), Piorry, Louis, Quesnay et Thomel (F.), seront transformés et recevront exclusivement les malades atteints de tuberculose.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Ad. Laffitte, assistant; M. le Dr Aviragnet, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Faure, chirurgien des hôpitaux; M. le Dr Benoit, suppléant.

Des conférences ont lieu chaque matin à l'hôpital Laënnec, soit au lit du malade, soit dans le nouvel Amphithéâtre agencé de manière à permettre des démonstrations pratiques au moyen de projections. — M. Landouzy, conférence le jeudi. — M. Merklen. Tous les matins visite et conférence de *séméiologie* à 9 h. 1/2 dans le service. Leçon clinique à l'Amphithéâtre le mercredi à 10 heures. Conférence de *bactériologie* le lundi à 10 h. 1/2, par M. Bureau, interne du service. — M. Barié. Tous les matins à 8 h. 1/2 examen des malades. Le mercredi à 9 h. 1/2 conférence de *clinique* et de *thérapeutique* au lit du malade ou à l'Amphithéâtre. — M. Hertz. Tous les matins leçon clinique au lit du malade, le vendredi à 10 heures, conférence de *thérapeutique* à l'Amphithéâtre. — M. Reclus. Tous les matins à 9 heures examen des malades, leçon clinique et opérations. Le samedi à 10 heures, conférence de *thérapeutique chirurgicale* à l'Amphithéâtre.

Des laboratoires et des musées particuliers sont annexés à chaque service (1). Le laboratoire appartient à M. le Dr Landouzy, 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. L'établissement possède en outre une étuve de désinfection à vapeur sous pression.

Hôpital Lariboisière, rue A. Paré : 905 lits, dont 841 pour adultes, 64 pour enfants au berceau, y compris 6 lits pour malades à isoler dans le service d'accouchements, 6 lits de femmes enceintes et 7 lits d'isolement pour femmes atteintes de la diphtérie. — *Médecins* : M. Duguet. Consultation pour les goitres le mercredi. Salles Bernutz (F.) et Grisolle (H.). Visite à 9 h. — Traitement des *goitres*, le mercredi à 10 heures. — M. Muselier. Salles Langle (F.) et Rabelais (H.). Visite à 9 heures. — M. Landrieux. Consultations de gynécologie le jeudi. Salles Trousseau (F.) et J. Bouley (H.). Visite à 9 h. Consultation de gynécologie et spéculum le jeudi. — M. Dreyfus-Brisac. Salles Vincent de Paul (crèche), Maurice Raynaud (F.), Woillez et Barth (H.). Visite à 9 heures. — M. Tapret. Salles Louis (F.) et Bazin (H.). Visite à 9 heures. — M. Gouguenheim. Salles Aran (F.) et Lasègue (H.). Pavillon d'isolement (Pavillon Davaine) (F.). Visite à 8 h. 1/2. — 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. Assistant de la consultation spéciale de laryngologie et d'otologie, M. Courtade. — *Chirurgiens* : M. Périer, assistant M. le Dr Rochard. Salles Denonvilliers (F.), Chassaignac (H.), Voillemier (H.). Visite à 9 h. — M. Reynier. Salles Gosselin (F.). Ambroise Paré (H.). Visite à 8 h. 1/2. — M. Peyrot, assistant M. le Dr Guinard. Salles Elisa Roy (F.), et Nélaton (H.). Examen des malades, les lundi et jeudis; opérations les mardis et vendredis. — M. Delens. Assistant spécial, M. Rochon-Duvigneaud. Service des maladies des yeux. Consultation et traitement des malades externes tous les jours à 9 h., sauf le dimanche. Salle Demours (F.) et Daviel (H.). Visite à 9 heures. — *Service d'accouchements* : M. Maygrier. Salles La Chapelle et Mauriceau (F.) (entrée par le 43 du boul. de la Chapelle). Chambres d'isolement (salle Perreau). Visite tous les matins, à 9 heures 1/2. Consultations 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 deux cents 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. Conférences théoriques et cliniques avec exercices sur le mannequin.

Laboratoires : MM. Muselier, Duguet, Tapret, Landrieux, Dreyfus-Brisac et Gouguenheim.

Pharmacien : M. Patein.

Dentiste : M. le Dr Ferrier. Consultations externes les mardis et samedis à 9 heures.

Consultations de Médecine et de Chirurgie, tous les jours non fériés, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Gallois, assistant; M. le Dr Létienne, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Beurnier, chirurgien des hôpitaux; M. le Dr Manson, suppléant.

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. à partir de 1878. 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.

Ecole municipale d'Infirmières (même organisation qu'à la Pitié). — *Cours d'Administration* : M. Montreuil, directeur de Lariboisière. — *Anatomie* : M. le Dr Dauriac, ex-interne des hôpitaux. — *Physiologie* : M. le Dr Pilliet, ex-interne des hôpitaux. — *Pansements* : M. le Dr Isch-Wall, ex-interne des hôpitaux. — *Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés* : M. le Dr Maygrier, accoucheur des hôpitaux, agrégé de la Faculté. — *Hygiène* : M. le Dr L. Tissier, accoucheur des hôpitaux. — *Petite Pharmacie* : M. le Dr Cornet, ex-interne en pharmacie des hôpitaux.

Maison municipale de Santé, rue du Faubourg-Saint-Denis, n° 200. 310 lits. — *Médecins* : MM. Widal et Ménétrier. — *Chirurgiens* : MM. Picqué et Chaput. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service, internes et externes. Salles d'opérations nouvellement installées. Les internes possèdent une *Bibliothèque médicale* contenant plus de 600 volumes 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. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 francs. La Maison municipale de santé possède trois laboratoires, un pour chaque service de médecine, et un pour les deux services de chirurgie. — La pharmacie est confiée à M. Gosselin, pharmacien.

Maison-École d'accouchements, 119, boulevard de Port-Royal. 268 lits et 82 berceaux. — *Médecin* : M. Charrin. — *Accoucheur en chef et professeur* : M. le Dr Budin. — *Professeur adjoint* : M. le Dr Boissard. Consultations les lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. du matin. — Pharmacien : M. Lafont. — Dentiste : M. le Dr Moinoud. Sage-femme en chef, Mlle Hénault; 6 aides sages-femmes. 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 trois internes : un est attaché au service de médecine, les deux autres au service d'accouchement; 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; cette réception est faite chaque jour, à 2 heures, par la sage-femme, sous le contrôle de l'accoucheur en chef. Une salle contenant 30 lits est destinée aux femmes enceintes valides. Si ces femmes sont atteintes d'une affection médicale ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (méd.) de 23 lits, l'autre de 12 lits. Le service d'accouchement se compose de deux salles, de 32 lits chacune pour les femmes qui ont des suites de couches simples, d'une salle de 12 lits pour les femmes suspectes ou dont l'accouchement a été laborieux, etc., et enfin d'une autre salle de 12 lits où les femmes malades peuvent être isolées. Il y a donc, au total, 88 lits pour les femmes accouchées et 42 lits pour les femmes enceintes. Sept nourrices sont attachées au service d'accouchement; trois au service de médecine.

(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.

© BIU Santé

Un nouveau service a été ouvert récemment pour les enfants nés prématurément ou débiles ; il comporte 12 berceaux et 16 couveuses construites en fer et en glaces. 14 nourrices y sont attachées. On reçoit les enfants amenés du dehors à toute heure. Ce service est placée sous la direction de M. Budin, accoucheur en chef de la Maternité.

L'Ecole d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves; elle est sous la direction de l'accoucheur en chef, M. le Dr Budin, assisté de Mlle Hénault, sage-femme en chef. Pendant les vacances de l'accoucheur en chef, l'enseignement est donné par le professeur-adjoint et le service obstétrical par l'assistant. Il y a six aides sages-femmes, choisies parmi les lauréates des concours. Toutes les élèves sont internes : elles peuvent sortir une fois par mois, accompagnées de leur père, de leur mère, de leur mari ou du correspondant désigné par les ayants droit. Le prix de la pension est fixé, par an, à 1.100 fr. La durée des études est de deux années.

Outre le cours d'accouchement les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par le médecin de la Maternité ; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires, faites par les internes du service d'accouchement sur les antiseptiques et les éléments de physique et de chimie faites par le pharmacien. Le cours d'anatomie est complété par des démonstrations sur le cadavre faites à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

L'accoucheur en chef a la direction générale et la responsabilité de tous les services obstétricaux; il a, comme professeur en chef, la direction de l'enseignement théorique et pratique.

Des *laboratoires* (histologie, microbiologie, préparation du lait, ont été organisés.

Une *consultation pour les nourrissons* a lieu tous les samedis ; elle est destinée à surveiller l'allaitement et l'hygiène d'enfants nés à la Maternité ; elle est semblable à celle que M. Budin avait créée à la Charité.

M. Budin a été autorisé à faire, dans le courant de l'année, pendant trois mois, *une leçon clinique par semaine*, aux médecins et aux étudiants. Ces leçons ont lieu du 15 mars au 15 juin.

Hôpital Necker, 151, rue de Sèvres : 475 lits. — *Médecins* : M. Cuffer. Consultations pour les maladies du système nerveux le jeudi à 10 h. : Salle Vernois (H.) et pavillon Peter (16 lits de femmes et 16 lits de crèche). Spéculum le samedi. Conférences cliniques tous les matins à 9 h.; — le mercredi, à 9 h. 1/2, conférences cliniques au lit du malade. — M. Huchard Consultations pour les maladies du cœur, le mardi : Salles Chauffard (H.), Delpech (F.).— M. Barth : Salles Bouley (H.), Lasègue (F.). Les jeudis, leçons cliniques à l'amphithéâtre, à 10 h., à partir du 15 novembre.—M. Rendu. Consultations pour les maladies des voies digestives, le lundi: Salles Trousseau (H.). Monneret (F.). Visite tous les matins à 9 h. Spéculum le mercredi. — *Chirurgiens. Clinique chirurgicale* : M. le Pr Le Dentu : Chef de clinique, M. le Dr N... Salles Malgaigne (H.) et Lenoir (F.). — *Laboratoire du service de clinique chirurgicale* : Chef du laboratoire, M. Fabre-Domergue ; Préparateur, M. Thélohan. — *Clinique des voies urinaires* : M. le Pr Guyon. Chef de clinique. M. N... Salles Velpeau et Richet (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 heures; policlinique le samedi à 9 heures. Chef de laboratoire d'anatomie pathologique M. Hallé ; chef du laboratoire de chimie, M. Chabrié. Musée de la Terrasse (voies urinaires) visible tous les jours. — *Service des voies urinaires* : M. Routier. Salle Civiale (H.), salle Foucher (F.), pavillon Nélaton (H. et F.) (isolement). Consultations les lundis, mercredis et vendredis et traitement externe tous les jours. Les consultations et le traitement ont lieu au pavillon Nélaton. — Musée Civiale, visible tous les jours. — Médecin Dentiste : M. le Dr Brochard. Consultations externes lundi et vendredi, à 9 heures. — Pharmacien : M. Leidié.

Consultations de médecine et de Chirurgie, tous les jours non fériés, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr de Gennes, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Weber, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Albarran, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Glantenay, suppléant.

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 de M. Bourneville et du montant des souscriptions des internes. 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, depuis 1883, grâce à des subventions successives accordées chaque année par le Conseil municipal.

Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède : 715 lits. — *Médecins* : M. Jaccoud, professeur de clinique médicale de la Faculté. Chef de clinique, M. Thiroloix. Chef de clinique adjoint : M. Achalme. Salles Jenner (H.) et Laënnec (F.). Leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 h. — M. André Petit. Salle Trousseau (F.) et Rayer (H.). Visite à 8 h. 1/2. — M. Babinski. Consultations pour les maladies nerveuses, le mercredi. Salle Grisolle (F.) et Rostan (H.). Visite à 9 heures. — M. Faisans. Salles Piorry (H.) et Lorain (F.). Visite à 8 h. 1/2. Clinique au lit du malade, vendredi et samedi. — M. Thibierge. Consultations pour les maladies de la peau, les mercredi et samedi. Salles Monneret (H.) et Cruveilhier (F.). Visite à 9 heures. Consultations spéciales pour les maladies de la peau, les mercredis et samedis. — M. Alb. Robin. Salles Valleix (F.) et Serres (H.). Visite à 8 h. 1/2 — *Chirurgiens* : M. Berger, professeur de clinique chirurgicale, Chef de clinique, M. Reblaub. Chef de clinique adjoint : M. Banzet. Salles Michon (H.) et Lisfranc (F.). Visite à 9 h. Leçons cliniques lundis, mercredis, vendredis. — M. Tuffier. Salles Gerdy (F.) et Broca (H.). Visite à 9 heures. — *Accoucheur* : M. N... Visites tous les matins à 8 h. 1/2 et consultations d'accouchements. — Pharmacien : M. Chastaing. — Dentiste : M. Marchandé. Consultations externes les mardis et vendredis de 9 à 10 heures.

Consultations de médecine et de chirurgie, tous les jours non fériés, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Capitan, assistant ; M. le Dr Marie (Auguste), suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Thiéry, chirurgien des hôpitaux. M. le Dr Launay, suppléant.

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 1897. Elle se compose d'environ 1.500 volumes. On devra sous peu la transporter ailleurs, car le local dont on dispose est beaucoup 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. Joly, directeur de l'hôpital ; — *Anatomie*, M. Dauriac ; — *Physiologie*, M. Regnard ; — *Pansements*, M. Ch. Petit-Vendol ; — *Hygiène*, M. le Dr Régnier ; — *Soins aux femmes en couches*, M. le Dr Lepage, accoucheur des hôpitaux ; — *Petite pharmacie*, M. Viron. — *Inspecteur des Ecoles*, M. Marcel Baudouin.

Hôpital Ricord, anciennement du *Midi*, 111, boul. de Port-Royal : 317 lits, savoir, 192 de médecine, dont 158 pour les syphilitiques et 34 lits pour la dermatologie ; et 104 lits de chirurgie ; chambres particulières 21 lits. — 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. Renault. 2e division. Salles VIII (syphilis) (service provisoire de médecine générale). Consultations les mercredis et samedis à 9 heures. — M. Mauriac. 3e division. Salles IX, XI et XII (syphilitiques). Salle X (dermatologie), consultations les mardis et vendredis. Conférences le samedi à 9 heures. — Le musée créé par M. le Dr Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces montées *avec soin*, présente un grand interêt pour l'étude des *maladies vénériennes* et mérite d'être visité *avec soin*. — L'installation de la belle bibliothèque Ricord est terminée, le nombre de volumes légués s'élève à 2.500 environ. C'est une des plus importantes bibliothèques des salles de garde des hôpitaux ; elle est d'ailleurs très bien entretenue. On y trouve une collection de vieux instruments. — Pharmacien : M. Béhal. — Dentiste : M. Jarre. Consultation le mercredi.

Hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint-Antoine : 868 lits : 572 pour la médecine, 65 lits d'accouchements, 143 pour la chirurgie, 84 berceaux et 20 lits de crèche. — *Chirurgie*. M. Monod. Salles Blandin et Broca (H.), 44 lits ; salle Cruveilhier (F.), 22 lits. — Service de M. Blum : Salles Dupuytren et Velpeau (H.), 46 lits ; salle Lisfranc (F.), 25 lits. Pavillon pour des grandes opérations : 3 lits (H.), trois lits (F.), placé sous la direction de deux chirurgiens ; de création récente, ce pavillon d'isolement est très bien compris. — *Maternité*. M. Bar, accoucheur ; M. Tissier, accoucheur-suppléant. — Consultation le matin, à 9 heures. — *Médecine*. M. Hayem, professeur de clinique médicale. Chef de clinique, M. Paul Tissier. Chef de clinique adjoint, M. Thiercelin. Salle Béhier (H.), 20 lits, Salle Bazin (H.) 20 lits, salle Moïana (F.), 20 lits, salle Vulpian (Crèche) 20 lits et 20 berceaux. Chambres isolées 7 lits. — M. Letulle. Salles Bichat et Malgaigne (H.), 49 lits ; salle Chomel (F.), 24 lits ; salle Chomel (accouchements), 4 lits et 4 berceaux. Chambres isolées 7 lits. — M. G. Ballet. Consultations pour les maladies du système nerveux, le vendredi. Salles Aran-Broussais (H.), 49 lits ; salle Rostan (F.), 24 lits. — M. Siredey. Salle Axenfeld (H.), 35 lits ; salles Andral, 22 lits (H.) et Barth, 24 lits (F.). — M. Lermoyez. Consultations pour les maladies du larynx, du nez

© BIU Santé

et des oreilles, les mardi et samedi. Salle Louis (H.), 34 lits; salle Nélaton (F.), 20 lits. — M. Galliard. Salles Marjolin (H.), 33 lits; Roux (F.), 20 lits; Corvisart (F.), 20 lits. — M. Gaucher. Consultations pour les maladies de la peau, les lundi, mercredi et samedi. Salle Magendie (H.), 37 lits; salle Grisolle (F.), 28 lits. — M. Brissaud. Consultations pour les maladies du système nerveux, le lundi. Pavillon Damaschino (H.), 20 lits; pavillon Littré (F.), 20 lits; pavillon Lorain (H.), 20 lits. — Accoucheur: M. Bar.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés, à 9 h. — *Médecine*: M. le Dr Lyon, assistant; M. le Dr N..., suppléant. — Une consultation pour les maladies nerveuses a lieu le lundi par M. le Dr Brissaud; le vendredi, par M. le Dr Ballet. Une consultation pour les maladies du larynx, du nez et des oreilles, faite par M. le Dr Lermoyez, a lieu le mardi et le samedi à 9 heures. — *Chirurgie*: M. le Dr Walther, chirurgien des hôpitaux; M. le Dr Conzette, suppléant.

Le *Pavillon des internes*, construit en 1883 (1), est un 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 externes mardi et vendredi.

Hôpital Saint-Louis, rue Bichat, n° 40; salle de consultations, même rue, n° 38; 1.270 lits dont 895 consacrés aux affections cutanées, 52 lits et 52 berceaux aux accouchements, et le reste (271) aux affections chirurgicales.

Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques. — 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. Tenneson. Consultation externe le vendredi. Mardi, opérations, dermatologie; mercredi, teignes et affections du cuir chevelu; salles Alibert (F.) et Devergie (H.), 9 heures. M. le Dr Tenneson a, en outre, la direction de l'Ecole Lailler (enfants teigneux). Il est assisté, dans ce dernier service, d'un chef de laboratoire, M. le Dr Sabouraud. — M. le Pr Fournier, clinique des maladies de la peau. Chef de clinique, M. le Dr Gastou. Chef de clinique adjoint, M. Emery. Tous les jours de 8 à 10 heures 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 heures); les vendredis, leçon à l'Amphithéâtre (10 heures). — M. Hallopeau. Consultation externe le lundi; examen des nouveaux malades le mardi, visite générale et policlinique; Clinique, le dimanche pendant l'hiver; salle Bazin (H.), salle Lugol (F.). — M. Du Castel. Consultation externe le mardi; mercredi, examen des nouveaux malades (laboratoire Cazenave). Salles Gibert (F.) et Cazenave (H.). — M. Danlos. Consultation externe le vendredi. Pavillon Gabrielle (H.). Salles Bichat (H.) et Biett (F.). — M. Balzer. Consultation le jeudi. Salles Hillairet (H.) et Lorry (F.).

Une seconde consultation de médecine est faite chaque jour l'après-midi à 1 heure par les chefs de service; des docteurs leur sont adjoints matin et soir; MM. les Drs Leredde et de Saint-Germain sont assistants de consultation titulaires: MM. les Drs Wickham et Berdal sont assistants de consultation de remplacement.

Consultations de l'après-midi: lundi, M. Fournier; mardi, M. Danlos; mercredi, M. Tenneson; jeudi, M. Hallopeau; vendredi, M. Balzer; samedi, M. du Castel.

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. Auvard, contient 52 lits constamment occupés, dont 8 lits d'isolement. Il s'y fait en moyenne 3 accouchements par jour; 1.000 environ par an; 4.539 de 1875 à 1880. Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité. Consultation externe le lundi, mercredi, vendredi.

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. 33.500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2.200 en moyenne sont traités dans les salles. Les chirurgiens, chefs de service, sont: M. le Dr Marchand, salles Cloquet (H.), Gosselin (F.) pavillon d'operations Couveilhier; — M. le Dr Richelot, salles Isolement (H.) et Isolement (F.), — M. le Dr Nélaton, salles Nelaton (H.), Denonvilliers (F.) et pavillon d'opérations Jamain.

Accoucheur: M. Auvard, pavillon Dubois. Visite tous les jours à 9 heures. Consultation les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures. Les élèves qui désirent suivre la visite ou la consultation doivent se faire inscrire dans le service.

Pharmacien: M. Portes. — Dentiste: M. Combe. Consultations externes les samedis.

Une *consultation de chirurgie*, faite par M. le Dr Legueu, chirurgien des hôpitaux, a lieu tous les matins, à 9 heures. M. le Dr Legueu a, comme assistant de consultation, M. le Dr Regnault qui le remplace en cas d'absence.

Musée pathologique. — Le Musée, ouvert tous les jours de 8 h. à midi, sans formalité, contient aujourd'hui 1.833 moulages reproduisant les principales affections cutanées et parasitaires, 300 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).

Bibliothèques. — Une bibliothèque médicale, fondée en 1888, par les soins des médecins et chirurgiens de l'Hôpital, et subventionée par le Conseil municipal, est annexée au Musée Pathologique. Cette bibliothèque 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. du matin à midi et de 1 h. à 5 h. Cette Bibliothèque s'est enrichie en 1893 des collections laissées par MM. Hardy, Vidal et Lailler. Le conservateur du Musée et de la Bibliothèque est M. le Dr L. Wickham, et en 1897 des collections données par la veuve du Dr Feulard. — 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, 1.500 volumes. Elle a reçu, en 1881, un legs de M. Hillairet.

Hospice de la Salpêtrière. (*Femmes*), 47, boulevard de l'Hôpital: 3.011 lits pour les *vieillards* et 724 pour les *aliénées*. — *Médecins*: MM. Raymond et Déjérine. — *Chirurgien*: M. le Dr Paul Segond. Visite et examens des malades à 9 h. Opérations le samedi. — *Médecins aliénistes*: MM. J. Falret, A. Voisin et J. Voisin. — *Médecin adjoint*: M. Séglas. — *Clinique des maladies du système nerveux*: M. Raymond, professeur, les mardis et vendredis à 9 h. 1/2; chef de clinique, M. Gasne; chefs des laboratoires, M. P. Richer et N., prosecteur, M. N...; service ophtalmologique, M. Parinaud; travaux chimiques, M. Yvon et travaux photographiques, M. Londe. — M. Jules Voisin fait des conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, tous les jeudis à 10 h., de décembre à mai. — M. Séglas, clinique mentale en été. — Pharmacien: M. Viron. — Dentiste: M. Queudot. *Service d'Electrothérapie de la Clinique des maladies nerveuses*: M. le Dr Huet.

Consultation de Chirurgie. — Le lundi, à 11 h., et le jeudi à 9 h. du matin. M. le Dr Chipault, assistant, M. le Dr Boudé, suppléant.

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. Raymond, le mardi, à 8 h. et demie; — M. Déjerine le mercredi, à 9 heures; — M. J. Falret, le lundi, à 9 heures; — M. Voisin (Auguste), le vendredi, à 9 heures; — M. J. Voisin, le samedi, à 9 heures. — 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'Electrothérapie. — 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.

Bibliothèques. — Il existe à la Salpêtrière une *Bibliothèque médicale* fondée et entretenue en partie par les *internes en médecine*. Elle se compose actuellement de plus de 1,800 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 1894. — Les Internes en pharmacie ont fondé, en 1884, une *bibliothèque* comptant actuellement 600 volumes, qu'ils entretiennent à l'aide de cotisations et d'une subvention du Conseil municipal. Il est adjoint

(1) Voir Bourneville: *Rapport sur la construction d'un bâtiment pour loger les internes en médecine* (22 mai 1882).

© BIU Santé

à la bibliothèque une fort belle collection de matière médicale, don de Vercamer. L'Association des Internes en pharmacie entretient une collection de *matière médicale* comptant plus de 500 échantillons, et une collection de minéralogie de 200 échantillons. Ces collections sont destinées aux conférences qui se font 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 de chimie et de micrographie dans lequel il se fait environ 700 analyses par an. Ce résultat justifie la généralisation de cette création dans les autres hôpitaux de Paris.

Ecole municipale d'infirmières. — Même organisation qu'à Bicêtre. Cours théoriques : *Administration*, M. Le Bas, directeur de l'hospice ; — *Anatomie*, M. Gautiez ; — *Physiologie*, M. J.-B. Charcot. — *Pansements*, M. Pilliet ; — *Hygiène*, M. Ch. Féré ; — *Petite pharmacie*, M. Viron ; — *Soins à donner aux femmes en couches*, Mme Pilliet-Edwards, docteur en médecine (1).

Hôpital Tenon, rue de la Chine : 888 lits. — *Médecins* : M. H Martin Visite à 9 heures. Salles Andral (H.), Béhier et Cl. Bernard (F.). M. Bourcy. Visite à 9 heures. Salles Lelong (H.), Bouillaud (F.) et M. Raynaud (F.). — M. Brault. Visite à 9 heures. Salles Bichat (H.), Magendie (F.) et Laënnec (F.) — M Giraudeau. Visite à 8 h 1/2. Salles Axenfeld (H.), et Colin (F.). — M. Le Gendre. Visite à 9 heures. Salles Barth (H.) et Couverchel (F.). — M. Talamon. Visite à 9 heures. Salles Gérando (H.), Rayer (F.) et Valleix (crèche). — M. Achard. Visite à 9 h. Salles Parrot, Lorain (H.). Salle M. Raynaud. — M Béclère. Visite à 9 h. Salles Pidoux et Trousseau (H.) et Cruveilhier F.), — *Chirurgiens* : M. Gérard-Marchant. Visite à 9 heures. Salles Velpeau, Nélaton, Lisfranc (H.) et Richard Wallace (F.). Opérations tous les jours. — M. Bazy. Visite à 9 heures. Salles Dupuytren, Seymour (H.), et Delessert (F.). — *Chirurgie générale* : Salles Monbyon (H.), voies urinaires. Opérations tous les jours. Mardi et samedi consultations des voies urinaires. — *Chirurgie infantile* : M. Félizet. Visite à 9 heures. Salles Dolbeau (G.), A. Paré (F.), Tenon (deux sexes, 2 à 4 ans) et Boyer (Crèche). Opérations tous les jours. — *Accoucheur* : M. Bonnaire. Visite à 9 h. Consultation pour les femmes enceintes, tous les jours. — Pharmacien : M. Meillère. — Dentiste : M. le Dr Richer (Paul), consultations externes les mardis et jeudis à 9 heures.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non feriés, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Duplaix, assistant ; M. le Dr Thiboulet, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Paul Delbet, assistant ; M. le Dr Isch-Wall, suppléant.

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 indépendamment de leur indemnité réglementaire une indemnité mensuelle de 25 fr. à titre de frais de déplacement.

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, 586 lits.

Médecins : M. le Dr Josias, Visite à 8 heures 3/4. Consultations les lundis et jeudis. Salle Barrier (garçons); salle Blache (filles). — M. le Dr Variot. Visite à 9 h. 1/2. Consultations les mercredis et samedis. Maladies aiguës. Salle Lugol (garçons). Salle Triboulet (filles). Salle Bazin (garçons). Teigne. Consultations le mardi. — M. le Dr Netter. Visite à 8 h. 3/4. Consultations les mardis et vendredis. Maladies aiguës. Salle Archambault (garçons). Salle Bouvier (filles). Salle Gillette (filles). Teigne. — Consultations et pansement externe de la teigne : M. le Dr Variot, le mardi.

Chirurgiens : M. Lannelongue. M. le Dr Broca, assistant. 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. — M. Jalaguier (service de chirurgie). (*Chroniques.*) Salle Legendre (garçons), 32 lits. Salle Valleix (filles), 28 lits.

Pharmacien : M. Héret. — *Dentiste* : M. le Dr Rodier. Consultations externes, les mardis et vendredis, 9 h. 1/2.

Pavillons d'isolement. — Des pavillons d'isolement ont été créés dans l'hôpital. *Pavillon Bretonneau*, inauguré en 1879, comprenant 52 lits pour la diphthérie. M. le Dr Richardière, chef du service. — Service de la scarlatine, inauguré le 25 juillet 1889, comprenant 24 lits pour les scarlatineux. — *Pavillon d'Aligre*, inauguré à la même époque, comprenant 53 lits pour les rubéoleux. Des salles spéciales et des chambres d'isolement y sont réservées à toutes les complications de la rougeole. Ces services d'isolement sont faits alternativement par les médecins selon un roulement établi annuellement et actuellement M. le Dr Netter est chargé de pavillon des scarlatineux et M. le Dr Josias de celui des rubéoleux. Le pavillon de la diphtérie est confié à M. le Dr Richardière. Ce dernier service est retiré du roulement.

En outre, un service de *coqueluche*, avec personnel spécial et complètement isolé, et divisé en coqueluches simples et coqueluches compliquées, tant pour les garçons que pour les filles, a été inauguré le 1er juillet 1890. — M. le Dr Variot en est actuellement chargé.

Enfin, en 1892, est entré en service un pavillon de Douteux, qui comprend 16 chambres isolées.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Au 1er janvier 1879, la bibliothèque n'était représentée que par des thèses et par des collections de journaux incomplètes. Il n'existait ni règlement ni cotisations. Grâce à l'initiative des internes et à la générosité de M. le Dr Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau, la bibliothèque est devenue une réalité. Le Conseil municipal de Paris a voté à cette bibliothèque une subvention de 500 fr. en 1880 et une autre subvention de 500 fr. en 1881 et 1883, 400 fr. en 1884, 1885, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894 et 1895, elle possède aujourd'hui plus de 800 volumes. L'hôpital Trousseau est appelé à prendre une importance très grande. De nouveaux laboratoires d'histologie pathologique et de chimie ont été créés. Ajoutons que le Musée de M. le Dr Lannelongue est organisé avec un soin extrême et fournit aux étudiants de précieux sujets d'études.

Hôpital Herold (place du Danube). — Hôpital de réserve. — 100 lits (60 d'hommes et 40 de femmes) dont 40 de chroniques. — Médecin : M. Gilles de la Tourette. Consultations pour les maladies du système nerveux, les mardi et jeudi matin.

Hôpital de la Porte d'Aubervilliers. (Hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses). — 260 lits. — Médecin : M. Roger.

Bastion 29 (Porte de Flandre). (Hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses). — 106 lits et 16 berceaux. — Médecin : M. le Dr Chantemesse.

Hospice d'Ivry, a Ivry-sur-Seine. — Médecin : M. Gombault (Albert), Chirurgien : M. P. Poirier. — Dentiste : M. le Dr Roy. — Pharmacien M. Richaud.

Un service de consultation externe est organisé depuis quelques années à l'hospice d'Ivry. Les consultations de médecine ont lieu les mercredis ; celles de chirurgie, les lundis.

Maison de retraite des Ménages, 25, rue J.-J. Rousseau à Issy-Les Moulineaux. — *Médecin* : M. Marfan. — *Chirurgien* : M. Broca. Pharmacien : Un interne sous la surveillance du pharmacien des Enfants-Malades.

Maison de retraite de La Rochefoucauld, 15, avenue d'Orléans. — *Médecin* : M. Darier. — Consultations de dermatologie les lundis, mercredis, vendredis, à 8 h. du matin. — Pharmacien : Un interne sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Ricord.

Institution Sainte-Périne, 11, rue du Point-du-Jour, Paris-Auteuil. — *Médecin* : M. Lebreton. — *Chirurgien* : M. Walther. — Un interne est logé dans l'établissement. Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Bichat.

Fondation Alquier-Debrousse, 148, rue de Bagnolet. — *Médecin* : M. Thoinot. — 200 lits pour vieillards des deux sexes. Un interne est logé dans l'établissement.

Fondation Chardon-Lagache, 1, rue du Point-du-Jour, Paris-Auteuil. — Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — Un interne y est logé.

Fondation Rossini, 5, rue Mirabeau, Paris-Auteuil. — Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — C'est l'interne de Sainte-Périne qui est chargé aussi de cette Maison.

Hôpital maritime de Berck-sur-Mer. — *Chirurgien* : M. Ménard. — Trois internes titulaires en médecine des hôpitaux de Paris résident à l'hôpital. — Le service pharmaceutique est assuré par un interne en pharmacie.

Hospice Saint-Michel (fondations Boulard et Lenoir Jousseran), à Saint-Mandé. — Le service de médecine est fait par un médecin de Saint-Mandé, M. Divernbresse. — Pharmacien : M. Boudet, à Saint-Mandé.

Hospice de la Reconnaissance (fondation Brézin), à Garches (Seine-et-Oise). — *Médecin résidant* : M. Gille. — Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance de M. Bourquelot, pharmacien à l'hôpital Laënnec.

Hôpital de Forges-les-Bains. — *Médecin* : M. Doumenge.

(1) La direction de l'enseignement, dans les trois écoles, est confiée, depuis 1878, à M. Bourneville.

© BIU Santé

Fondation Galignani, boulevard Bineau, 53 et 55, à Neuilly-sur-Seine. — *Médecin* : M. Cayla ; *Médecin adjoint* : M. Catuffe. — Pharmacien : M. Dargent, Avenue de Neuilly, 153, à Neuilly.

Hospice de Brevannes (Seine-et-Oise). — *Médecin* : M. Geffroy, à Villeneuve-Saint-Georges. — Trois internes en médecine, nommés à la suite d'un concours spécial, résident à l'Hospice. — Un interne en pharmacie.

Maison de convalescence de La Roche-Guyon (pour les enfants). — Le service médical est assuré par un médecin de La Roche-Guyon, M. Le Maitre.

Le Bureau Central est supprimé depuis le 14 Octobre 1895. Il s'agit là d'une réforme qu'exigeait impérieusement l'intérêt supérieur des malades. Nous en avons pris l'initiative depuis bien des années, notamment en 1874 (*Progrès méd.*, 1874, p. 609). C'est ce dernier article qui a motivé la proposition de notre ami, M. le Dr Paul Dubois au Conseil municipal, et ultérieurement l'excellent rapport de Lafont. A force de revenir sur cette question, au bout de plus de vingt ans, elle a été résolue comme il convenait.

Médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux chargés du service des remplacements et de la direction des services temporaires.

Médecins : MM. Duflocq, Queyrat, Vaquez, Launois, Wurtz, L. Guinon, Morel-Lavallée, Dalché, Klippel, Toupet, Barbier, Jeanselme, Florand, Jacquet, Lesage, de Gennes, Courtois-Suffit, Lion, Le Noir, Mosny, Rénon, Caussade et Claisse.

Chirurgiens : MM. Broca, Walther, Lejars, Potherat, Guinard, Hartmann, Pierre Delbet, Rochard, Albarran, Beurnier, Demoulin, Legueu, Sébileau, Faure, Lyot, Arrou, Rieffel, Villemin, Chevalier, Mauclaire, Thiéry et Guillemain.

Accoucheurs : MM. Boissard, Lepage, Varnier, Léon Tissier, Potocki, Demelin.

Dentistes ; MM. Bruneau, Didsbury, Sauvez, Dumont, Frey.

Consultations à l'Hôtel-Dieu. — Bandages, les mardis et samedis, à 11 heures : Orthopédie : Les mercredis, à 11 heures. Aveugles et paralytiques : Le troisième jeudi de chaque mois, à 11 h.

Amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux.

La réouverture de cet établissement aura lieu le 15 novembre : les pavillons de dissection sont mis à la disposition des élèves pour l'étude de l'anatomie. L'amphithéâtre de Clamart, comme on l'appelle le plus souvent, a été spécialement créé pour les élèves de l'Assistance publique, internes et externes. Un arrêté du 24 juillet 1895 pris après avis conforme du conseil de surveillance et approuvé par M. le Préfet de la Seine, autorise l'admission d'un certain nombre d'élèves de l'Ecole de Médecine et des élèves de l'Ecole dentaire à l'amphithéâtre de Clamart. Deux aides d'anatomie sont attachés, à cet effet, au pavillon affecté aux Elèves de la Faculté : MM. Mouchet et Wiart, de même qu'un répétiteur d'anatomie, M. Thoumire. Il est situé rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours ont lieu tous les jours à 4 heures ; le premier, anatomie topographique, est fait par M. le Dr Quénu, directeur de l'amphithéâtre de Clamart, chirurgien de l'hôpital Cochin. — M. Robineau, prosecteur, fera le cours de physiologie. — M. Launay, prosecteur, fera le cours d'anatomie descriptive. — M. Macaigne, chef du laboratoire d'histologie, fait un cours d'histologie ; M. Coffin, sous-chef du laboratoire. — L'administration met à la disposition des élèves des microscopes et des réactifs pour l'étude de l'histologie. Nous rappellerons, en outre, que le musée d'anatomie normale et pathologique de Clamart est ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures. La principale richesse de ce musée consiste dans les nombreuses pièces préparées par les concurrents pour le prosectorat de Clamart. Conservateur du musée : M. Landel.

Pharmacie centrale des Hôpitaux.

M. le Dr Prunier, directeur.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1° de médecins, chirurgiens et accoucheurs ; 2° de prosecteurs (voir Amphithéâtre des Hôpitaux) ; 3° d'internes et d'externes en médecine, en chirurgie et en accouchements ; 4° de pharmaciens ; 5° d'internes en pharmacie. Tous sont nommés au *concours*. — Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat*.

A. — *Externat.* — Art. 103. — Tout étudiant en médecine qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans l'une des Facultés de médecine de l'Etat, peut se présenter au concours pour les places d'élèves externes (1). Il doit produire : 1° un certificat de ses inscriptions ; 2° son acte de naissance ; 3° un certificat de revaccination ; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié.

Art. 119. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive ; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion ; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

Pour les modifications introduites dans le fonctionnement des Concours de l'Internat et de l'Externat, voir les affiches des concours de cette année (partie contenant les dispositions extraites du Règlement sur le Service de santé).

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours (2).

Concours de 1886. — 1° *Anatomie* : Atlas et axis ; — Rapports de la vessie chez l'homme ; — Articulation du coude ; — Configuration extérieure du cerveau ; — Os maxillaire inférieur ; — Rapports de l'estomac ; — Rapports du cœur ; — Artère humérale ; — Muscle grand oblique de l'abdomen ; — Conformation extérieure et rapport du foie ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Parois osseuses des fosses nasales ; — Rapports de la trachée ; — Artère fémorale ; — Articulation du coude ; — Artères de la main ; — Extrémité supérieure du fémur ; — Muscle diaphragme ; — Veines superficielles du membre supérieur ; — Articulation scapulo-humérale.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Symptômes de la pneumonie aiguë ; — Appareils inamovibles ; — Furoncle ; — De l'érysipèle ; — Symptômes des fractures en général ; — Des brûlures ; — Sangsues ; — Manière de faire une autopsie ; — Examen clinique des urines ; — rougeole ; — Traitement des hémorragies ; — Du lavement ; — Abcès chauds ; — Ventouses ; — Signes physiques de la tuberculose pulmonaire chronique ; — Fractures de la clavicule.

Concours de 1887. — 1° *Anatomie* : Diaphragme ; — Articulation du genou ; — Artère axillaire et ses branches ; — Muscles adducteurs de la cuisse ; — Os iliaque ; — Artère fémorale ; — Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Parois osseuses des fosses nasales ; — Rapports du cœur ; — Articulation du coude ; — Muscles fessiers ; — Veines du membre supérieur ; — Rapports du foie ; — Articulation scapulo-humérale ; — Artère poplitée et ses branches ; — Crosse de l'aorte ; — Os maxillaire inférieur ; — Articulation radio-carpienne ; — Veines du membre inférieur.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Signes et diagnostic des fractures en général ; — Symptômes de la rougeole régulière ; — Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde, — Des lavements ; — De l'anthrax ; — De la saignée ; — Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire ; — Des brûlures ; — Traitement de l'épistaxis ; — Symptômes et diagnostic de la péritonite aiguë ; — Signes et diagnostic de la scarlatine normale ; — Cathétérisme de l'urètre ; — Vaccin et vaccination ; — Hydrocèle vaginale ; — Hémorragie artérielle ; — Des injections hypodermiques.

Concours de 1888. — 1° *Anatomie* : Côtes ; — Configuration extérieure et rapports de l'estomac ; — Fémur ; — Crosse de l'aorte ; — Diaphragme ; — Veines du membre inférieur ; — Clavicule ; — Fosses nasales ; — Rapports du poumon et sa conformation extérieure ; — Muscle sous-iliaque ; — Articulation de l'épaule ; — Veines du membre supérieur ; — Os maxillaire inférieur ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Articulation coxo-fémorale ; — Rapports du foie et conformation extérieure ; — Humérus ; — Artère fémorale ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Entorse ; — Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë ; — Anthrax ; — Cathétérisme de l'urètre chez l'homme et chez la femme ; — Analyse clinique des urines ; — Erysipèle de la face ; — Epistaxis et tamponnement des fosses nasales ; — Panaris ; — Saignée ; — Vaccine et vaccination ; — Fractures de la clavicule ; — Brûlures ; — Vésicatoires.

---

(1) Le concours de l'externat commence à la fin du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

(2) Voir les questions données au concours de 1872 à 1885 inclusivement dans les *Numéros des Etudiants* de 1883 à 1886.

© BIU Santé

Concours de 1889. — 1° *Anatomie* : Articulation temporo-maxillaire; — Articulation coxo-fémorale ; — Configuration extérieure et rapports du foie ; — Veines superficielles du membre inférieur ; — Muscles fessiers ; — Occipital ; — Crosse de l'aorte ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Omoplate ; — Artère fémorale ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Articule scapulo-fémorale ; — Artères de l'avant-bras ; — Maxillaire inférieur ; — Calcanéum et astragale ; — Artère carotide primitive ; — Œsophage ; — Rapports de la vessie ; — Péroné ; — Carotide externe.

2° *Pathologie et petite Chirurgie* : Entorse ; — Chloroformisation ; — Fractures de la clavicule ; — Pleurésie aiguë ; — Cathétérisme de la vessie chez l'homme ; — Des appareils plâtrés ; — Fièvre typhoïde (signes et diagn.) ; — Furoncle ; — Epistaxis ; — Vésicatoires ; — Saignée ; — Vaccine et vaccination ; — Symptômes et diagnostic de la scarlatine ; — Du lavement.

Concours de 1890. — 1° *Anatomie* : Artère humérale ; — Fléchisseurs commun, superficiel et profond des doigts et long fléchisseur du pouce ; — Clavicule : articulation tibio-tarsienne ; — Rapports de l'estomac ; Rapports du foie ; — Crosse de l'aorte ; — Muscles de la région antérieure de la jambe ; — Artères axillaires ; — Rapports des reins ; — Os maxillaire inférieur ; — Rapports des poumons ; — Rapports du rectum ; — Rapports de l'œsophage ; — Ligaments de l'articulation du genou.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Saignée ; — Appareil plâtré our fracture de jambe sans plaie ; — Symptômes de l'ascite ; — Fractures de l extrémité inférieure du radius ; — Cathétérisme de l'urètre chez l'homme ; — Signes de la pneumonie franche et aiguë ; — Fractures de la clavicule ; — Technique de l'autopsie des cavités thoracique et abdominale (1) ; — Vaccination contre la variole ; - Symptômes de la pleurésie ; — Fractures de l'extrémité inférieure du péroné ; — Symptômes et diagnostic de la scarlatine ; — Anthrax ; — Epistaxis ; — Blennorrhagie aiguë.

Concours de 1891. — 1° *Anatomie* : Configuration extérieure et rapports du cœur ; — Muscles masticateurs ; — Fosses nasales. — Sacrum et coccyx ; — Artères de la main ; — Muscles de la région antéro-externe de la jambe ; - Rapports de la vessie ; — Veines supérieures du membre inférieur ; — Occipital ; — Grand et petit obliques de l'abdomen ; — Rapports du foie ; — Artère sous-clavière ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; - Os maxillaire inférieur ; — Artère axillaire ; — Muscle diaphragme ; — Articulation radio-carpienne ; — Brûlures ; Saignée au pli du coude ; — Articulation coxo-fémorale ; — Atlas et axis ; — Articulations de la clavicule ; — Aorte abdominale ; — Muscles fessiers ; — Rapports des reins.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme ; — Lavage de l'estomac ; — Pneumonie ; — Vaccination contre la variole ; — Injections hypodermiques ; — Ponctions exploratrices ; — Tamponnement des fosses nasales ; — Hydarthrose ; — Signes et diagnostic de la phtisie pulmonaire à la 3e période ; — Technique de l'autopsie des cavités abdominale et thoracique ; — Anthrax ; — Erysipèle ; — Ventouses ; — Anesthésie locale ; — Ligature et pansement du cordon ombilical ; — Recherches de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines ; — Appareils plâtrés pour fractures de jambes.

Concours de 1892. — 1° *Anatomie*. — Crosse de l'aorte ; — Face inférieure du foie (conf. ext. et rapports) ; — Biceps brachial et brachial antérieur ; — Tiers supérieur du fémur ; — Muscles masticateurs ; — Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs ; — Surfaces articulaires et ligaments de l'articulation du coude ; — Muscle psoas iliaque ; — Paroi osseuse des fosses nasales ; — Trachée (config. extérieure et rapports) ; — Cœur (config. ext. et rapports) ; — Os maxillaire inférieur ; — Config. ext. et rapports du rectum ; — Artère fémorale ; — Muscles fessiers ; — Veines superficielles du membre supérieur ; — Muscles de la patte d'oie (cout., 1/2 tend., d. interne) ; — Astragale et calcanéum ; — Aorte abdominale ; — Paroi osseuse de l'orbite ; — M. de la région antéro-latérale de la jambe ; — Surf. art. et lig. de l'art. du genou ; — Veines jugulaires ; — Poumons (conf. ext. et rapports) ; — Rapports de l'estomac ; — Artères de la main.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie*. — Signes de la pneumonie franche aiguë ; — Vésicatoires ; — Appareil plâtré ; — Des injections sous-cutanées ; — Recherche de l'albumine et du sucre dans les urines ; — Pansements antiseptiques ; — Signes locaux des épanchements pleuraux ; — Signes des fractures ; — Lavage de l'estomac ; — Manière de faire une autopsie ; — Chloroformisation ; — Rougeole (signes et diagnostic) ; — Vaccination ; — Furoncles ; — Entorses ; — Ventouses ; — Erysipèle de la face ; — Lavement ; — Manière de faire la trachéotomie.

(1) Voir Bourneville et Bricon : *Manuel de technique des autopsies.*

Concours de 1893. — 1° *Anatomie* : Rapports du cœur ; — Triceps brachial ; — Omoplate ; — Muscles de la région postérieure de la cuisse ; — Vertèbres dorsales ; — Articulation radio-carpienne ; — Configuration extérieure et rapports de l'estomac ; — Rapports de la vessie chez l'homme et chez la femme ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Artères de l'avant-bras ; — Muscles de la région postérieure de la cuisse ; — Vertèbres dorsales ; — Muscles péroniers latéraux ; — Configuration ext. et rapports des poumons ; — Muscle psoas iliaque ; — Configuration ext. et rapports de l'œsophage ; — Artères de la jambe ; — Crosse de l'aorte ; — Veine cave inférieure ; — Muscles fessiers ; — Config. ext. et rapports de la face inférieure du foie ; — Config. ext. et rapports de la trachée ; — Rapports des reins.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Symptômes de la pneumonie franche ; — Symptômes de la fièvre typhoïde ; — Sympt. et diagn. de la scarlatine ; — Sympt. et complic. du rhumatisme articulaire aigu ; — Fracture de l'extrémité inférieure du radius ; — Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse ; — Cathétérisme évacuateur de la vessie chez l'homme ; — Symptômes et diagnostic de la variole ; — Fractures de la clavicule ; — Symptômes de la péritonite aiguë ; — Chloroformisation ; — Ascite ; — Anthrax ; — Signes physiques de la tuberculose pulmonaire chronique ; — Symptômes de l'étranglement herniaire ; — Angine diphtérique ; — Fractures de la rotule ; — Examen clinique des urines ; — Symptômes et diag. de la pleurésie purulente ; — Epistaxis ; — Signes de la grossesse ; — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Concours de 1894. — 1° *Anatomie* : Fosses nasales ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Maxillaire inférieur ; — Articulation de l'épaule ; — Artère maxillaire ; — Vertèbres dorsales ; — Rapports de l'estomac ; — Veines superficielles du membre inférieur ; — Muscles psoas iliaque ; — Artères de l'avant-bras ; — Cavités orbitaires ; — Artère poplitée ; — Muscle diaphragme ; — Artère carotide externe ; — Os occipital ; — Configuration et rapport du rectum ; — Configuration extérieure du cœur ; — Trous de la base du crâne ; — Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; — Muscles élévateurs de la mâchoire inférieure ; — Muscles fessiers ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Crosse de l'aorte ; — Configuration et rapports des poumons ; — Articulation de la hanche ; — Ligaments de l'articulation du genou ; — Configuration extérieure et rapports du foie ; — Fosses nasales ; — Muscles péroniers latéraux ; — Articulation sterno-claviculaire. — *Pour les vétérans* : Configuration extérieure et rapports du cœur ; — Veine porte ; — Artères pulmonaires ; — Canal inguinal chez l'homme ; — Veines jugulaires.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : De l'ascite ; — Chloroformisation et accidents ; — Anthrax ; — Fractures de l'extrémité inférieure du radius ; - Phlegmon diffus ; — Symptômes de la fièvre typhoïde ; — Epistaxis ; — Analyse clinique des urines ; — Fractures de la clavicule ; — Symptômes et diagnostic de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë ; — Symptômes et diagnostic du cancer de l'estomac ; — Signes et complications de la rougeole ; — Signes et diagnostic de la coxalgie ; — Vaccine et vaccination ; — Signes et diagnostic du rhumatisme articulaire aigu ; — Erysipèle de la face ; — Symptômes et diagnostic de la fièvre scarlatine ; — Péritonite aiguë généralisée ; — Insuffisance aortique ; — Etranglements herniaires ; — Délivrance ; — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Concours de 1895. — 1° *Anatomie* : Crosse de l'aorte ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Extrémité inférieure du radius et du cubitus ; — Muscles masticateurs ; — Artère sous-clavière ; — Os maxillaire supérieur ; — Muscles obturateurs ; — Caractères distinctifs des vertèbres cervicales ; — Ligaments de l'articulation du genou ; — Muscles de l'éminence thénar ; — Tronc cœliaque ; — Rapports de l'estomac ; — Muscles long et court fléchisseur du gros orteil ; — Ligaments qui unissent l'os sacrum à l'os iliaque ; — Configuration extérieure de la portion pétreuse de l'os temporal ; — Artère carotide externe ; — Configuration extérieure et rapports de l'œsophage ; — Calcanéum et cuboïde ; — Muscles du pied ; — Ligament large ; — Artères du pied ; — Tronc de la veine cave inférieure ; — Long et court supinateur ; — Nerf médian ; — Cordon spermatique.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Fractures du péroné ; — Epistaxis (causes et traitement) ; — Oreillons ; — Complications et traitement des fractures compliquées de la jambe ; — Ulcère variqueux de la jambe ; — Symptômes, marche et complications des anévrysmes artériels circonscrits ; — Etiologie, symptômes et traitement du phlegmon diffus ; — Manuel opératoire du cathétérisme évacuateur de la vessie ; — Description, signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire à la troisième période ; — Luxation de la machoire ; — Complication et traitement de la blennorrhagie ; — Erysipèle de la face ; — Examen chimique des urines ; — Le

© BIU Santé

panaris ; — Thoracentèse ; — Mal de Pott ; — Causes, symptômes et traitement de la pleurésie purulente ; — Cancer de l'utérus ; — Symptômes et diagnostic de la grossesse simple ; — Signes et diagnostic de la fièvre scarlatine ; — Signes, diagnostic et traitement de l'hydrocèle vaginale ; — Les adénites suppurées.

Concours de 1896. — *Anatomie.* — Nerf radial ; rapports du duodénum ; articulation tibiotarsienne ; artères de la main ; muscle grand oblique de l'abdomen ; configuration intérieure du cœur ; description de la face inférieure de l'encéphale ; vésicule biliaire ; omoplate ; prostate ; muscle psoas-iliaque ; enveloppes du testicule ; muscles moteurs du globe oculaire ; muscles fléchisseurs communs des doigts ; veines superficielles du membre inférieur ; artère humérale et ses branches ; configuration extérieure et rapports du rein ; os occipital ; os maxillaire inférieur ; configuration extérieure et rapports de la face inférieure du foie ; veine cave inférieure ; ligaments et synoviales de l'articulation du genou ; muscles péroniers latéraux ; configuration extérieure et rapports des poumons. Muscles péroniens latéraux ; description macroscopique et rapports de l'œsophage ; muscles de la région sus-hyoïdienne ; veines jugulaires ; tiers supérieur du fémur ; artère poplitée et ses branches ; description macroscopique de l'utérus en dehors de la grossesse.

Pathologie. — Fractures de la rotule ; de la chloroformisation et de ses accidents ; hémoptysies ; signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou ; désinfection des mains de l'opérateur et du champ opératoire ; complications du rhumatisme articulaire aigu ; foyers d'auscultation du cœur et souffles qu'on y entend ; différentes formes de traitement des fractures de jambes ; signes et complications de la blennorrhagie chez l'homme ; de la signification clinique des différents râles dans les maladies des bronches et des poumons ; avec quoi peut-on confondre l'ascite ? Signes de la syphilis ; des renseignements donnés par la palpation et la percussion dans les maladies de la plèvre et du poumon ; signes de la cirrhose atrophique de Laënnec ; signes et diagnostic du cancer la langue ; signes et diagnostic du cancer de l'estomac ; complications de la rougeole ; signes et diagnostic de l'angine diphtérique ; signes de la coxalgie ; signes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac ; traitement de l'angine diphtérique et du croup ; de l'examen des crachats ; séméiologie de la langue ; de la délivrance et de ses affections ; étant donné un genou augmenté de volume, discuter le diagnostic possible ; examen clinique des urines ; signes physiques de la pleurésie avec épanchement.

B. — Voici maintenant les articles du règlement relatif aux *internes en médecine et en chirurgie.*

Art. 102. — Les élèves externes, reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne sont inscrits, pour le concours de l'internat, que sur le vu des pièces ci-après : 1° un certificat constatant leur service en qualité d'externes, au moins depuis le 1er février précédent, sans interruption motivée ; 2° des certificats délivrés par le médecin ou chirurgien et par le directeur des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

Art. 102. — Par un arrêté en date du 26 juillet 1892, pris en conformité de l'avis du Conseil de surveillance et approuvé par M. le Préfet de la Seine, l'article 102 du règlement sur le service de santé, qui détermine les conditions à remplir par les candidats pour être admis à prendre part au concours de l'internat en médecine, a été revisé ainsi qu'il suit : « Les élèves externes, reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne peuvent, toutefois, prendre part à ce concours que pendant les 6 années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comprises dans ce délai. Les candidats au concours de l'internat ne sont inscrits à ce concours que sur le vu des pièces suivantes : 1° un certificat constatant leurs services en qualité d'externes, au moins depuis le 1er février précédent, sans interruption motivée ; 2° des certificats délivrés par les médecins et chirurgiens, et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, établissant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite ; 3° un certificat de scolarité délivré par l'Ecole de médecine.

Le nouveau règlement dont il s'agit sera applicable à partir du concours de l'année 1896. »

Art. 121. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures ; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets ; il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le Jury porte ou peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements. Le maximum des points à attribuer, pour chacune de ces épreuves, est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale, 20 points. Ces opérations terminées, le jury procède au classement des candidats.

Questions écrites données dans ces dernières années. — 1861. Structure du rein ; hématurie. — 1862. Région inguinale, signes et diagnostic de l'étranglement intestinal au point de vue médical et chirurgical. — 1863. Muscles intercostaux, leurs usages, fracture des côtes. — 1864. Cordon testiculaire ; varicocèle et son traitement. — 1865. Diaphragme ; pleurésie. — 1866. Veine porte ; ascite. — 1867. Artères des intestins : Signes et diagnostic des hémorragies intestinales. — 1868. Muscles intrinsèques du larynx ; caractères différentiels des laryngites. — 1859. Médiastin postérieur ; diagnostic du pneumothorax. — 1871. Trachée et bronches ; corps étrangers des voies aériennes. — 1872. Vertèbres cervicales ; signes et diagnostic du mal de Pott. — 1873. Circulation du foie ; cirrhose. — 1874. Rapports de l'œsophage ; ses rétrécissements. — 1875. De l'endocarde et des endocardites. — 1876. Cæcum ; ulcérations intestinales. — 1877. Vaisseaux sanguins du poumon ; gangrène pulmonaire. — 1878. Structure du rein ; diagnostic et valeur séméiologique de l'albuminurie. — 1879. Testicule ; affections tuberculeuses du testicule. — 1880. Voile du palais ; érysipèle spontané de la face. — 1881. Col de l'utérus ; polypes de l'utérus. — 1882. Nerf récurrent ; anatomie pathologique ; signes et diagnostic de l'apoplexie pulmonaire. — 1883. Région poplitée ; gangrène sénile. — 1884. Voies biliaires (anatomie et physiologie) ; symptômes, diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie. — 1885. 1er concours : Rapports de l'estomac et du duodénum ; anatomie pathologique, symptômes et diagnostic du choléra asiatique ; — 2e concours : Circonvolutions de la face externe du cerveau ; cours et signes de l'hémiplégie. — 1886. Grand épiploon ; signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — 1887. Veines jugulaires ; érysipèle de la face. — 1888. Triangle de Scarpa ; symptôme et diagnostic de l'étranglement herniaire. — 1889. Muqueuse de l'utérus ; Diagnostic différentiel des métrorrhagies. — 1890. Pancréas (An. et Phys.) ; Diagnostic de l'ulcère rond de l'estomac. — 1891. Articulation tibio-tarsienne ; périostite phlegmoneuse diffuse. — 1892. Diaphragme (An. et Phys.) ; symptômes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. — 1893. Cæcum ; abcès péri-cæcaux. — 1894. Voies biliaires intra et extra-hépatiques ; symptômes et complications de la lithiase biliaire. — 1895. Nerfs de la langue ; symptômes et diagnostic du cancer de la langue. — 1896. Origine et tronc de la veine porte ; perforation intestinale. — 1897. Plèvre ; cancer de l'œsophage.

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des questions orales (1).

Concours de 1888. — Urèthre ; rétention d'urine ; — Col de l'utérus ; présentations de l'épaule ; — Rapports de l'estomac ; symptômes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac ; — Nerf facial depuis son entrée dans le rocher ; paralysie faciale ; — Parotide ; oreillons ; — Ligaments de l'articulation du genou ; fractures de la rotule ; — Œsophage ; rétrécissements de l'œsophage ; — Veine cave inférieure ; causes, signes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens ; — Muqueuse intestinale et colique de plomb ; — Ventricule gauche et insuffisance mitrale ; — Nerf cubital et panaris ; — Muscles intrinsèques du larynx ; laryngite striduleuse ; — Vertèbres dorsales ; symptômes et diagnostic du mal de Pott.

Concours de 1889. — Veine porte en dehors du foie ; symptômes et diagnostic de la cirrhose alcoolique ; — Nerf radial ; paralysie radiale ; — Uretère chez la femme ; valeur séméiologique et pronostic de l'albuminurie chez la femme ; — Valvule mitrale ; symptômes et diagnostic du rétrécissement mitral ; — Ligaments et synoviales de l'articulation coxo-fémorale ; signes de la coxalgie ; — Artère pulmonaire ; embolie pulmonaire ; — Face inférieure du foie ; symptômes et diagnostic des kystes hydatiques du foie ; — Racines postérieures des nerfs rachidiens ; symptômes et diagnostic de l'ataxie locomotrice progressive (sclérose des cordons postérieurs de la moelle). — Tunique des bourses ; pathogénie, signes et diagnostic 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 phlegmatia alba dolens ; — Diaphragme ; diagnostic des épanchements liquides de la plèvre.

Concours de 1890. — Pancréas (Anatomie et physiologie) : diagnostic différentiel de l'ulcère de l'estomac ; — Fosse iliaque ; phlegmon de la fosse iliaque ; — Circulation veineuse intra-crânienne ; méningite tuberculeuse ; — Vaisseaux et nerfs du pied ; causes, signes et diagnostic du mal perforant ; — Région parotidienne ; oreillons ; — Lobule hépatique ;

(1) Voir pour les questions données aux précédents concours les *Numéros des Etudiants* de 1883 à 1888.

© BIU Santé

symptômes du diabète sucré; — Nerf récurrent; séméiologie des crachats; — Ligaments de l'articulation de la hanche; symptômes de la coxalgie; — Prostate; infiltration d'urine: — Muscles et nerfs du voile du palais; signes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens; — Articulation de la tête avec la colonne vertébrale; diagnostic de la présentation du sommet, au terme de la grossesse; — Dure-mère rachidienne; causes, symptômes et diagnostic de la compression de la moelle épinière.

Concours de 1891. — Couches optiques; Embolie cérébrale.— Voies lacrymales; inflammations aiguës des voies lacrymales. — Nerf récurrent; œdème de la glotte. — Synoviales des doigts de la main; synovite chronique de ces gaines. — Nerf phrénique; pleurésie diaphragmatique. — Villosités intestinales; perforations de la fièvre typhoïde. — Ganglions de l'aine; s. et d. de la hernie crurale étranglée. — Canal thoracique; gangrène pulmonaire. — Péritoine pelvien; insertions vicieuses du placenta. — Pylore; gastrorrhaphie. — Ombilic: signes, complications et traitement de l'avortement. Glande sous-maxillaire et son canal excréteur; causes, signes et diagnostic du phlegmon sus-hyoïdien. — Amygdales; syphilis de la langue. — Endocarde; asystolie. — Conformation extérieure et rapports du bulbe rachidien; causes, signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Concours de 1892. — Crosse de l'aorte; symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Artère fémorale; signes de la coxalgie. — Bassinet et uretères; signes et diagnostic de la colique néphrétique. — Muscles masticateurs; s. et d. des paralysies faciales. — M. du larynx; laryngite striduleuse. — Col de l'utérus; s. et traitement de l'éclampsie puerpérale. — Hile du poumon; symptômes du pneumothorax. — Rapports du pharynx; abcès rétro-pharyngiens. — Veine porte; s. et d. de la cirrhose atrophique alcoolique. — Creux poplité; névralgie sciatique. — Veines jugulaires; symptômes de la méningite tuberculeuse. — Région ombilicale; symptômes du cancer de l'estomac. — Canal inguinal; s. et diagn. de la tuberculose testiculaire. — Veines saphènes; causes et symptômes de la phlegmatia alba dolens. — Rapports du cœur; signes et diagn. de la néphrite interstitielle.

Concours de 1893. — Orifice aortique; symptômes et diagnostic de l'angine de poitrine. — Vaisseaux et nerfs de la plante du pied; causes, signes et diagnostic du mal perforant plantaire. — Plèvre pariétale; signes et diagnostic du cancer pleuropulmonaire. — Artères rénales; complications rénales de la scarlatine. — Orifice mitral; pathogénie et signes de l'apoplexie pulmonaire. — Articulation sterno-claviculaire; pathog. et signes du torticolis musculaire chronique. — Racines rachidiennes; signes et marche des fractures de la colonne vertébrale. — Branche ophtalmique de Willis; zona ophtalmique. — Portion membraneuse de l'urètre; complications des rétrécissements de l'urèthre. — Artères de la région du coude et leurs anastomoses; signes et diagnostic des luxations du coude en arrière. — Vaisseaux et nerfs de l'utérus; signes et diagnostic de la grossesse au cinquième mois. — Cornée transparente; signes et diagnostic de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — Vésicule biliaire; complication de la lithiase biliaire; — Bronches extra-pulmonaires; corps étrangers des voies aériennes.

Concours de 1894. — Ganglions trachéo-bronchiques; adénopathie trachéo-bronchique. — Pancréas; complications nerveuses du diabète sucré; — Villosités intestinales; entérite tuberculeuse. — Tubes urinifères; cancer du rein. — Capsules surrénales; maladie d'Addison. — Artères coronaires; angine de poitrine. — Creux poplité; anévrisme poplité. — Muqueuse vésicale; rétention d'urine et son traitement.

Concours de 1895. — Rapports du larynx : laryngite striduleuse; Médiastin postérieur; Symptômes et diagnostic du pneumothorax partiel; — Vésicule de De Graaf; Diagnostic des kystes de l'ovaire; — Nerf sciatique poplité externe; Plaies des nerfs; — Rapports de l'œsophage; Rétrécissements cancéreux de l'œsophage; — Sacrum; — Manuel opératoire, difficultés et accidents de la version podalique; — Parois osseuses des fosses nasales; Symptômes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens; — Artères de la jambe; Phlegmatia alba dolens; — Glotte; Diagnostic et indications thérapeutiques du croup; — Arrière cavité des épiploons; Signes et valeur séméiologique de l'ascite; — Rapports de l'œsophage; Rétrécissement cancéreux de l'œsophage; — Cordon séminal, Kyste du cordon; — Rapport de la carotide; Oreillons; — Muscles de l'éminence thénar; Symptômes et diagnostic des paralysies saturnines; — Rapports de l'uretère; Symptômes, diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale; — Les oreillettes du cœur; — Etiologie, signes et diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne.

Concours de 1896. — Nerf phrénique; symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente. — Canal inguinal; hernie inguinale congénitale chez l'homme — Muqueuse utérine à l'état de vacuité; signes de la grossesse normale. — Glande sous-maxillaire; stomatite mercurielle. — Rapports de la crosse de l'aorte; signes et complications de l'anévrisme de l'aorte. — Rapports du rein; coliques néphrétiques. — Creux poplité; arthrite blennorrhagique. — Veine jugulaire interne; symptômes de l'hémorragie cérébrale. — Valvules auriculo-ventriculaires (droite et gauche); rétrécissement mitral. — Cordon ombilical; délivrance à terme. — Rapports de la trachée; signes de la gangrène pulmonaire. — Portion extra-cranienne du nerf faciai; signes et diagnostic du tétanos (1).

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*; *kystes 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 *Progrès méd.*, 1888, 1re sem. p. 89) en deux concours, portant les noms de *Concours de la médaille d'or pour la médecine* et *Concours de la médaille d'or 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.

Questions qui ont été posées en 1891. — *Section de médecine*: Question écrite: *Des artérites cérébrales*. Question orale: *Oreillons*. — *Section de Chirurgie*: Question écrite: *Œsophage* (Anat. et Phys.); *rétrécissement non cancéreux de l'œsophage*.

Concours de 1892. — *Section de Médecine*: Question écrite: *Anatomie et physiologie de la terminaison des nerfs moteurs et des origines des nerfs de la sensibilité générale; paralysie toxique*. Question orale: *Les angines de poitrine*. — *Section de Chirurgie*: Question écrite: *Mamelles, anatomie et histologie; cancer du sein*. Question orale: *Cancer du larynx*. — Concours de 1893. Section de Médecine: *Scarlatine maligne*. Section de Chirurgie: *Anatomie de la vésicule biliaire; thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire*. — Concours de 1894. — Section de Médecine: *Anatomie histologique et pathologique des capsules surrénales*.

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

(1) Les questions de 1897 seront publiées dans les numéros suivants du *Progrès médical*

© BIU Santé

concours. Valeur 450 fr. — *Prix Dusol* : Donné au premier interne nommé au concours. Valeur 300 fr. — *Prix Godard* : Boîte 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 1,250 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 1,000 fr., à l'interne, titulaire ou provisoire, auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires.

Les renseignements qui précèdent montrent combien l'*external* 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. — Dans les hôpitaux excentriques (Tenon, Bichat, Broussais, Hérold, Sainte-Périne) et dans les hospices extra-muros (Bicêtre, Ivry, Ménages) ils reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement calculée à raison de 300 fr. par an. — Le nombre des places vacantes est d'ordinaire de 50 à 60 ; celui des candidats de 500 environ ; celui des copies remises de 400 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. Mais, en 1873, l'Administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des Aliénés. Il s'ensuit 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 (1).

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.

L'Internat en médecine des Asiles.

Le Concours de l'Internat. — 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 16 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 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. Les fonctions d'interne dans les asiles d'aliénés de la Seine sont incompatibles avec les fonctions d'interne ou d'externe dans les hôpitaux, hospices et autres établissements.

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.

Questions posées. — Voici les questions écrites et orales données aux concours de 1883 à 1896, 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.). — C. de 1889 : *Pie-mère ; liquide céphalo-rachidien* (anat. et physiologie). — C. de 1890 : *Nerf hypoglosse* (anat. et physiologie). — C. de 1891 : *Lobes frontaux et pariétaux du cerveau* (anat. et physiologie). — C. de 1892 : *Cordons postérieurs de la moelle* (anat. et physiologie). — C. de 1893 : *Nerfs moteurs de l'œil* (anat. et physiologie). — C. de 1894 : *Nerf spinal* (anat. et physiologie).

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 la hernie étranglée. — Scarlatine ; fracture du col du fémur. — Signes et*

(1) Pour parler plus exactement, il faudrait dire *quatre* administrations. En effet, la Préfecture de police dirige des établissements ressortissant dans une certaine mesure à l'Assistance publique et la Direction des affaires municipales à une série d'établissements qui auraient pu être légitimement rattachées à l'Assistance : asiles de nuit, refuges-ouvroirs, colonies agricoles, stations de voitures d'ambulances, asiles pour les femmes enceintes, etc.

(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. Le ministre de l'instruction publique a enfin prescrit la revaccination de tous les étudiants en médecine ; cette mesure devrait être appliquée à tous les étudiants à l'entrée de toutes les Facultés.

© BIU Santé

diagnostic de la fièvre typhoïde; Symptômes et diagnostic des anévrismes externes. — Signes et diagnostic de la pleurésie purulente; Plaies de la poitrine; — C. de 1890 : *Pneumonie du sommet; panaris.* — Concours de 1891 : *Symptômes et diagnostic de l'endocardite ulcéreuse ; Symptômes et diagnostic de la fracture du col du fémur. — Complications de la scarlatine; Symptômes et diagnostic du mal de Pott. — Symptômes et diagnostic de l'urémie ; Diagnostic des fractures de la base du crâne. — Symptômes et diagnostic de la gangrène pulmonaire; Abcès rétro-pharyngiens.* — C. de 1892 : *Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë; Hernie crurale. — Hémoptysie; Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Insuffisance mitrale ; Fractures de côtes. — Pleurésie purulente; Luxation de la mâchoire.* — C. de 1893 : *Signes et diagnostic de l'étranglement interne — Corps étrangers de l'œsophage. — Ulcère rond de l'estomac. — Luxation de l'épaule en avant. — Pleurésie purulente; Fracture du col du fémur.* — C. de 1894 : *Urémie. Symptômes de diagnostic de l'insuffisance aortique. — Plaies de poitrine. — Pneumonie. (Symptômes et diagnostic). — Tumeur des bourses — Cancer de l'estomac. — Abcès chauds.* — C. de 1895 : *Substance grise de la moelle; anatomie et physiologie. — Coliques néphrétiques. — Etranglement herniaire. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Rougeole (symptômes et diagnostic). — Cancer du rectum. — Tumeur blanche du genou. — Hématémèse.* — C. de 1896 : *Plexus brachial (anatomie et physiologie). — Signes et diagnostic des luxations de l'épaule en avant et en dedans. — Signes et marche de la cirrhose atrophique du foie. — Diagnostic et traitement de la pleurésie purulente. — Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — Signes et diagnostic des plaies de poitrine. — Rétrécissement mitral.*

Concours pour 1897. — Le lundi 6 décembre 1897, 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 aux places d'interne titulaire en médecine vacantes au 1er janvier 1898 dans les asiles publics d'aliénés de la Seine : Asile-Clinique (Sainte-Anne), Ville-Evrard, 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 exceptés, de midi à 5 heures, du 8 au 20 novembre inclusivement.

Avantages matériels. — 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, à l'éclairage et à une indemnité de 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'au moins 1 année sur 3 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 (1).

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*. M. Herold, préfet de la Seine, fit examiner cette proposition par une Commission spéciale qui émit un avis favorable. En conséquence, il fut pris un arrêté, que l'on trouvera tout au long dans le *Numéro des Etudiants* de 1886 (p. 937). Des concours pour la bourse de voyage ont donc 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 l'Asile-Clinique, a obtenu la bourse avec 83 points ; le troisième, 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 Arnaud a obtenu la bourse avec 89 points. Le cinquième concours a eu lieu le 3 novembre 1890. M. Marie a obtenu la bourse avec 96 points. Voici les questions du concours de 1890 : *Nerf moteur oculaire commun* (anatomie, physiologie et pathologie) (écrite). Epreuve clinique : *Interrogatoire et examen d'une malade.* — Malheureusement, les crédits relatifs à la bourse de voyage ont été supprimés par le Conseil général dès 1891, dans sa séance du 27 décembre. — Nous en avons demandé le rétablissement.

(1) Il n'est résulté de cette pratique libérale aucun inconvénient pour les asiles de la Seine. Aussi ne conçoit-on pas pourquoi le même avantage n'est pas accordé aux internes des hôpitaux. (B.)

L'Internat en Pharmacie des Asiles.

Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1898 dans les Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine (Asile-Clinique, Asile de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif). — Le lundi 8 novembre 1897, à une heure précise, il sera ouvert, à l'Asile-Clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1898 dans lesdits établissements.

Personnel des Asiles d'Aliénés de la Seine.

I. — Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques, 911 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 Joffroy, remplissant les fonctions médicales et administratives de médecin en chef (arrêté ministériel du 13 avril 1877). Chefs de clinique : MM. les Drs Anthéaume et Dufour. Chef de laboratoire, M. le Dr Klippel. — M. Magnan fait également à l'Asile clinique des leçons de clinique mentale. L'organisation officielle du service dentaire à l'Asile, sous la direction de M. Poinsot, a été autorisée par délibération du Conseil général du 11 juillet 1887. Consultations gratuites tous les mercredis, à 10 heures, dans la salle des consultations externes.

Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile-Clinique (Sainte-Anne) (seizième année). — Les cours ont lieu du mois de novembre au mois de juillet, les lundis et vendredis, à huit heures du soir, dans l'Amphithéâtre du service de l'admission. Ils commenceront le 5 novembre, à 8 h. du soir.

Hygiène, professeur : M. le Dr Dubuisson. — *Pansements et Appareils*, professeur : M. le Dr Mauclaire. — *Physiologie*, professeur : M. le Dr Vallon. — *Anatomie*, professeur : M. le Dr Vallon. — *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, 1, rue Cabanis.

II. — Asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise), 953 lits. — *Directeur-administrateur* : M. Balet. — *Médecins, chefs de service* : MM. les Drs Février (division des femmes), Marandon de Montyel (division des hommes); Legrain (quartier spécial des alcooliques); *pharmacien en chef* : M. Moureu.

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 Sérieux.

III. — Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise), 650 lits. — *Directeur* : M. Baudard. — *Médecins en chef* : M. le Dr Boudrie (femmes), M. le Dr Taguet (hommes). — *Pharmacien en chef* : M. Thabuis. — A l'asile de Vaucluse est annexée une *colonie* pour les enfants arriérés et idiots. Elle contient actuellement 250 lits. M. le Dr Blin remplit les fonctions de médecin chef de service de la colonie.

IV. — Asile de Villejuif (Seine), 1.140 lits. — *Directeur* : M. Tondu. — *Médecins, chefs de service* : M. le Dr Marcel Briand (division des femmes, 2e section) et M. le Dr Vallon (division des hommes, 2e section). Médecins adjoints faisant fonctions de chefs de service : MM. Toulouse (division des femmes, 1re section) et Pactet (division des hommes, 1re section). — *Pharmacien en chef* : M. Requier. — *Dentiste de l'asile* : M. le Dr Capdepont.

V. — Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — *Directeur-médecin en chef* : M. le Dr Marie — *Médecin adjoint* : M. le Dr Vigouroux.

© BIU Santé

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 *Progrès médical*, Numéro 45, 1894). 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 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 cranienne. Question orale : symptômes de la fièvre typhoïde ; fractures 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 concours suivant 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 cranienne ; 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. Un autre concours a eu lieu le 25 décembre 1891. Cinq candidats inscrits ; quatre ont subi les épreuves et ont été déclarés admissibles ; le concours a été remarquablement brillant. Question écrite : *Bulbe rachidien* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *nerf spinal*, et *nerfs de la langue*. Question orale : *Pneumonie ; Hernie étranglée* (signes et diagnostic). Les autres questions étaient : *Signes et diagnostic de la colique hépatique ; Fracture du col du fémur; Insuffisance mitrale ; Entorse*. Deux concours ont eu lieu en 1895 : l'un le 16 avril et l'autre le 26 juin. Au premier, deux candidats seulement s'étaient fait inscrire ; un seul s'est présenté et a été déclaré admissible. Question écrite : *Nerf sciatique* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *lobes frontaux* et *cordons postérieurs de la moelle*. Question orale : *Symptômes de l'hémorrhagie cérébrale ; Fractures de côtes* (symptômes et diagnostic). Les autres questions étaient : *Etiologie et symptômes de la fièvre typhoïde ; Entorse tibio-tarsienne ; Diagnostic différenciel de la pneumonie et de la pleurésie ; Rétention d'urine*. Au concours du 26 juin, onze candidats s'étaient faits inscrire : neuf ont pris part à la première épreuve et sept à la seconde ; cinq ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Cordons postérieurs de la moelle* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Le ventricule ; nerf facial*. Question orale : *Coliques hépatiques; Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire*. Les autres questions étaient : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde, fracture du rocher ; Erysipèle de la face ; Rétrécissement de l'urèthre*. — Un nouveau concours a eu lieu dans le courant de 1898. On trouve, chez le concierge de la Faculté de Médecine et à la Maison nationale, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le progamme de ce concours.

Asiles de convalescence de Vincennes, du Vésinet, Asile Vacassy.

A. de Vincennes (420 lits). — *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 déjeuner, même le jour où ils ne sont pas de garde.

A. Vacassy. — A côté de l'asile de Vincennes, se trouve l'Asile Vacassy, ouvert depuis 3 ans, en exécution d'un décret du 30 juin 1876, et au moyen du legs universel fait par M. Vacassy, « pour recevoir et hospitaliser, lorsqu'ils auront cessé d'être en traitement, des indigents ayant subi, à *Paris*, des accidents quelconques ayant entraîné, pour les victimes, une mutilation ou une infirmité les frappant de l'incapacité de subvenir, par leur travail, à leur existence. » Quatre dortoirs de 14 lits chacun sont organisés et occupés. — La direction et le service médical sont confiés au personnel de l'asile de Vincennes.

A. du Vésinet. — *Directeur* : M. Chabanel ; — *Médecin résident* : M. Capmas ; *Médecin-adjoint* : M. Calbet (de Chatou). — 400 lits. — Pas d'internes, en raison de la présence d'un médecin résident. Un quartier pour mères-nourrices.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, rue Moreau, 13, près la Bastille. — Tous les jours, à midi et demi, consultations et opérations. A 1 h., dans la salle annexe, pansements des maladies contagieuses. — Les conférences cliniques ont recommencé le lundi 5 octobre et porteront sur toute l'ophtalmologie, l'examen clinique des malades, opérations. Le lundi, à 2 heures, Dr Kalt. Le jeudi à 2 heures, Dr Valude. Le vendredi, à 1 heure, Dr Trousseau. Le samedi, à 1 heure, Dr Chevallereau. Le mardi à 2 heures, *Présentation et discussion de malades par les médecins de la clinique*. — Le 1er et le 3e mardi de chaque mois, de midi à 1 heure, à partir du 2 novembre, Dr Dubief : *Conférences d'anatomie pathologique et de bactériologie*.

Institution nationale des Sourds-Muets.

Cette institution est située, rue Saint-Jacques, no 254. — *Service de santé* : M. le Dr L. de Lacharrière, médecin ; M. le Dr Ménière, médecin-adjoint ; M. le Dr Tscherning, médecin-oculiste ; M. le Dr Jarre, médecin-dentiste.

Clinique Otologique. — Une clinique otologique est annexée à l'Institution nationale des Sourds-Muets. — Médecin en chef : M. le Dr L. de Lacharrière. — Chef de clinique : M. Legay. — Cette clinique a en moyenne 2,800 malades chaque année, et donne environ 12,000 consultations. Les consultations ont lieu les mardis, jeudis et samedis, le matin, à 9 heures.

Enseignement clinique dans les Hôpitaux.

Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie. — M. le Dr Sevestre, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le jeudi 4 novembre 1897, à 9 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie). Visite et examen des malades tous les jours à 9 heures ; conférences cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 heures. Sont admis à suivre cet enseignement MM. les Etudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les Docteurs en médecine. Ils seront classés par séries de vingt et pour une période d'un mois (MM. les Docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité). Chacun d'eux sera exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet no 1), tous les jours, de midi à 3 heures.

Hospice de la Salpétrière. — Conférences cliniques sur les maladies mentales et leur thérapeutique. M. Auguste Voisin fera un cours le jeudi à la Salpétrière, au mois de mai 1898. — *Conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales*. M. Jules Voisin. Ces cours ont lieu tous les jeudis, de décembre à mai, à dix heures du matin.

Hôpital Necker. — M. le Dr Barth, les mercredis et samedis, conférences de séméiologie et de clinique élémentaire au lit du malade (salles Bouley et Lasègue).

Hospice de Bicêtre. — Maladies des vieillards et maladies nerveuses : M. P. Marie, le mardi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Fèré, consultation le mardi, à 9 h. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville. Samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau. — M. le Dr Kirmisson commencera ses leçons cliniques en novembre 1897 ; il les fera les lundis et vendredis suivants. — Les leçons de cette année seront consacrées aux difformités de la tête et du tronc. — *Opérations*, le lundi, à 9 heures moins un quart. — *Consultations*, les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures.

Hôpital St-Antoine. — Leçons cliniques sur les maladies nerveuses. — Pendant le semestre d'hiver, MM. Gilbert Ballet et Ed. Brissaud font des leçons cliniques sur la pathologie mentale et nerveuse. M. Brissaud, le jeudi, à 10 heures ; M. Ballet, le dimanche à la même heure. L'ouverture du cours est annoncée par une affiche spéciale.

Hôpital Lariboisière. — M. Gouguenheim. Clinique des maladies du larynx et du nez, mardi, jeudi et samedi à 9 heures. Démonstrations cliniques et anatomo-pathologiques, médecine opératoire du larynx et du nez. — *Accouchements*. — M. Maygrier. Visite tous les jours à 9 h. Consultations pour les femmes enceintes et les nouveau-nés tous les jours. Les étudiants qui désirent faire des accouchements doivent se faire inscrire dans le service, qu'ils s'engageront à suivre à l'exclusion de tout autre, au moins pendant un mois. Ils seront mis en séries pour l'examen des femmes enceintes et en travail, et pour la pratique des accouchements.

Hôtel-Dieu. — Clinique ophtalmologique. — M. le Pr Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique le lundi 8 novembre 1897, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredi,

© BIU Santé

et lundis suivants, à la même heure. Clinique et opérations à 10 heures. Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis. — *Cours pratique d'ophtalmologie.* M. le Dr A. Terson, chef de clinique, recommencera, le mardi 16 novembre, à l'Hôtel-Dieu, à 5 heures, des conférences pratiques : 1° *Ophtalmoscopie* (avec malades) Rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales); 2° *Chirurgie de l'œil* (avec exercices par les élèves). — M. Terrien, chef du laboratoire, recommencera, le mercredi 17 novembre, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° *Anatomie normale et pathologique de l'œil et des annexes* (pièces et technique histologiques); 2° *Bactériologie oculaire.* Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardi, jeudi, samedi, à 5 heures; le second, les lundi, mercredi et vendredi, à la même heure. *S'inscrire d'avance,* tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Asile Clinique (Sainte-Anne). — M. Magnan reprendra ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales,* dans l'Amphithéâtre de l'Admission, au mois de mars prochain ; mais à partir du 13 novembre, il recommencera, les vendredis à 9 heures 1/2, les *exercices cliniques sur le diagnostic de la folie* (Voir à la fin du numéro).

POLICLINIQUE DE PARIS.

48, rue Monsieur-le-Prince.

Après bientôt huit années d'existence, la Policlinique de Paris s'est vu forcée, par le nombre même des consultants, à s'installer dans des locaux plus vastes et moins sordides que ceux qu'elle occupait jusqu'ici rue Mazarine, où elle n'a plus aucun service.

Cette translation en plein quartier des Ecoles va permettre à cette institution de donner un peu plus d'extension à l'enseignement médical proprement dit. Le nombre des malades qui fréquentent la Policlinique constitue une riche collection de matériaux cliniques, qu'il serait coupable de ne pas mettre en œuvre dans l'intérêt de la médecine. Aussi ne saurions-nous trop engager les étudiants à aller y parfaire leur instruction sur certaines branches de notre art parfois trop négligées, comme la médecine d'enfants, la médecine mentale, la dermatologie, l'ophtalmologie, la laryngologie, l'otologie et la rhinologie, etc. Du reste, notre bagage médical se composant surtout de choses vues, nous ne devons négliger aucune occasion pour l'accroître, même et surtout dans le domaine de la médecine ou de la chirurgie courante.

La Policlinique aura donné cette année le chiffre respectable de quarante mille consultations; aussi, grâce à cette fréquentation par les malades de toutes sortes, a-t-elle pu trouver les matériaux nécessaires à une publication scientifique d'abord bimensuelle, puis mensuelle, les *Annales de la Policlinique*, qui contiennent des mémoires originaux d'une certaine valeur comme les suivants : Gommes syphilitiques des amygdales; Polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, etc., de M. Marcel Natier. — Particularités anatomiques du frein de la lèvre supérieure. Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique chez l'enfant, de P. Marie. — Kystes des ganglions lymphatiques; l'urée en pathologie ; note sur l'indicanurie. — Instrumentation et manuel opératoire de l'intubation laryngée, etc., de M. H. Gillet. — Un nouveau phénomène entoptique ; note sur un changement jusqu'à présent inconnu que subit le cristallin, pendant l'accommodation; les sept images de l'œil humain, etc., de M. M. Tscherning. — L'axe fictif de rotation de la mâchoire inférieure, de M. L. Chabry. — Fistules congénitales du pavillon de l'oreille, de M. Vauthier. — De la dégénérescence de l'espèce humaine, sa définition, ses origines; note pour servir à l'histoire de l'hémichorée essentielle ; contribution à l'étude de la paralysie générale chez l'adolescent ; l'inversion sexuelle, de M. M. Legrain. — De l'urée du sang, à l'état pathologique et en particulier dans les affections cutanées; de la glycose du sang; de l'urée du sang dans l'éclampsie ; respiration placentaire à l'état normal et à la suite d'une hémorragie de la mère, de M. L. Butte. — Nouveaux instruments gynécologiques permettant de faire sans aides les pansements intra-utérins et le curettage, leçons sur le traitement des métrites, de M. Ad. Olivier.

On s'imagine les ressources que possède la Policlinique pour faire de l'enseignement pratique de la médecine. Cet enseignement comprendra cette année deux ordres d'exercices, les entretiens cliniques et les conférences.

Les entretiens cliniques, véritables leçons de choses, ont lieu au moment des consultations; les étudiants y sont exercés à l'examen et au traitement des malades. Un laboratoire permet les recherches chimiques et microscopiques.

Les conférences ont pour objet un sujet limité, traité en un certain nombre de séances. Voici du reste le programme pour le premier semestre de cette année 1897-98 :

Consultations.

Médecine. — *Maladies du cœur et des reins,* Dr Kortz, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — *Maladies du système nerveux* et *Maladies mentales et nerveuses,* Dr L. Legrain, vendredi, 4 h. 1/2 soir. — *Maladies des enfants,* Dr H. Gillet, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. 1/2 du soir. — *Maladies de la peau et syphilis,* Dr Butte, mardi, jeudi, samedi, à 6 h. — *Electrothérapie,* Dr Peyrou, mardi, jeudi et samedi, à 5 h. soir.

Chirurgie. — *Chirurgie générale et voies urinaires,* Dr A. Braine, lundi, vendredi, 4 h. 1/2. Vendredi, 9 h. du matin, opérations. — *Gynécologie, accouchements,* Dr A. Olivier mardi, jeudi, samedi, 3 h. — *Laryngologie, otologie, rhinologie,* Dr M. Natier, tous les jours, 5 h. du soir, dimanche, 9 h. du matin. — *Ophtalmologie,* Dr Wuillomenet, lundi, mercredi, vendredi, 1 h.; Tscherning, mardi, samedi, 11 h. du matin. — *Maladies de la bouche et des dents,* Dr Moiroud, lundi, mercredi, samedi, 5 h. du soir.

Conférences.

Dr Legrain. Les psychoses alcooliques. — Dr H. Gillet. L'intubation laryngée dans le croup. Exercices opératoires. — Dr Butte. La thérapeutique de la syphilis. — Dr Braine. Rétrécissements uréthraux. — Dr Kortz. Les cardiopathies artérielles. — Dr Sollier. Séméiologie des maladies nerveuses. — Dr Olivier. L'électricité en gynécologie. — Dr Tscherning. Notions de physique ophtalmologique ; démonstration (au laboratoire de la Sorbonne). Cours expérimental d'optique physiologique. — Dr Wuillomenet. Maladies externes de l'œil ; exercices ophtalmoscopiques. — Dr M. Natier. Maladies des fosses nasales ; exercices rhinoscopiques. — Dr Moiroud. Dentisterie opératoire. — Dr Peyrou. L'électricité médicale.

Une affiche spéciale annoncera pour chaque cours la date d'ouverture précise.

Les étudiants en fin d'études pourront recueillir à la Policlinique des matériaux pour la confection de leur thèse inaugurale et faire des recherches au laboratoire dans le même but. L'installation encore modeste de cet établissement est cependant aujourd'hui suffisante.

De plus, depuis 1890, existe à la Policlinique de Paris une *Ecole d'ambulancières et d'ambulanciers,* fondée et administrée par M. Albin Rousselet, dont les cours, semblables à ceux des hôpitaux, sont professés chaque année par les médecins de l'établissement. Nous en publierons le programme ultérieurement (1).

HOPITAL INTERNATIONAL DE PARIS

(11, rue de la Santé)

(Ancienne Clinique Française).

M. le Dr Aubeau, *Chirurgie générale et gynécologie opératoire* : mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. Opérations le vendredi matin. — M. le Dr Bilhaut, *Chirurgie générale et orthopédie* ; lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures. Opérations, le mardi matin. — M. le Dr Paul Cornet, *Maladies de l'estomac, intestin, foie, tube digestif* : dimanche, mercredi, vendredi, à 10 heures, lundi matin : sondages, lavages gastriques. — M. le Dr Jocqs, *Maladies des yeux* : tous les jours de 1 h. à 3 h. (sauf le dimanche.) — M. le Dr C. Astier, *Maladies du nez, de la gorge et des oreilles* : le mardi et le jeudi, de 4 à 5 heures 1/2, le dimanche matin, de 9 h. à 11 h. — M. le Dr de Pezzer, *Affections des organes génito-urinaires des deux sexes* : lundi, mercredi vendredi, à 4 h. 1/2. — M. le Dr Fouquet, *Médecine générale et maladies des enfants* : tous les matins à 10 h. (dimanche excepté). — M. le Dr Bonnet, *Electricité médicale* : lundi, mercredi, vendredi, à 10 h.

Laboratoire de chimie digestive (analyses médicales tous les jours). — Directeur du laboratoire : Dr Paul Cornet. — Préparateur : Dr Paul Berthelot.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE.

Gynécologie. — Le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, et le Dr Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare, continueront leurs leçons cliniques de gynécologie conservatrice, 9, rue de Savoie, le lundi à une heure. Examen des malades.

Maladies des Femmes. — M. le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques de gynécologie à sa Clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 9 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.

(1) Deux autres écoles similaires et dues à la même initiative fonctionnent à l'Hôpital international, 11, rue de la Santé, et à l'Ecole dentaire de la rue Rochechouart.

© BIU Santé

Gynécologie médico-chirurgicale et chirurgie abdominale. — M. le Dr Ch. FOURNEL, lauréat de la Faculté, membre de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, commencera fin novembre 1897, à 5 heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, Amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de gynécologie médico-chirurgicale et chirurgie abdominale. Il le continuera les mardi, jeudi, samedi suivants à la même heure.

Clinique Gynécologique. — M le Dr LORAIN, 4, rue Salomon-de-Caus. Les médecins et étudiants en médecine sont admis à la Clinique, le *jeudi matin*, de 9 heures à 11 heures, et exercés aux examens gynécologiques. S'inscrire à la Clinique, les mardi, jeudi, samedi, de 9 heures a 11 heures du matin.

Policlinique de Chirurgie des femmes. — M. le Dr BERRUT, rue de Varenne, 25, du 1er novembre au 31 août. Le jeudi, à 9 h., leçon ouverte aux médecins et aux sages-femmes sur la présentation de leur carte, et aux élèves inscrits. L'inscription des élèves est reçue tous les jours à 3 heures. A 10 h. consultation. La première leçon aura lieu le jeudi 4 novembre.

Maladies des yeux. – Clinique du Dr DUBOYS DE LAVIGERIE, 76, rue St-Dominique. Leçons cliniques et théoriques tous les jours, à 2 h, sur les maladies des yeux et la chirurgie oculaire. — Ophtalmométrie, Réfraction et Ophtalmoscopie.

Maladies des yeux — Cours élémentaire d'ophtalmologie en trois mois, par le Dr JOCQS, ancien interne des hôpitaux, à l'Hôpital international, 9, rue de la Santé. Première série le 15 novembre. On s'inscrit tous les jours au bureau de la clinique.

Ophtalmologie. Clinique des maladies des yeux. — M. le Dr GALEZOWSKI, 41, rue Dauphine. Consultations et opérations les lundis, mercredis et vendredis, de 1 à 3 heures. Examen ophtalmoscopique les jeudis. De plus, à partir du mois de novembre, le Dr Galezowski fera des conférences publiques tous les lundis, entre 2 et 3 heures, sur le diagnostic différentiel des maladies des yeux et sur leur traitement. Les mardis, à 2 h., le Dr KOPFF fera des conférences pratiques sur la réfraction et le choix des lunettes. Les samedis, à 3 heures, le Dr REMY fera des conférences sur la thérapeutique oculaire. Les samedis à 1 heure, M. Segall fera des démonstrations microscopiques.

Ophtalmologie. — M. le Dr LANDOLT fera ses opérations et ses conférences cliniques le mercredi et le samedi, de midi 1/2 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 20 novembre.

Maladies des yeux. — Clinique de M. le Dr Emile BERGER, 45, rue de Rambuteau. Conférences cliniques sur les rapports de l'ophtalmologie avec la pathologie générale les mardi et jeudi de 1 heure à 2 heures, et le samedi de 8 à 9 heures du soir.

Ophtalmologie. — Clinique du Dr A. DARIER, 9, rue Buffault, (51 *bis*, rue Lafayette). *Conférences cliniques* les mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. — Exercices d'ophtalmoscopie et de réfraction. — Leçons particulières.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr F. BOÉ, rue des Grands-Augustins, 20. Enseignement privé. Cours de médecine opératoire, de réfraction d'ophtalmoscopie. MM. les étudiants qui préparent des concours ne sont pas admis. S'adresser à la clinique les mardi, jeudi et samedi, de 1 h. à 3 h.

Clinique ophtalmologique. — MM. les Drs DE WECKER et MASSELON, 55, rue du Cherche-Midi. – Cours cliniques par le Dr de Wecker, les lundi, mercredi et vendredi, de 4 à 5 h. 1/2. – Cours particuliers d'ophtalmoscopie, de réfraction et de chirurgie oculaire, par le Dr Masselon, chef de clinique, et le Dr Borsch, tous les jours à 1 h. Les cours sont faits en français, anglais et espagnol.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx. – Clinique de M. le Dr BARATOUX, rue Saint-André-des-Arts, 33. Conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies du larynx, du nez et des oreilles. Exercices pratiques par les élèves, les mardis et samedis de 4 à 6 heures, à partir du 6 novembre.

Maladies des oreilles et du nez. — M. le Dr C. MIOT, 41, rue Saint-André-des-Arts. Entretiens cliniques les lundis et jeudis, à midi. — Consultations les lundis et jeudis.

Laryngologie. Otologie. — M. le Dr MADEUF, bi-licencié ès sciences, a créé, depuis 1890, une clinique exclusivement pour l'enseignement pratique. Les élèves font eux-mêmes les *opérations* et les pansements du nez, du larynx, de la gorge et des oreilles. 10, rue Fontaine-au-Roi. Avril et Mai. Lundi, vendredi, de 4 à 6 heures.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — M. le Dr CASTEX, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, à sa Clinique, 21, rue Guénégaud, le mardi 9 novembre, à 3 heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — *Examen des malades et opérations* les mêmes jours, à partir de 3 h. 1/2. On s'inscrit pour les exercices pratiques 21, rue Guénégaud, les mardis, jeudis, samedis, de 3 à 5 heures.

Otologie. — M. le Dr GELLÉ. — Le samedi, à 9 h., à la Salpêtrière, service de M. le Pr Raymond.

Laryngoscopie et rhinoscopie. — Ancienne clinique du Docteur FAUVEL. Clinique du Dr BLANC.— Les lundis et jeudis, à 10 h. — 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 est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Technique microscopique. – M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, recommencera son cours de technique microscopique et d'anatomie pathologique, avec exercices de diagnostic, le 8 novembre, à 4 heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques 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 tous les jours, 5, rue du Pont-de-Lodi, de 4 h. à 5 h., excepté le samedi.

Technique bactériologique expérimentale. — Ce cours, essentiellement pratique, comme le précedent, a lieu tous les jours de 2 à 4 heures et comprend toutes les manipulations exigées pour les analyses et la recherche des microbes (fabrication des milieux de culture, isolement des microbes, leur culture selon chaque espèce, expériences d'inoculation ; methodes diverses de coloration et de conservation et étude des principaux microbes).

La durée du cours est de 20 leçons. On s'inscrit au Laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi, de 4 h. à 5 h., excepté le samedi. Leçons particulières. — NOTA. De nouveaux cours commenceront le 28 novembre.

Cours de Chimie digestive. — M. le Dr Paul CORNET commencera fin novembre, à sa *Clinique*, rue de la Santé, pour continuer les lundis suivants à la même heure, une série de démonstrations sur l'*exploration interne de l'estomac*, et sur les applications contributives de la chimie biologique à l'étude normale et pathologique de la *fonction digestive*.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. RÉGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité, commencera ses conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi, 6 novembre, à 5 heures, au laboratoire. — *Objet du cours* : Sources de l'électricité médicale. — Technique générale. — Applications au diagnostic et au traitement des affections des muscles et des nerfs des maladies de la nutrition. Radioscopie expliquée au diagnostic médical et chirurgical.

Auscultation et tuberculose. — Clinique du docteur G. ARTHAUD, 5, rue Mazarine, le dimanche de 9 heures à 11 heures. — Cours clinique sur l'auscultation du poumon.

Maladies nerveuses et psychiatrie. Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, médecin inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, reprendra, le jeudi 11 novembre, à 10 h. 1/2, à sa clinique, 49, rue Saint-André-des-Arts, son cours sur les applications de l'hypnotisme à la neuropathologie et la psychiatrie. Il le continuera les jeudis suivants, à 10 h. 1/2. Les élèves régulièrement inscrits seront exercés à la pratique de la psychothérapie.

Enseignement de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique. — L'Institut psycho-physiologique de Paris, 49, rue Saint-André-des-Arts, fondé en 1889 pour l'étude des applications cliniques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme, et placé sous le patronage de savants et de professeurs autorisés, est destiné à fournir aux médecins et aux étudiants un enseignement pratique permanent sur les questions qui relèvent de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique. — L'organisation de l'Institut psycho-physiologique en fait à la fois une École pratique de psychothérapie et un laboratoire de psychologie expérimentale. Une clinique de maladies nerveuses (dispensaire neurologique et pédagogique), est annexée à l'Institut psychologique. Des consultations gratuites ont lieu les mardis, jeudis et samedis, de 10 h. à midi. Les médecins et étudiants régulièrement inscrits sont admis à y assister et sont exercés à la pratique de psychothérapie. Tous les jeudis, à 10 h. 1/2, M. le Dr Bérillon, inspecteur-adjoint

© BIU Santé

des asiles publics d'aliénés, y complète son cours à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine (semestre d'été) par des conférences sur les applications cliniques et pédagogiques de l'hypnotisme. Il est secondé dans ses démonstrations cliniques par MM. Wolf, Paul Farez, Rehns, et dans ses démonstrations de psychologie expérimentale par MM. Charles Verdin et Bianly. — Pendant le semestre 1897-1898, des cours et des conférences sont faits, les jeudis, à 5 heures, par MM. les Drs Dumontpallier, Bérillon, Max Nordau, E. Caustier, Armand Paulier, Henri Lemesle, Paul Farez, G. Raynaud, etc., sur les diverses branches de la psychologie physiologique et pathologique. M. le Dr Paul Joire, correspondant de l'Institut psycho-physiologique, fait, à Lille, un cours annexe d'hypnologie. Un musée psychologique contient un nombre considérable de documents relatifs à l'histoire de l'hypnotisme et de la psychologie. La bibliothèque est mise à la disposition des étudiants inscrits.

Cours de thérapeutique appliquée aux maladies nerveuses. — M. le Dr Verrier, médecin de l'Institut hydrothérapique de Passy, commencera son cours de thérapeutique appliquée aux maladies nerveuses, le 11 janvier 1898, à l'Ecole pratique de la Faculté (Amphithéâtre Cruveilhier). Les leçons auront lieu les mardis et samedis à 4 heures.

Voies urinaires. — M. le Dr Guépin, ex-interne des hôpitaux de Paris et ancien élève du Dr Reliquet, le jeudi, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Association des Etudiants, série de conférences pratiques sur la Chirurgie journalière des voies urinaires.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr H. Picard a commencé vers le milieu d'octobre, à 3 h. 1/2, 16, rue Dauphine, un cours public et gratuit sur les maladies des voies urinaires ; il le continue les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Ecole d'Orthopédie et de massage. — M. le Dr Archambaud reprendra ses cours à l'Ecole française d'orthopédie et massage, en novembre prochain, à six heures du soir, et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure. Se faire inscrire les lundi, mercredi et vendredi, de 4 heures à 6 heures, à l'Ecole, rue Cujas, 21. Les docteurs en médecine français sont admis gratuitement à ces cours ainsi qu'aux démonstrations pratiques qui ont lieu aux heures de consultation.

Préparation au 4e doctorat. — M. le Dr Paul Cornet fait à sa *Clinique*, 11, rue de la Santé, un cours de *thérapeutique* et *matière médicale* spécial au 4e doctorat. Objet du cours : art de formuler, propriétés, posologie et pharmacologie des médicaments. Collection de matière médicale. Interrogations. — Le cours a lieu trois fois par semaine, par séries de 24 leçons. Le nombre des élèves est limité. On s'inscrit tous les jours, au Secrétariat de la Polyclinique, 11, rue de la Santé.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE.

École d'application du Service de santé militaire.

Année 1897-1898.

Directeur : M. le médecin inspecteur Mathieu.

MÉDECINS STAGIAIRES.

Cliniques.

Clinique médicale : MM. les Professeurs chefs des services médicaux, 1 fois par semaine. — *Clinique chirurgicale* : MM. les Professeurs chefs des services chirurgicaux, une fois par semaine. — *Clinique ophtalmologique* : M. Sieur, 1 fois par semaine. — *Cliniques des maladies vénériennes et cutanées* : MM. Ferraton et Loison, professeurs agrégés.

Cours.

Epidémiologie : M. Vaillard, professeur. — *Anatomie chirurgicale et Médecine opératoire* : M. Robert, professeur. — *Hygiène* : M. Richard, professeur. — *Médecine légale et législation militaire* : M. Du Cazal, professeur. — *Optométrie, Ophtalmoscopie* : M. Sieur, professeur. — *Chirurgie d'armée* : M. Nimier, professeur. — *Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie* : M. Burcker, professeur.

Conférences et exercices pratiques.

Conférences d'hygiène : M. Ferrier, professeur agrégé. — *Petite chirurgie, bandages et appareils, conférences de blessures de guerre, manœuvres d'ambulance, exercices de diagnostic chirurgical* : M. Ferraton, prof. agrégé. — *Conférences d'épidémiologie* : M. Lemoine, professeur agrégé. — *Travaux anatomiques* : M. Loison, professeur agrégé. — *Exercices de médecine opératoire, exercices d'ophtalmoscopie* : M. Sieur, professeur agrégé. — *Conférences de médecine légale, autopsie, législation, administration militaire* : M. Vincent, professeur agrégé. — *Exercices de diagnostic médical* : MM. Ferrier et Vincent, professeurs agrégés. — *Anatomie pathologique et microbie* : M. Vaillard, professeur agrégé. — *Manipulations chimiques* : M. Georges, professeur agrégé.

PHARMACIENS STAGIAIRES.

Cours et conférences.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie : M. Burcker, professeur. — *Pharmacie militaire et comptabilité* : M. Georges, professeur agrégé. — *Hygiène* : M. Richard, professeur, — *Médecine légale, législation, administration et services de santé militaires* : M. Du Cazal, professeur. — *Analyses chimiques et matière médicale* : M. Georges, professeur agrégé. — *Bactériologie* : M. Vaillard, professeur. — *Exercices et travaux pratiques* : MM. Burcker, professeur et Georges, professeur agrégé.

COLLÈGE DE FRANCE.

Cours d'Anatomie générale. — M. Ranvier, professeur, fera son cours les mercredis et vendredis, à 2 h 1/2 (salle n° 2). Il traitera : de la structure de la peau et du mécanisme histologique de la cicatrisation. 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 et Jolly, 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 M. Suchard ou 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. d'Arsonval, professeur, fera son cours sur les applications médicales de l'électricité, les mercredis et vendredis à 5 heures, à partir du premier mercredi de décembre.

Laboratoire de Physique biologique (Ecole Pratique des Hautes-Etudes). — M. d'Arsonval, directeur ; M. Hénocque, directeur-adjoint ; M. Félix Guyon, préparateur. Ce laboratoire est un laboratoire de recherches.

Cours d'Histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey professeur. M. François Franck, suppléant, traitera de l'action des poisons végétaux et organiques sur l'innervation de l'appareil circulatoire. Mercredi et vendredi, à 3 h. 1/2 (salle n° 7).

Laboratoire de Physiologie pathologique (Ecole pratique des hautes études). — M. François Franck, directeur. Ce laboratoire est un laboratoire de recherches.

Cours d'Embryogénie comparée. — M. Balbiani, professeur, sera probablement remplacé cet hiver par M. Henneguy (salle n° 5), qui traiterait de la reproduction, du développement et des métamorphoses des insectes, les mercredis et samedis, à 2 heures.

Cours de Chimie organique. — M. Berthelot, professeur, traitera de l'analyse des gaz, les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2 (salle n° 1).

Cours de Chimie minérale. — M. X..., professeur, traitera de l'analyse chimique, les mercredis et samedis, à 10 heures 1/2 (salle n° 1).

Les laboratoires de MM. Berthelot et X .. 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.

Ecole pratique des Hautes Etudes.

(Nouvelle Sorbonne.)

Psychologie physiologique. — M. Jules Soury, directeur adjoint, traitera, à partir du 8 novembre, des *Centres corticaux de la sensibilité générale*, les lundis, à 4 h. 1/2 ; il exposera tous les vendredis, à la même heure, la *Théorie actuelle des neurones*.

Libéralités médicales. — On mande de Riom que M le Dr Girard, député, vient d'offrir à la ville une somme de 100 000 francs pour l'aider à construire une caserne afin de conserver le 4e bataillon à créer. Il y a quelques mois, à la suite de l'incendie de l'hospice, il avait donné une somme de 40.000 francs pour la reconstruction des bâtiments brûlés.

© BIU Santé

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

Cours du premier Semestre.

Les cours s'ouvriront à la Sorbonne, le lundi 9 novembre 1896.

Géométrie supérieure : Les mercredis et vendredis, à 10 h. 3/4. M. G. Darboux, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 10 novembre. Il traitera de la théorie des coordonnées curvilignes. — *Calcul différentiel et Calcul intégral* : Les mardis et samedis, à 10 h. 1/2. M. Goursat, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le mardi 9 novembre. Il traitera des operations du calcul différentiel et intégral au point de vue réel, et des principes de la théorie des fonctions analytiques. *Mécanique rationnelle* (ce cours aura lieu à l'amphithéâtre de physique) : Les mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2. M. Appell, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le mercredi 10 novembre. Il traitera des lois générales de l'équilibre et du mouvement. — *Astronomie mathématique et mécanique céleste* : Les lundis et jeudis, à 10 heures 1/2. M. H. Poincaré, professeur, ouvrira ce cours le lundi 8 novembre. Il traitera des perturbations planétaires et du développement de la fonction perturbatrice. — *Calcul des probabilités et Physique mathématique* : Les mardis et samedis, à 8 h. 3/4. M. Boussinesq, professeur, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre. Il exposera la théorie analytique de la chaleur. — *Mécanique physique et expérimentale* : Les lundis et jeudis, à 8 h. 3/4. M. G. Kœnigs, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le lundi 8 novembre. Il traitera de la cinématique du corps solide. Mouvements à plusieurs paramètres. — Cinématique des corps déformables. — *Physique* : Les mardis et samedis, à 1 h. 1/2. M. Bouty, professeur, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre. Il traitera de la thermodynamique et de l'électro-magnétisme. Des manipulations et des conférences, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre. — *Chimie générale* : Les lundis et jeudis, à 1 h. M. Troost, professeur, ouvrira ce cours le lundi 8 novembre. Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie; il 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 minérale* : Les mercredis et vendredis, à 2 h. M. Ditte, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 10 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, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre. Il étudiera la nutrition des microbes. — *Zoologie, Anatomie, Physiologie comparées* : Les mardis et samedis, à 3 h. 1/2. M. H. de Lacaze-Duthiers, professeur, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre. Il traitera des organes de la reproduction et des principes généraux de l'embryogénie. Les manipulations auront lieu les jeudis, de midi et demi à quatre heures, dans le laboratoire, sur les sujets relatifs au cours et aux examens du certificat d'études supérieures de zoologie. — *Evolution des êtres organisés* (fondation de la Ville de Paris); ce cours aura lieu rue de l'Estrapade, n° 18. Les mercredis à 2 h. et samedis à 11 h. M. Giard, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 10 novembre. Il exposera l'évolution des animaux à métamorphoses et la théorie de la nécrobiose phylogénique. Le samedi, à 11 h., le professeur traitera de l'origine des sexes et du polymorphisme sexuel. — *Botanique* : Ce cours aura lieu à l'amphithéâtre de Physique. Les mercredis et vendredis, à 4 h. 1/2. M. G. Bonnier, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 10 novembre. Il traitera de l'anatomie et de la physiologie expérimentales des végétaux. Les travaux pratiques et manipulations auront lieu les mardis, de huit heures et demie à onze heures et demie, dans le laboratoire. — *Géographie physique* : Les mardis, à 1 h. 3/4, et les samedis, à 10 h. 1/2. M. Ch. Velain, professeur, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre. Evolution et groupement rationnel des grandes lignes du relief terrestre avec étude spéciale de l'Europe, le lundi. Développement des questions portées au programme du certificat d'études de géographie physique, le samedi.

Cours Annexes.

Eléments d'analyse et de mécanique : les lundis à 3 heures, les jeudis, à 2 h. 3/4 et les samedis, à 3 h. 1/4. M. Raffy, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 8 novembre. Il exposera les principales théories mathématiques dont la connaissance est nécessaire pour l'étude de la Physique (notions de géométrie analytique, dérivées et intégrales, équations différentielles, lois générales de l'équilibre, mouvements des points et des systèmes). — *Astronomie mathématique et mécanique céleste* : les mardis, à 1 h. 1/2. M. Andoyer, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre. Il traitera du Mouvement de translation des corps célestes d'après la méthode de la variation des constantes arbitraires. — *Physique générale* : les jeudis, à 4 heures. M. Pellat, professeur adjoint, chargé du cours, ouvrira ce cours le jeudi 11 novembre. Il traitera de l'électrostatique. — *Chimie analytique* : les lundis, à 3 h. M. Riban, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 8 novembre. Il traitera des procédés généraux de l'Analyse quantitative, puis du dosage et de la séparation des métaux.

Conférences.

Les Conférences annuelles commenceront le lundi 15 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences mathématiques : M. Hadamard, maître de conférences, fera des conférences sur le calcul différentiel et le calcul intégral, les mardis et les vendredis à 3 heures. — M. P. Puiseux, professeur adjoint, fera des conférences sur la mécanique, les mercredis, à 3 h., et les samedis, à 1 h. 1/2. — M. Andoyer, maître de conférences, fera des conférences aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les lundis, à 1 h. 1/2, et les jeudis, à 10 h. 1/2. — M. Hadamard, maître de conférences, fera une conférence aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les jeudis à 3 h. — M. Blutel, maître de conférences, fera une conférence aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les jeudis, à 1 h. 1/2.

Sciences physiques : M. Leduc, maître de conférences, fera, les mercredis et vendredis, à 4 heures, des interrogations aux candidats au certificat de physique générale, sur les matières du cours de physique. Il traitera en outre les questions indiquées par le professeur. Il fera, les jeudis, à 10 h. 1/4, une conférence aux candidats à l'agrégation (exercices pratiques). — Les manipulations auront lieu, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, de 9 h. à 11 heures. — M. Pellat, professeur adjoint, fera une conférence de physique, les lundis, à 4 h. 1/4 Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 h. 1/2 — M. Joly, professeur adjoint, exposera les principes de la notation atomique; il étudiera ensuite quelques questions de chimie générale et les métaux (1re partie du cours), les mardis et samedis, à 10 h. 1/2. Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et jeudis, à 5 h. — M. Maquenne, maître de conférences, fera, les mardis et les samedis, à 4 h. 1/2, des conférences de chimie organique. Il fera l'étude particulière des combinaisons acycliques ou de la série grasse. — M. Riban, maître de conférences, fera une conférence d'analyse qualitative, les vendredis, à 11 heures. Le laboratoire est ouvert tous les jours de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures pour les élèves qui désirent se livrer à des travaux de chimie générale ou de chimie analytique ou à des recherches personnelles sur les diverses parties de la chimie. Manipulations pour le certificat de chimie générale, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 h. Manipulations les vendredis, de 1 heure à 5 heures, pour les candidats à l'agrégation; les jeudis, de 1 heure à 5 heures, pour les professeurs de collèges. — M. Jannettaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à 8 h. 1/2.

Sciences naturelles : M. J. Chatin, professeur adjoint, fera, les lundis et jeudis à 4 heures, des leçons sur les organes et fonctions de nutrition considérés dans les différents embranchements de la série animale. — M. Boutan, maître de conférences, fera, les vendredis, à 10 heures, et les samedis, à 7 h. 1/2 du soir, des conférences de zoologie. — M. Molliard dirigera les samedis à 5 h., des exercices de botanique préparatoires à l'agrégation des sciences naturelles. — M. Matruchot, maître de conférences, fera, les jeudis et vendredis, à 8 h 3/4, des conférences de botanique. Il traitera des cryptogames. — M. Haug, maître de conférences, fera, les jeudis, à 10 heures, et les samedis, à 1 h. 1/2, des conférences de géologie et traitera en particulier des terrains secondaires. Il fera, les jeudis à 4 heures, des conférences de Paléontologie préparatoires à l'agrégation des sciences naturelles. — Les travaux pratiques auront lieu les mardis, de 9 h. à 11 h. 1/2, les jeudis de 11 heures à midi et les samedis, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2. — M. Bertrand, maître de conférences, fera des conférences de pétrographie les vendredis, à 9 heures, aux candidats à l'agrégation des sciences naturelles et les mardis, à 9 heures, au certificat de géologie.

Enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, rue Rataud, n° 1.

Physique : 1re *section* : M. P. Janet, professeur à la Faculté, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 8 novembre. Il traitera les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. : Principes de mécanique, chaleur, électricité, magnétisme, électro-magnétisme. 2e *section* : M. Lucien Poincaré, chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre. Il traitera les mardis, jeudis, samedis, à 9 heures : Principes de mécanique, chaleur, électricité, magnétisme, électromagnétisme M. Krouchkoll, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de physique les lundis, mardis, vendredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Chimie* : 1re *section*, M. Joannis, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux,

© BIU Santé

chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi, 9 novembre. Il traitera les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures : métalloïdes, métaux, chimie analytique. 2e *section* : M. Péchard, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 8 novembre. Il traitera les lundis, mercredis, vendredis, à 9 heures : Métalloïdes, métaux, chimie analytique. M. Etaix, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de chimie les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Zoologie* : M. R. Perrier, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 8 novembre. Il traitera de la zoologie générale. 1re *section* : les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2. 2e *section* : les mardis et samedis à 10 h. 1/2. M. Fischer, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de zoologie les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Botanique* : M. Daguillon, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le mercredi 10 novembre. Il traitera d'abord des plantes cryptogames, puis de l'anatomie et de la physiologie générales. 1re *section* : les mercredis, à 10 h. 1/2. 2e *section* : les jeudis, à 10 h. 1/2. M. Chauveaud, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de botanique les mercredis, jeudis, vendredis et samedis de 1 1/2 à 4 h. 1/2.

Enseignement pratique de chimie appliqu e, rue Michelet, n° 3.
Directeur : M. le Pr Friedel. — Sous-directeur : M. Chabrié.

Les exercices de laboratoire auront lieu de 9 heures du matin à 5 heures tous les jours, à partir du 8 novembre. L'enseignement pratique est coordonné aux cours et conférences de chimie de la Faculté et comprend : en 1re année, les préparations de la chimie minérale, les analyses minérales qualitatives et les analyses minérales quantitatives élémentaires ; en 2e année les analyses quantitatives et les préparations de la chimie organique. M. Chabrié, chef des travaux pratiques de 1re année, réunira les élèves les lundis et jeudis, le matin, à 9 heures, et leur donnera les indications nécessaires pour l'exécution de leur travail. M. Auger, chef des travaux pratiques de 2e année, réunira de même les élèves de 2e année, les mardis et vendredis aux mêmes heures.

Certificats d'études supérieures.

La Faculté délivrera aux sessions de juillet et de novembre 1898 les certificats d'études supérieures suivants : *Calcul différentiel et calcul intégral. Mécanique rationnelle. Astronomie. Analyse supérieure. Géométrie supérieure. Mécanique céleste. Physique mathématique. Mécanique physique et expérimentale. Physique générale. Chimie générale. Minéralogie. Chimie biologique. Zoologie. Botanique. Géologie. Physiologie générale. Géographie physique.*

Jours et heures des cours, conférences et travaux pratiques.

Lundis : MM. Kœnigs (Salle Saint-Jacques), 8 h. 3/4 ; Leduc (Laboratoire de Physique), 9 h. ; Péchard (rue Rataud, 1), 9 h. ; Riban (Laboratoire de Chimie), 9 heures ; Janet (r. Rataud, 1), 9 h. ; Chabrié (rue Michelet, 3), 9 h ; H. Poincaré (Petit Amph.), 10 h. 1/2 ; Perrier (rue Rataud, 1), 10 h. 1/2 ; Troost (Amph. de Chimie), 1 h. ; Andoyer (Agr., Salle V), 1 h. 1/2 ; Krouchkoll (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Fischer (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Riban (S. des Conf. du Laboratoire), 3 h. ; Raffy (Salle V.), 3 h. ; Pellat (Salle des Conf. de Physique), 4 h. 1/4 ; Chatin (Amph. de Zoologie, 4 h. ; Joly (Agrégation, Laboratoire), 5 h. ;

Mardis : MM. G. Bonnier (Laboratoire de Botanique), 8 h. 1/2 ; Jannettaz (Laboratoire de Minéralogie), 8 heures 1/2 ; Boussinesq (Petit Amph.), 8 h. 3/4 ; Joannis (r. Rataud, 1), 9 h. ; Auger (rue Michelet, 3), 9 heures ; L. Poincaré (rue Rataud, 1), 9 h. ; Haug (Laboratoire de Geologie), 9 heure ; Bertrand (Amphithéâtre de Géologie), 9 heures ; Goursat (Petit Amphithéâtre), 10 h. 1/2 ; Joly (Amph. de Chimie), 10 h. 1/2 ; Perrier (rue Rataud, 1), 10 h. 1/2 ; Bouty (Amph. de Phys.), 1 h. 1/2 ; Andoyer (petit Amphithéâtre), 1 h. 1/2 ; Vélain (Amphithéâtre de Geologie), 1 h. 3/4 ; Krouchkoll (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Etaix (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Fischer (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Duclaux (Institut Pasteur), 2 h. 1/2 ; Hadamard (Petit Amph.), 3 h. ; H. de Lacaze-Duthiers (Amph. de Zoologie), 3 h. 1/2 ; Maquenne (Amph. de Physiologie), 4 h. 1/2 ;

Mercredis : MM. Appell (Amphithéâtre de Physique), 8 h. 1/2 ; Janet (rue Rataud, 1), 9 h. ; Leduc (Labor. de Physique), 9 h. ; Péchard (rue Rataud, 1), 9 h. ; Riban (Laboratoire de Chimie), 9 h. ; Daguillon (rue Rataud, 1), 10 h. 1/2 ; Darboux (Salle Saint-Jacques), 10 h. 3/4 ; Etaix (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Fischer (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Chauveaud (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Ditte (Amph. de Chimie), 2 heures ; Giard (rue de l'Estrapade, 18), 2 heures ; Puiseux (Salle V), 3 h. ; Bonnier (amph. de Physique), 4 heures ; Leduc (Salle des Conf. de Phys.), 4 heures.

Jeudis : MM. Pellat (Agr., Salle des Conf. de Phys.), 8 h. 1/2 ; Kœnigs, (Salle Saint-Jacques), 8 h. 3/4 ; Matruchot (Petit Amph.), 8 h. 3/4 ; Leduc (Labor. de Phys.), 9 heures ; L. Poincaré (rue Rataud, 1), 9 h. ; Riban (Lab. de Chimie), 9 h. ; Joannis (rue Rataud, 1), 9 h. Chabrié (rue Michelet, 3), 9 h. ; Haug (Laboratoire de Géologie), 10 heures ; Leduc (Agr., Salle des Conf. Phys.), 10 heures 1/4 ; H. Poincaré (Petit Amph.). 10 h. 1/2 ; Andoyer (Agr., Salle V), 10 h. 1/2. ; Daguillon (rue Rataud, 1), 10 h. 1/2 ; Haug (Laboratoire de Géologie) 11 h. ; H. de Lacaze-Duthiers (Lab. de Zool.), 12 h. 1/2 ; Troost (Amph. de Chimie, 1 h. ; Riban (Lab.), 1 heure ; Blutel (Agrégation, petit Amph.), 1 h. 1/2 ; Fischer, (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Chauveaud (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Duclaux (Institut Pasteur), 2 h. 1/2 ; Raffy, Salle V), 2 h. 3/4 ; Hadamard (agrégation, petit Amph.), 3 h. ; Haug (Laboratoire de Géologie, 4 h. ; Pellat (Amph. de Physique), 4 h. ; Chatin (Amph. de Zool.), 4 h. ; Joly (Agrég., Laborat.), 5 h.

Vendredis : MM. Appell (Amph. de Physique), 8 h. 1/2 ; Pellat (Agr. Salle des Conf. de Phys.), 8 h. 1/2 ; Matruchot (Petit Amph.), 8 h 3/4 ; Leduc (Lab. de Phys.), 9 h. ; Janet (rue Rataud, 1), 9 h. ; Riban (Laboratoire de Chimie), 9 h. ; Péchard (rue Rataud, 1), 9 h. ; Auger (rue Michelet, 3), 9 h. ; Bertrand (Agr , lab. de Géol.), 9 h. ; Boutan (Salle V.), 10 h. ; Perrier (rue Rataud, 1,) 10 h. 1/2 ; Darboux (Salle Saint-Jacques), 10 h. 3/4 ; Riban (Salle des conf. du Labor.), 11 h. ; Riban (ab. de Chimie), 1 h. ; Krouchkoll (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Etaix (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Chauveaud (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Ditte (Amph. de Chimie), 2 h. ; Hadamard (petit Amphithéâtre), 3 h. ; Bonnier (Amph. de Phys.), 4 h. Leduc (Salle des Conf. de Phys.), 4 h.

Samedis : MM. Jannettaz (Laboratoire de minéralogie), 8 h 1/2 ; Boussinesq (Petit Amph), 8 h. 3/4 ; Joannis (rue Rataud. 1), 9 h. ; L. Poincaré (rue Rataud, 1), 9 h. ; Goursat (Petit Amphithéâtre), 10 h. 1/2 ; Vélain (Amph. de Géol.), 10 h. 1/2 ; Joly (Amph de Chimie), 10 h. 1/2 ; Perrier (rue Rataud 1), 10 h. 1/2 ; Giard (rue de l'Estrapade, 18), 11 h. ; Bouty (Amph. de Phys.), 1 h. 1/2 ; Puiseux (Salle V), 1 heure 1/2. ; Krouchkoll (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Etaix (r. Rataud. 1), 1 h. 1/2 ; Chauveaud (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2 ; Haug (Laboratoire de Géologie) 1 h. 1/2 ; Raffy (Salle V.), 3 h. 1/4 ; H. de Lacaze-Duthiers (Amph. de Zool.), 3 h. 1/2 ; Maquenne (Amphithéâtre de phys.), 4 h. 1/2 ; Molliard (agrég., lab. de bot.), 5 heures ; Boutan (Amph. de Zool.), 7 h. 1/2.

Seront professés pendant le second semestre.

Les cours : d'analyse supérieure et algèbre supérieure, par M. Picard (théorie des surfaces algébriques) ; — de calcul différentiel et calcul intégral, par M. Goursat ; — de mécanique rationnelle, par M. Appell ; — d'astronomie physique, par M Wolf (programme du certificat d'astronomie) ; — de physique mathématique, par M. Boussinesq (propagation de la chaleur dans les cristaux — de mécanique physique et expérimentale, par M. Kœnigs (étude des machines) ; — de physique, par M. Lippmann (acoustique et optique) ; — de chimie organique, par M. Friedel (les composés de la série aromatique) ; — de minéralogie, par M. Hautefeuille (cristallographie ; principales espèces minérales) ; — de zoologie, anatomie, physiologie comparée, par M. Y. Delage (vertébrés, organes et fonctions de nutrition) ; — de physiologie, par M. Dastre (fonctions de retation) ; — de géologie, par M. Munier-Chalmas (histoire générale des terrains métamorphiques et des terrains primaires) ; — de physique générale (électrochimie, capillarité, électrocapillarité, par M. Pellat, — de chimie analytique, par M. Riban (dosage et séparation des métaux) ; — d'histologie, par M. J. Chatin, (principes généraux de la technique ; les tissus considérés au point de vue de l'histologie zoologique) ; — de physique, (certificat d'études P. C. N.), par MM. P. Janet et L. Poincaré (acoustique, optique et météorologie) ; — de chimie (certificat d'études P. C. N.) ; par MM. Joannis et Péchard (chimie organique) ; — de zoologie (certificat d'études P. C. N.), par M. R. Perrier (histoire des principaux groupes de métazoaires) ; — de botanique (certificat d'études P. C. N.), par M. Daguillon (anatomie, physiologie et phanérogames).

Le registre des inscriptions prescrites pour les certificats d'études supérieures et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles seront ouverts, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, mars et mai.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. — Il est créé à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens une chaire de physique. La chaire d'hygiène et de thérapeutique de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens est supprimée. Il est créé à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens une chaire d'histologie.

© BIU Santé

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.

Programme des Cours pour l'année classique 1897-1898.

Cours de Botanique (Organographie et physiologie végétales). — M. Ph. Van Tieghem, professeur. — Le professeur traitera de la morphologie et de la physiologie des Cryptogames. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'hiver, les Mardis, Jeudis et Samedis, à neuf heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie.

Cours d'Anatomie comparée. — M. H. Filhol, professeur. — Le professeur traitera des appareils de nutrition dans la série animale. Les leçons auront lieu, pendant le semestre d'hiver, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à deux heures, dans l'Amphithéâtre d'anatomie comparée.

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, en s'attachant à faire connaître les applications de ces animaux à l'économie domestique, à l'industrie, etc. Les leçons auront lieu, pendant le semestre d'hiver, les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Zoologie. Elles seront complétées par des conférences pratiques.

Cours de Zoologie : Animaux articulés. — M. E.-L. Bouvier, professeur. — Le cours comprendra deux parties : l'une sera consacrée au développement des Crustacés ; l'autre, à l'exposé des mœurs des Insectes hyménoptères. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à dix heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Zoologie.

Cours de Physiologie générale. — M. N. Gréhant, professeur. — Le professeur continuera l'étude du système nerveux. Le cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à dix heures et demie, dans l'Amphithéâtre d'Anatomie comparée.

Cours de Pathologie comparée. — M. Chauveau, professeur. — Le professeur terminera l'exposition des progrès récents accomplis dans le domaine de la Physiologie pathologique de la circulation ; il exposera les principes généraux de l'énergetique biologique. Les Leçons et Conférences auront lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à deux heures, au Laboratoire de Pathologie comparée.

Cours d'Anthropologie. — M. E.-T. Hamy, professeur. — Le cours sera consacré à l'étude de l'Anthropologie des Colonies françaises. Il aura lieu, dans le semestre d'été, les Mardis, Jeudis et Samedis, à trois heures, dans l'Amphithéâtre d'Anatomie.

Cours de Physique appliquée à l'Histoire naturelle. — M. H. Becquerel, professeur. — Le professeur traitera du rôle de l'Electricité. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure, dans le grand Amphithéâtre.

Cours de Botanique (classifications et familles naturelles). — M. Ed. Bureau, professeur. — Le professeur, pendant les mois de Mars et Avril, traitera de l'origine paléontologique et de la distribution géographique d'un certain nombre de familles Dicotylédones, tous les Mercredis, à une heure. A partir du mois de Mai, il étudiera les familles vivantes des Monocotylédones. Ces leçons auront lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure. Des herborisations font partie du cours et seront annoncées par des affiches spéciales.

Cours de Physique végétale. — M. N..., professeur.

Cours de Chimie appliquée aux corps organiques. — M. Arnaud, professeur. — Le professeur traitera des bases pyridiques et quinoléiques, des alcaloïdes végétaux et particulièrement des corps de cette série existant dans la nature à l'état de principes immédiats. Le cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Lundis, Jeudis et Samedis, à quatre heures et demie, dans l'Amphithéâtre de Chimie, rue de Buffon, 63.

Cours de Géologie. — M. Stanislas Meunier, professeur. — Le professeur exposera les principes et les résultats de la Géologie expérimentale. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à cinq heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Géologie, pendant le semestre d'été. Il sera complété par des excursions géologiques annoncées par des affiches spéciales.

Cours de Minéralogie. — M. A. Lacroix, professeur. — Le professeur étudiera les Minéraux oxygénés, à l'exclusion des silicates. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Mercredis et Vendredis, à quatre heures trois quarts, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie. Des conférences et exercices pratiques de cristallographie auront lieu le Mardi, à neuf heures.

Cours de Physiologie végétale appliquée à l'agriculture. — M. Dehérain, professeur. — Le professeur traitera des plantes de grande culture. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Mardis et Samedis, à deux heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Géologie. 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 le Lundi, à une heure trois quarts.

Cours de Zoologie : Mammifères et Oiseaux. — M. A. Milne-Edwards, professeur. — Ce cours portera sur l'organisation et la classification des Oiseaux. Il aura lieu, pendant le semestre d'été, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à deux heures, dans la salle des cours de la Galerie de Zoologie. Des conférences dans la Ménagerie seront indiquées par des affiches spéciales.

Cours de Zoologie : Annélides, Mollusques et Zoophytes. — M. Edmond Perrier, professeur. — Le professeur exposera l'histoire des modifications permanentes et héréditaires qu'impriment à l'organisme des animaux leurs attitudes habituelles. Il s'appuiera, pour cela, sur les exemples fournis par les Annélides, Mollusques et Zoophytes. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure et demie, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Zoologie.

Cours de Paléontologie. — M. Albert Gaudry, professeur. — Le professeur donnera des explications sur les fossiles du nouveau Musée de Paléontologie. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à trois heures et demie.

Cours de Culture. — M. Maxime Cornu, professeur. — Le professeur parlera des Cultures coloniales. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'hiver, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à neuf heures.

Cours de Dessin appliqué à l'histoire naturelle. — M. Frémiet, pour les *Animaux*. Ce cours, qui se fait pendant le semestre d'été, aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à quatre heures. — M. N..., 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.

Un enseignement spécial pour les voyageurs naturalistes aura lieu dans le courant de l'été. Une affiche en fera connaître la date d'ouverture.

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.

Directeur et professeur honoraire : M. Chatin.
Professeurs honoraires : M. Berthelot et Marchand.

Année scolaire 1897-1898. — *Cours du premier Semestre.*

Zoologie : M. A. Milne-Edwards, prof., mardi, jeudi et samedi, à midi 1/2. Zoologie : classifications. (Amphithéâtre du Sud.) — *Histoire naturelle des médicaments :* M. Planchon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. Produits fournis par les familles depuis les Synanthérées jusqu'aux Renonculacées. (Amphithéâtre du Nord.) — *Chimie minérale :* M. Riche, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/4. Généralités de la Chimie. — Métalloïdes. — (Amphithéâtre du Nord.) — *Physique* : M. Le Roux, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2. Acoustique. Optique. (Amphithéâtre du Sud.) — *Pharmacie galénique* : M. Bourquelot, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2. Médicaments d'origine animale (sérums). — Opérations pharmaceutiques. — Médicaments internes obtenus par solution, distillation et évaporation. (Amphithéâtre du Sud.) — *Chimie analytique* : M. Villiers-Moriamé, lundi, mercredi et vendredi, à 10 h. 1/2. Analyse qualitative des matières minérales. — Produits organiques. — Matières alimentaires. — Produits physiologiques et pathologiques. (Amphithéâtre du Nord).

Conférences. — Conférences préparatoires au cours de chimie organique. Lundi, mercredis, vendredi, 12 h. 1/2, M. Leidié, agrégé. (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. *Chimie* : M. Grimbert, chef des travaux chimiques de 1re année. M. Moureu, sous-chef des travaux chimiques. *Chimie* : M. Lextreit, chef des travaux chimiques de 2e année. *Micrographie* : M. Perrot, chef des travaux micrographiques de 3e année. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 à 4 h. 1/2. Laboratoires. M. Radais, agrégé. Mardi, samedi, 5 h. 1/2. Conférences de Microbiologie. (Amphithéâtre du Sud). — 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. ; Bourquelot, 9 h. 1/2 ; Villiers-Moiramé, 10 h. 1/2 ; Leidie, 12 h. 1/2. — Mardis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4 ; Le Roux, 9 h. 1/2 ; Radais, 5 h. 1/2. — Mercredis : MM. Planchon, 4 h. ; Bourquelot, 9 h. 1/2 ; Villiers-Moriame, 10 h. 1/2 ; Leidié, 12 h. 1/2. — Jeudis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ;

page 367 sur 533

© BIU Santé

Richet, 4 h. 1/4 ; Le Roux, 9 h. 1/2. — Vendredis : MM. Planchon, 4 h. ; Bourquelot ; 9 h. 1/2 ; Villiers-Moriamé, 10 h. 1/2 ; Leidié, 12 h. 1/2. — Samedis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Richet, 4 h. 1/4 ; Le Roux, 9 h. 1/2 ; M. Radais, 5 h. 1/2.

Division des Études.

Première année : Chimie minérale. Chimie organique. Physique. Cryptogamie. Minéralogie et Hydrologie. Botanique générale. — *Deuxième année* : Matière médicale. Chimie minérale. Chimie organique. Pharmacie chimique. Botanique générale. Toxicologie. Chimie analytique. — *Troisième année* : Zoologie. Matière médicale. Pharmacie galénique. Chimie analytique.

L'ouverture des cours du 1er semestre est fixée au 3 novembre 1897.

Dispositions générales.

Les études en vue de l'obtention des diplômes de pharmacien de 1re et de 2e classes 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 est 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 classes 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 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'étude 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 classes 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 classes 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'Eta 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.

Bourses pour pharmaciens de 1re classe.

Article 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses des pharmaciens de 1re classe a eu lieu au siège des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 29 octobre 1894.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription ont été clos le samedi 20 octobre à 4 heures.

Art. 3. — Sont admis à concourir : 1° les candidats pourvus

© BIU Santé

de quatre, huit ou douze inscriptions, qui ont subi, avec la note *bien*, les examens de fin de première et de deuxième années et l'examen semestriel; 2° les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur.

Art. 4. — En exécution des prescriptions du règlement du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites, portant sur les matières énumérées dans le programme suivant :

Candidats au grade de pharmacien de 1re classe. — Elèves à quatre inscriptions : 1° Physique et chimie ; 2° botanique. — Elèves à huit inscriptions : 1° Chimie organique ; 2° matière médicale et pharmacie. — Elèves à 12 inscriptions : 1° Pharmacie galénique ; 2° chimie analytique et toxicologie.

Candidats au diplôme supérieur. — Section des sciences psycho-chimiques : 1° Physiques ; 2° chimie. — Section des sciences naturelles : 1° Botanique ; 2° zoologie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5. — Les candidats pourvus du grade de bachelier de l'enseignement secondaire classique ou de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la mention *bien*, peuvent obtenir sans concours une bourse de première année.

INSTITUT PASTEUR.

Directeur : M. DUCLAUX. — *Sous-Directeur* : M. ROUX.

L'Institut Pasteur, dont nos lecteurs connaissent l'agencement général, comprend plusieurs services qui fonctionnent simultanément. M. DUCLAUX dirige le laboratoire de chimie biologique avec M. Fernbach pour chef de laboratoire et M. Pottevin comme préparateur. Pendant le semestre d'hiver, les cours de M. DUCLAUX, qui est professeur à la Faculté des sciences, sont faits à l'Institut Pasteur, deux fois par semaine.

M. le Dr Roux est le chef du service de Microbie technique. Deux fois par an, il fait un cours de six semaines, dont M. Borrel est le préparateur. La science du professeur et le soin qu'il donne à ses leçons lui ont assuré un succès extraordinaire. Pour suivre le cours et les travaux pratiques qui en forment le complément nécessaire, il faut se faire inscrire longtemps à l'avance ; les places sont retenues plus d'un an avant l'ouverture. Pour assister aux cours, sans prendre part aux travaux pratiques, il suffit de l'autorisation du professeur. M. Roux et son chef de laboratoire M. Martin dirigent le service de la préparation du sérum antidiphtérique. L'Institut Pasteur possède en ce moment une quantité de chevaux suffisante pour répondre à tous les besoins. Grâce aux subventions de l'Etat et de la Ville de Paris, le service gratuit pour les indigents est assuré et fonctionne régulièrement pour la France et les Colonies. Les travaux sur les divers sérums permettent d'espérer que l'on obtiendra de bons résultats dans le traitement des affections à streptocoques (Marmorek) et le traitement préventif du tétanos.

M. Roux, avec le concours de M. Charpentier, s'occupe encore de préparation de la Malléine et de la Tuberculine, qui rendent aujourd'hui de grands services pour le diagnostic de la Tuberculose et de la Morve.

Le Service de la Rage, sous la direction de MM. GRANCHER, CHANTEMESSE et CHARRIN, auxquels a été adjoint M. Chaillou. On traite chaque année 1,500 à 1,800 mordus. Aux salles d'inoculation sont annexées des chambres de pansement et d'opération. A ce service de traitement proprement dit est jointe une annexe où sont gardés des animaux inoculés avec les centres nerveux d'animaux mordeurs suspectés de rage. Il arrive en effet quelquefois que des personnes mordues par un animal le sacrifient avant de savoir s'il était ou s'il n'était pas enragé. Comme l'autopsie est le plus souvent insuffisante pour éclairer le diagnostic, l'inoculation à un animal sain peut seule lever tous les doutes.

M. E. METCHNIKOFF dirige, avec l'aide de MM. MESNIL et BORDET, un laboratoire de recherches microbiennes. Sous son impulsion, de nombreux savants ont entrepris l'étude de l'immunité. Comme toutes les grandes découvertes, la théorie de la phagocytose a été niée ou modifiée de diverses façons. Ce processus reste cependant l'une des conditions les plus importantes de la lutte contre les germes et c'est sur lui qu'au dernier Congrès de Londres les attaques et les discussions se sont engagées. La théorie de la phagocytose est sortie de la lutte plus forte et plus accréditée qu'avant. Aujourd'hui, après les discussions du Congrès de Budapest, la théorie de l'immunité par la phagocytose n'a plus de contradicteurs. Les découvertes récentes de M. Metchnikoff sur l'étiologie du choléra ont jeté une vive lumière sur le rôle des associations microbiennes favorisant ou empêchant la culture intestinale du bacille virgule.

Les travaux de M. DANYSS sur les maladies contagieuses des rongeurs permettent d'espérer que l'agriculture trouvera dans la bactériologie un moyen de protection contre ces animaux nuisibles. Le service des vaccins, confié à M. CHAMBERLAND, s'occupe de la fabrication du vaccin charbonneux, du vaccin du rouget, etc. On voit que l'Institut Pasteur n'est pas seulement réservé au traitement antirabique et qu'il est devenu un des centres les plus actifs des études de chimie biologique et de bactériologie.

Son organisation. — Son fonctionnement.

L'Institut Pasteur est une société civile, s'administrant elle-même ; mais, ayant été reconnue d'utilité publique, elle est soumise au contrôle de l'Etat et rattachée au Ministère de l'Intérieur. L'assemblée générale se compose des personnes qui ont pris part à la fondation et correspond à une assemblée d'actionnaires ; elle nomme le Conseil d'Administration, approuve ses comptes, etc.

Le budget des recettes se compose : 1° du revenu du reliquat de la souscription publique, se montant à environ 1,200,000 francs, qui ont été placés en fonds d'Etat. Cette souscription s'était élevée à près de trois millions, dont deux environ ont été absorbés par l'achat du terrain et la construction de bâtiments de la rue Dutot ; 2° d'une allocation de 20 à 30,000 francs du Ministère de l'Agriculture, pour les services rendus par l'Institut (vaccin charbonneux, rouget de porc, tuberculine et malléine) ; 3° d'une allocation du Ministère de l'Instruction publique, qui paye les traitements des membres, qui étaient autrefois attachés à l'Ecole des hautes études (le laboratoire de M. Pasteur, bien que situé à l'Ecole normale, dépendait des hautes études, ainsi que ceux de MM. Roux et Chamberland) ; 4e des bénéfices des vaccins charbonneux et autres vendus à très bas prix aux vétérinaires et abandonnés à l'Institut Pasteur par MM. Roux et Chamberland : ces bénéfices sont d'une vingtaine de mille francs par an ; 5° des fonds versés par les élèves, qui suivent les cours de l'Institut.

Le *service antidiphtérique* du Dr Roux constitue une annexe de l'Institut Pasteur, et a un budget distinct. Ce service est établi à Garches, dans la propriété que l'Etat avait mise à la disposition de M. Pasteur pour ses expériences sur la rage ; il est dirigé par M. Roux, sous le double contrôle du conseil de l'Institut Pasteur et du Ministère de l'Intérieur. Le sérum est distribué gratuitement, sur les indications du Ministère, à l'armée et aux hôpitaux et bureaux de bienfaisanee et d'assistance de France et des colonies. Ce service est gagé par le revenu de la souscription publique et par une somme que le Parlement a inscrit au budget et qui était cette année de 80,000 francs. Pour le public, le sérum est soumis à la loi sur la pharmacie, c'est-à-dire qu'on en trouve chez tous les pharmaciens au prix de 3 francs le flacon. Les bénéfices seront employés au perfectionnement du service, comme le sont les bénéfices des divers vaccins à l'Institut Pasteur.

ECOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT.

Année scolaire 1897-1898. — 1er Semestre.

1re Chaire : MM. BARRIER, professeur, et PETIT, chef des travaux : *Anatomie descriptive et comparée* (étude des préparations anatomiques, dissections, conférences ou interrogations) ; *histologie* ; *extérieur*. Leçons : Mardi, jeudi et samedi, de 9 h. 3/4 à 11 heures. — Dissections : tous les jours, de 8 h. à 11 h.

2e Chaire : MM. KAUFMANN, professeur, et DÉSOUBRY, chef des travaux : *Physiologie et thérapeutique* (démonstrations pratiques de physiologie et de thérapeutique ; conférences ou interrogations). Leçons : Samedi, de 10 à 11 heures. Lundi et vendredi, de 1 à 2 heures. — Démonstrations pratiques : Lundi et mardi de 4 heures à 5 heures.

3e Chaire : MM. ADAM, professeur, et PORCHER, répétiteur : *Physique et météorologie* ; *chimie organique et biologie* (pharmacie, physique et chimie ; technique des manipulations, leçons, conférences et exercices pratiques, conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, mercredi et vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 heures. — Exercices pratiques : Vendredi, de 2 heures à 5 heures.

4e Chaire : MM. NOCARD, professeur, et LIGNIÈRES, chef des travaux : *Pathologie des maladies contagieuses et police sanitaire* (clinique spéciale et police sanitaire ; jurisprudence et médecine légale ; inspection des viandes de boucherie ; technique microbiologique ; conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Mardi, de 6 h. 1/2 à 8 h. 45 ; mercredi, vendredi, de 1 h. à 2 h. 1/4. — Exercices pratiques : Lundi, de 1 heure à 3 heures et samedi, de 2 heures à 3 heures.

5e Chaire : M. TRASBOT, professeur, et DROUIN, répétiteur : *Pathologie et anatomie pathologique générales, clinique médicale* (clinique ; consultation ; technique histopathologique et des autopsies ; conférences et exercices pratiques ; interrogations).

© BIU Santé

Leçons: Mardi, de 1 h. à 2 h.; mercredi et vendredi, de 6 h. 30 à 7 h. 40 du matin. — Clinique et consultation: tous les jours, de 8 heures à 11 heures. — Exercices d'anatomie pathologique : Lundi et mercredi, de 1 heure à 3 heures.

6e Chaire: MM. CADIOT, professeur, et ALMY, chef des travaux: *Manuel opératoire ; pathologie chirurgicale* (clinique, consultation, médecine opératoire ; conférences ou interrogations). Leçons: Mardi, de 1 heure à 2 heures; jeudi et samedi, de 6 h. 30 à 7 h. 40 du matin. — Clinique et consultation: tous les jours, de 8 heures à 11 heures. — Exercices de chirurgie : Lundi, de 8 heures à 4 heures.

7e Chaire : MM. RAILLIET, professeur, et MAROTEL, répétiteur: *Botanique, géologie et zoologie* (matière médicale ; exercices de matière médicale, de zoologie et d'histologie végétale ; conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, mercredi et vendredi, de 8 à 9 heures. — Exercices pratiques : Mardi, de 2 heures à 4 heures.

8e Chaire : MM. BARON, professeur, et N..., répétiteur : *Hygiène générale ; zootechnie* (conférences et exercices pratiques au marché de la Villette et à l'Ecole ou à la ferme de Joinville ; interrogations). Leçons : Mardi, de 3 heures à 4 heures. et mercredi, de 4 à 5 heures. — Exercices pratiques (au marché de la Villette) : Lundi, de heure à 6 heures; jeudi, de 9 heures à midi.

9e Chaire : MM. MOUSSU, professeur, et DELMER, répétiteur : *Pathologie bovine, ovine et porcine* (clinique spéciale ; (conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Mardi, mercredi et vendredi, de 5 à 6 heures. — Clinique spéciale, 8 h. à 9 heures.

Equitation, pour les élèves de la 4e année : Tous les jours (sauf le samedi), de 11 heures 1/2 à 12 h. 1/2 et de 3 à 4 heures. — *Lever* : à 6 heures. — *Coucher* : à 9 heures. — *Etudes* : de 6 heures 1/2 à 7 h. 40 ; de 9 heures à 11 heures ; de 12 h. 1/2 à 3 heures ; de 3 heures 1/2 à 5 heures 1/2 ; de 7 heures à 8 h. 1/2. — *Repas* : collation, à 7 heures 40 ; déjeuner, à 11 heures ; dîner, à 6 heures.

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, Guyon, d'Arsonval, Bouchard, Potain, Lannelongue.

La section d'anatomie et zoologie est composée de MM. E. Blanchard, Perrier, de Lacaze-Duthiers, Alph. Milne Edwards, Ranvier, Pilhol. Le président, cette année, est M. Wolf. Parmi les académiciens libres, il y a M. le Dr Brouardel. — 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*) au deuxième étage, dans un local récemment agrandi, grâce au legs d'un de ses membres décédés, M. le Pr Pouchet. Elle possède dans ce local une bibliothèque importante dont le fond est constitué par celle de Pouchet. Cette Société réunit l'élite des différentes Ecoles scientifiques ayant trait aux Sciences Biologiques et Physiologiques 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, Laborde, Ch. Richet, Paul Richer ; MM. Troisier, Hanot, Netter, Gley, Langlois, Arthus, Phisalix, Déjerine, R. Blanchard, Gilbert, Pilliet, Widal, etc. Le Collège de France est représenté aussi par MM. Marey, François Franck, d'Arsonval, Malassez, Henneguy, Fabre-Domergue. La Sorbonne, par MM. Duclaux, Dastre, Bonnier, Giard, Regnard. L'Ecole de pharmacie, par MM. Grimaux, Guignard, Bouvier, Beauregard. Le Muséum, par MM. Vaillant, Kunckel d'Herculais, Boulart. MM. Chauveau, président de la Société, Nocard, Mégnin, Raillet, Kauffmann 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 infiniment 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, et elle pourra bientôt disposer du *prix Claude Bernard*, dont le montant n'est pas encore fixé; elle publie régulièrement un bulletin qui est un des recueils les plus intéressants de tout ce qui se fait de neuf en physiologie normale et pathologique. A ce bulletin peuvent s'ajouter des mémoires. Un compte rendu analytique de chaque séance paraît dans le *Progrès médical*. Secrétaire général, M. le Dr Dumontpallier ; — Président, M. le Pr Bouchard.

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 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 1897, M. Caventou. — Vice-Président : M. Jaccoud. — Secrétaire perpétuel M. Bergeron. — Secrétaire annuel : M. Cadet de Gassicourt. — Trésorier : M. Henriot.

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 publiques. 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 de 180,000 volumes, en ouvrages imprimés, portraits, estampes et manuscrits, réservée aux membres de la compagnie ; elle est ouverte néanmoins à tous les travailleurs sérieux autorisés. Bibliothécaire : M. DUREAU. — Chef des bureaux : M. Cambuzat.

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 de génisse 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. Meillère.

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 (1).

Prix Alvarenga 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.

(1) Pour le programme détaillé des Prix, *voir* la séance annuelle de l'Académie, en général le deuxième mardi de décembre.

© BIU Santé

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. — 1,132 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 Baillarger. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

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 Charles Boullard. — 618 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les deux ans au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Boulongne. — 2,480 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les deux ans à l'auteur français du meilleur travail imprimé ou manuscrit ou de la découverte la plus importante faite sur la prophylaxie des maladies contagieuses (Mme Boulongne a l'usufruit de cette rente).

Prix Mathieu Bourceret. — 1,209 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

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 Adrien Buisson. — 3,512 francs de rente 3 0/0. Ce prix sera décerné tous les trois ans à l'auteur des meilleures découvertes, ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables, dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Question à poser sur un sujet d'obstétrique ou sur les eaux minérales.

Prix Chevallier. — 2,000 francs de rente 3 0/0. — Triennal. — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail sur la phtisie et son traitement.

Prix Chevillon. — 1,500 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

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 fumeurs.

Prix Demarle. — 20,000 francs environ à convertir en rente 3 0/0. — Pour la fondation d'un prix qui sera décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur ouvrage, manuscrit ou imprimé, sur les sciences pharmaceutiques. (La famille Demarle a l'usufruit de cette rente).

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. — 365 francs de rente 4 1/2 0/0. — Bisannuel. — Question à poser sur les maladies mentales et nerveuses.

Prix Henri et Maurice Garnier. — Triennal. — 10,000 francs à convertir en rente 3 0/0. — Pour la fondation d'un prix destiné à récompenser les meilleurs travaux et remèdes pratiques contre les maladies épidémiques et contagieuses, telles que fièvre typhoïde, diphtérie, érysipèle, scarlatine, etc. (L'usufruit appartient à la famille Durangel).

Prix Gerdy. — Triennal. 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 Guinchard. — 2,000 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura le mieux traité le sujet : *Maladies du croup et des angines croupales, et trouvé le meilleur remède contre ces maladies*). Mme Guinchard a l'usufruit de cette rente).

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 Herpin (Théodore, de Genève). — Annuel. — 3,000 francs — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

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 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 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 Larrey (baron). — 500 fr. de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. — 1,082 fr. de rente 3 p. 0/0. — 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 Lorquet. — Annuel. — 10,000 francs à convertir en rente 3 0/0. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

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 ouvrage 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. »

© BIU Santé

Prix Anna Morin. — 12,000 francs. — Cette somme est destinée à l'achat d'un titre de rente 3 p. 100 sur l'Etat 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 Nativelle. — 339 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

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 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. — 700 francs de rente, 4 1/2 p. 100. — Annuel. — Question de physiologie à poser par l'Académie.

Prix Philippe Ricord. — 316 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Henri Roger. — 500 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les cinq ans à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants. — (Pathologie, hygiène ou thérapeutique). Cet ouvrage devra avoir au moins deux ans de publication.

Prix Saintour. — 2,218 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. — 700 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 Tremblay. — 1,442 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 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. — *Prix François-Joseph Audiffred.* — 24,000 francs de rente 3 0/0. Ce prix sera décerné à la personne sans distinction de nationalité, ni de profession, fut-ce un membre résidant de l'Académie qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 1er avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose, par l'Académie de Médecine.

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. »

Anonyme. — (Concours Laënnec), 1,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.

Prix Aubert. — 500 francs. — M. le Dr Aubert, de Mâcon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de Médecine la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : « Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose. » Si dans le délai indiqué, personne n'a mérité le prix, l'Académie pourra remplacer cette question par la suivante : « Rechercher les conditions qui peuvent rendre l'homme réfractaire à l'action du bacille de la tuberculose. »

Legs Bader d'Ernesti. — Une somme de 100,000 francs devant servir, avec d'autres ressources, à la construction projetée d'un nouveau local de l'Académie, sera jointe au legs Demarquay.

Prix Pierre Guzman (1). — 50,000 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées. En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que la rente de ces 50,000 francs soit décernée chaque année au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

Legs Segond, dit *Féréol.* — Une somme de 1,000 francs pour être jointe au legs Demarquay.

Prix Nivet. — 3,000 francs. — Ce prix sera décerné, en 1898, à l'ouvrage manuscrit ou imprimé sur l'assainissement des casernes, hôpitaux, hospices, écoles, crèches, asiles et lycées.

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. MM. Cornil, Gombault, Letulle, Brault, Achard, Pilliet, Chaput, Guinard et la plupart des jeunes chirurgiens fréquentent assidument les séances. 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 liront les comptes rendus de la Société y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat ; les comptes rendus des séances sont publiés dans un *Bulletin spécial*. Président, M. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté. 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 provenant des hôpitaux de Paris, dont le matériel est d'une richesse incomparable.

Les pièces intéressantes sont gardées avec l'assentiment de leurs possesseurs, pour être placées dans les collections du Musée Dupuytren.

Il serait à souhaiter que le local de cette Société fut agrandi et que sa Bibliothèque put être installée d'une façon qui en permette l'accès. Car c'est l'une des réunions savantes les plus précieuses de Paris à cause de sa tradition sévèrement maintenue de ne faire que des présentations de fait, ce qui exclut les communications de métaphysique scientifique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de Chirurgie de Paris* 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. Tous ses membres titulaires, sauf de trop rares exceptions (2), 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 de services chirurgicaux importants (maisons de santé ou hôpitaux de nos grandes villes). — Président pour 1897, M. DELENS. Trésorier, M. Schwartz. Archiviste, M. Reclus.

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

(1) L'Académie n'est pas autorisée à accepter ce legs, les formalités n'étant pas terminées.

(2) Cette Société, qui est une Société fermée, s'honorerait certainement en admettant dans son sein les chirurgiens parisiens qui ne font pas partie du corps chirurgical des hôpitaux, et qui cependant ont un nom fort honorablement connu.

© BIU Santé

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 de l'*Association française de Chirurgie*, qui se réunit tous les ans, et dont la dernière session vient d'avoir lieu à Paris du 19 au 26 octobre 1896.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

La *Société médicale des Hôpitaux* se réunit tous les vendredis, excepté le 1er vendredi de janvier, le Vendredi Saint, le 1er vendredi d'octobre et les 2 mois de vacances (août et septembre) qu'elle prend chaque année, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3 à 4 h.; 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 lorsqu'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 1895. M. Hayem; vice-président, M. Ferrand; secrétaire général, M. Rendu; secrétaires des séances, MM. Siredey et Legendre; trésorier, M. Moutard-Martin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Cette Société a été fondée, en 1877, pour étudier et vulgariser toutes les questions d'hygiène. L'idée de ses fondateurs était d'appeler à collaborer à l'œuvre de véritable préservation sociale qu'elle entreprenait : les médecins, les physiciens et chimistes, les vétérinaires, les ingénieurs et architectes, les industriels, les administrateurs et les économistes, etc. Elle voulait créer en France un grand corps d'hygiénistes, d'ingénieurs sanitaires, qui ne se contenteraient pas d'une étude théorique, mais qui aideraient à assurer pratiquement l'application des doctrines hygiéniques les plus certaines et des meilleures méthodes d'assainissement. Grâce à son active propagande, à l'organisation des Congrès d'Hygiène de Paris en 1878 et 1889, à la part qu'elle a prise aux Congrès internationaux dont elle a assuré la périodicité, on peut dire qu'elle a réussi; et quand on se rappelle l'exposition qu'elle avait organisée en 1886, avec le concours du Conseil municipal de Paris, et qu'on a vu au Champ de Mars, l'Exposition d'Hygiène de 1896 à laquelle elle a pris encore une part active, on peut mesurer le chemin qu'elle a fait parcourir au *génie sanitaire* dans ces dix dernières années.

Elle a organisé l'année dernière un concours sur *les maladies évitables* et elle recherche actuellement de nouveaux moyens de vulgarisation des règles de l'hygiène. Elle vient de publier, comme suite à ce concours, un petit volume intitulé : *Les maladies évitables*. Depuis sa fondation elle a été présidée successivement par les représentants les plus éminents des sciences biologiques et des sciences économiques : Bouchardat, Gubler, H. Bouley, E. Trélat, J. Rochard, Brouardel, Wurtz, Proust, U. Trélat, Gariel, L. Colin, Grancher, Th. Roussel, Lagneau, Chauveau, Cornil, Levasseur, Pinard, Cheysson, Duclaux, Lucas-Championnière, et dirigée par ses actifs secrétaires (Lacassagne, H. Napias, A.-J. Martin).

Pour faire partie de la *Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle*, il faut être présenté par deux membres et payer la cotisation annuelle (30 francs).

Les séances ont lieu le *quatrième mercredi de chaque mois*, à l'Hôtel des Sociétés savantes. Les travaux de la Société sont publiés chaque mois par la *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*; le *Progrès médical* en fait un compte rendu régulier; réunis en bulletin annuel, ces travaux forment aujourd'hui 18 volumes.

Tout ce qui concerne la Société de Médecine publique doit être adressé au secrétaire général : M. le Dr Henri Napias, 68, rue du Rocher (Paris).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Les séances de la *Société de Médecine légale* (second lundi du mois, à 4 heures, au Palais-de-Justice, salle d'audience des référés) constituent de très intéressantes conférences auxquelles les étudiants et les médecins trouveraient grand profit à assister.

Aux deux dernières Expositions universelles, un *Congrès international de Médecine légale* a été organisé par les soins de la Société. Les plus importantes questions y ont été traitées. On en trouve le compte rendu dans un Bulletin spécial édité par l'Imprimerie nationale par les soins du ministère de l'agriculture et du commerce. Les Bulletins ordinaires de la Société sont publiés par J.-B. Baillière et fils. Un des collaborateurs du *Progrès médical* fait le compte rendu de chaque séance dans le numéro qui suit.

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, Frémy, de Quatrefages, 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 1,000,000 de francs. Chaque année des subventions importantes sont accordées aux travailleurs (12,000 francs pour l'année 1895). Le total des dons distribués à ce jour s'élève à plus de 280.000 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 il y a sept ans, et le Congrès de 1889 a réuni un nombre exceptionnel de savants étrangers et de membres de l'Association. Le Congrès de 1897 a eu lieu à Saint-Etienne et celui de 1898 se tiendra à Nantes. La date officielle n'est pas encore définitivement arrêtée; la session aura lieu pendant la période des vacances.

En dehors de ces Congrès, où toutes les questions scientifiques peuvent être discutées dans 17 sections, l'Association s'efforce de 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 au siège social à Paris pendant l'hiver. Parmi les conférences faites en 1896, rappelons celles de M. Hourst : Du Sénégal au Dahomey; de M. J. Lefèvre : l'Acétylène; M. le Dr Gilles de la Tourette : Mesmer et la caricature au XVIIIe siècle; de M. Gariel : La vision et la photographie par les rayons Rœntgen, etc.

Pour ces conférences, des cartes d'entrée sont attribuées 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. ou par dix versements annuels consécutifs de 30 fr. Les comptes rendus de l'Association sont publiés après chaque Congrès et forment annuellement deux beaux volumes in-8 de 1.000 pages. Chaque Congrès est analysé dans le *Progrès médical*, pour ce qui concerne les sciences médicales et l'hygiène. 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 1897-98 est ainsi composé : *Président* : M. le Dr Grimaux, membre de l'Institut; — *Vice-Président* : M. le Pr Brouardel, membre de l'Institut; — *Secrétaire* : M. Laisant, répétiteur à l'Ecole Polytechnique; — *Vice-Secrétaire* : M. le Dr Loir, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis; — *Trésorier* : M. Galante (Emile), fabricant d'instruments de chirurgie; — *Secrétaire du Conseil* : M. le Pr Gariel (C.-M.), professeur à la Faculté de Médecine; — *Secrétaire adjoint du Conseil* : M. le Dr Cartaz, ancien interne des hôpitaux de Paris.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

La Société d'Hypnologie et de Psychologie, fondée en 1889, pour l'étude des applications cliniques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme, se réunit le troisième lundi de chaque mois, au Palais des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. Les séances en sont publiques et suivies assidûment par de nombreux étudiants.

Le bureau pour l'année 1896-97 est ainsi composé :

Président, M. Dumontpallier; vice-présidents, MM. Auguste Voisin et Boirac; secrétaire général, M. Bérillon; trésorier : M. Albert Colas; secrétaires des séances : MM. H. Lemesle, Paul Farez et Valentin ; comité de publication, MM. Babinski, Pottier, Déjerine ; commission de candidatures : MM. J. Voisin, Gelineau et Dariex.

Les noms des membres d'honneur, élus par la Société depuis la fondation : MM. Azam, Brouardel, Brown-Séquard, Charcot, Lombroso, Liébeault, Mesnet, Charles Richet, Jules Soury, Hitzig, Enrico-Ferri, Tamburini, indiquent que les tendances scientifiques de la Société sont conformes aux plus saines traditions de la médecine philosophique.

Prix Liébeault. — La Société a reçu, de M. le Dr Liébeault, de Nancy, une somme de 830 francs pour la fondation d'un prix destiné à récompenser un travail, qui sera mis au concours par la Société d'Hypnologie, sur un sujet relatif à l'hypnotisme ou à la psychologie physiologique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Cette société fondée en 1796, se réunit à 4 heures les deuxième et quatrième samedi de chaque mois, dans la salle des séances de la Société de Chirurgie, 3, rue de l'Abbaye. Pour l'année 1897, le bureau a pour président : M. Bouloumié ; pour vice-président : M. A. Voisin et pour secrétaire général : M. Jullien, etc., etc.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Cette Société, fondée en 1890, a pour but l'étude de l'électricité dans ses rapports avec la biologie et la thérapeutique. Elle se réunit le troisième jeudi de chaque mois, à 8 h. 1/2 du soir, à la Mairie du 1er arrondissement. Elle publie tous les mois un bulletin officiel donnant *in extenso* les communications de ses membres et le compte rendu des séances. Le bureau est ainsi constitué pour 1894 : *Président* : M. D'Arsonval; *Vice-président* : MM. Apostoli et Weiss : *Secrétaire général* : M. Labbé; Secrétaire général adjoint : M. Sollier. *Secrétaires des Séances* : MM. Oudin, Grand, et Régnier. Le nombre des membres n'est pas limité. La cotisation annuelle est de 20 fr. dont sont déduits des cachets de présence de 1 fr. Les membres se divisent en membres résidants, non résidants et non résidants étrangers. Le *Progrès Médical* donne le compte rendu analytique des séances de cette Société.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, D'HYDROLOGIE, ETC.

La *Société d'hydrologie* se réunit 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 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 l'Hôtel des Sociétés savantes, le 2e et le 4e mercredi de chaque mois, de 4 à 6 heures. 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.

Prix de la Société médico-psychologique. — Prix proposés pour l'année 1898. — Prix Aubanel. — 2,000 francs. — Question : Les auto-indications dans leurs rapports avec les délires.

Prix proposés pour l'année 1893. — Prix Belhomme. — 600 francs. — La question sera indiquée prochainement

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurables soutenues en 1897 et 1898 devant les Facultés de Médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse

Nota. — Les mémoires manuscrits et imprimés pour les prix à décerner en 1898, devront être déposés le 31 décembre 1897, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

ENSEIGNEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE.

I. *Ecole d'Anthropologie de Paris* (Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques reconnue d'utilité publique comme établissement d'enseignement supérieur. Loi du 22 mai 1889. 22e année, 1897-1898). Ouverture des cours le mercredi 3 novembre 1897, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15. Directeur : M. le Dr H. Thulié.

Anthropologie préhistorique. — M. Gabriel de Mortillet, professeur, le lundi à 4 heures. Programme : La palethnologie par régions. Préhistorique et protohistorique des divers pays.

Anthropologie pathologique. — M. Capitan, professeur, le lundi à 5 heures. Programme : Les maladies par auto-intoxication ou auto-infection. Leur rôle en anthropologie.

Ethnographie et Linguistique. — M. André Lefèvre, professeur, le mardi à 4 heures. Programme : Les origines et le développement de la langue française.

Ethnologie. — M. Georges Hervé, professeur, le mardi à 5 heures Programme : Ethnologie de l'Europe. 1re partie : Les Ibéro-Aquitains et la question basque. 2e partie : Les populations blondes européennes.

Anthropologie biologique. — M. J.-V. Laborde, professeur, le mercredi à 4 heures Programme : La transformation et l'équivalence des forces. La cellule nerveuse ou neurone selon les conceptions modernes. Les sens spéciaux de l'ouie et de la vue (évolution organique et fonctionnelle).

Anthropologie zoologique.—M. P.-G. Mahoudeau, professeur, le mercredi à 5 heures. Programme : L'origine zoologique de l'homme.

Géographie anthropologique.—M. Franz Schrader professeur, le vendredi à 4 heures. Programme. La terre et les hommes. Océanie et Afrique.

Anthropologie physiologique. — M. L. Manouvrier, professeur, le vendredi à 5 heures. Programme : Les composantes anatomo-physiologiques du caractère.

Sociologie (histoire des civilisations). — M. Charles Letourneau, professeur, le samedi à 4 heures. Programme : L'évolution mentale dans les diverses races et sociétés.

Ethnographie comparée. — M. Adrien de Mortillet, professeur, le samedi à 5 heures. Programme : La céramique chez les peuples primitifs anciens et modernes.

Anthropologie et Embryologie. — M. Mathias Duval, professeur. — Professeur honoraire : M. A. Bordier.

Les cours sont publics et gratuits. Les auditeurs qui se font inscrire au commencement de l'année scolaire peuvent obtenir un Certificat d'assiduité délivré par le directeur et les professeurs dont ils ont suivi les cours.

Les principales leçons faites durant l'année scolaire paraissent dans la *Revue mensuelle de l'Ecole d'Anthropologie*, publiée par les professeurs. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain. (Abonnement annuel, 10 fr.).

L'Ecole d'Anthropologie possède une collection d'anatomie comparée et d'objets préhistoriques servant aux cours. Elle conserve en outre la précieuse série de cerveaux appartenant à la Société d'Autopsie. Ces cerveaux sont étudiés et moulés dans le laboratoire particulier de l'Ecole d'Anthropologie. Le Président de la Société d'Autopsie est M. le Dr J.-V. Laborde. Les autopsies sont faites sous la direction de MM. le Pr Mathias-Duval et Dr Laborde, par MM. le Dr Hervé et Mahoudeau. Les moulages sont faits par M. Flandinette.

II. *Société d'Anthropologie.*— Cette Société tient ses séances, qui sont publiques, le 1er et 3e jeudi de chaque mois, à 3 heures, au 3e 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 préhistorique, etc., en un mot, tous les faits se rapportant à l'histoire naturelle de l'homme. La Société distribue des instructions aux voyageurs et missionnaires scientifiques. Elle possède une bibliothèque (plus de 8.000 ouvrages) ouverte au public les lundis, mercredis et vendredis, de 1 heure à 4 heures. Président pour 1898 : H. Ollivier-Beauregard. — Secrétaire général :

© BIU Santé

Dr Letourneau. — Secrétaires annuels : Dr Papillault et Viré. — Le *Progrès médical* donne le compte rendu des séances et l'analyse des questions qui touchent plus particulièrement à la médecine.

La Société publie un *Bulletin trimestriel* (abonnement annuel : 10 fr.) et des *Mémoires* (abonnement au volume : 16 fr.).

Musée Broca. — Ce musée est situé au 3e étage du bâtiment du Musée Dupuytren. Il appartient à la Société d'Anthropologie dont il renferme les collections, ainsi que celles du Laboratoire d'Anthropologie. Il possède environ 8.000 crânes et 200 squelettes humains, une importante collection de moulages de cerveaux, d'objets d'ethnographie et une grande quantité d'ossements et d'instruments préhistoriques. Il est ouvert au public les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures. Conservateurs : MM. Ed. Cuyer et A. de Mortillet.

III. *Laboratoire d'Anthropologie.* — Ce laboratoire, fondé par Paul Broca, fait partie de l'École pratique des Hautes-Études. Il occupe une partie du 3e étage du bâtiment du musée Dupuytren. Il comprend une salle de dissection, une salle d'anthropométrie, une salle de moulages et une salle d'histologie. Le Laboratoire d'Anthropologie est ouvert gratuitement aux docteurs français et étrangers ainsi qu'aux étudiants qui désirent 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. — Directeur : Dr Laborde. — Préparateurs : Dr L. Manouvrier et Dr Papillault.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR.

A l'Hôtel-de-Ville de Paris (salle des Prévôts).

PREMIER SEMESTRE.

Biologie. Professeur : M. le Dr Retterer, professeur agrégé à la Faculté de Médecine. — Les mardis et vendredis, à 8 h. 1/4 du soir. Le professeur exposera l'*Organisme des Etres vivants et le rajeunissement des Formes organiques.*

Anthropologie. Professeur : M. le Dr Verneau, assistant au Muséum, professeur à l'École coloniale. — Les mercredis et samedis, à 8 h. 1/4 du soir. Le professeur exposera l'*Evolution de l'homme comparativement à celles des autres Mammifères.*

Histoire de Paris. Professeur : M. Monin, docteur ès-lettres, professeur d'histoire et de géographie au collège municipal Rollin. — Les lundis et jeudis, à 8 h. 1/4 du soir. Le professeur l'*Histoire de Paris depuis le 2 Décembre 1851 jusqu'à la proclamation de l'Empire.*

Hygiène sociale. Professeur : M. le Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation. — Les jeudis, à 9 h. 1/4 du soir. Le professeur traitera de l'*Alimentation du Travailleur.* — Le cours a commencé jeudi 21 octobre.

Deuxième semestre. — *Seront professés les Cours suivants :*

Histoire universelle. Professeur : M. Louis Ménard, docteur ès-lettres, professeur à l'École nationale des Arts décoratifs.

Histoire nationale. Professeur : M. Marillier, agrégé de philosophie, maître de conférences à l'École des Hautes-Études.

Histoire des sciences. Professeur : M. Daniel Berthelot, docteur ès-sciences, assistant au Muséum, professeur agrégé à l'École supérieure de Pharmacie. Une affiche ultérieure indiquera le lieu et le programme des cours du deuxième semestre.

Association générale des Etudiants de Paris.

(Fondée en 1884.)

Reconnue d'utilité publique par décret du 25 juin 1891, 41 et 43, rue des Ecoles, 41 et 43.

L'*Association générale des Etudiants de Paris* s'est donné pour but d'établir entre les élèves des Facultés et Ecoles supérieures de Paris des liens d'amitié et de solidarité ; elle a été reconnue d'utilité publique au mois de juin 1891. Son *siège social*, ouvert tous les jours de 8 heures du matin à minuit, comprend : 41, rue des Ecoles, 1er étage, salle de conférences et bureau du Comité ; 2e étage, bibliothèque 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, Duplay et Reclus, etc.), bureau de l'administration ; 3e étage, bibliothèque de droit, bibliothèque des prêts à domicile ; 4e étage, bibliothèque de Pharmacie, bibliothèque des Sciences ; 5e étage, bibliothèques des Lettres et de l'École coloniale, 43, rue des Écoles, 3 salons de lecture, fumoir, laboratoire de photographie ; — salle d'armes, 4, rue des Carmes. 15.000 volumes, 60 journaux quotidiens, 103 revues, dont 40 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 sous la direction du Dr H. Lepage, ancien interne des hôpitaux. L'association assure en outre à ses membres un grand nombre d'*avantages matériels* (réductions de moitié à l'Odéon, la Gaîté, les Bouffes-Parisiens, le Vaudeville, les Menus-Plaisirs, la Renaissance, les concerts Lamoureux et Colonne, les cirques d'Hiver et d'Eté, le Chat-Noir, le Moulin-Rouge, etc.). Pour les avantages chez les fournisseurs (voir l'annuaire 1895-1896). Gymnastique, équitation, danse, canotage, jeux de plein air et vélocipédie. Elle publie un *Bulletin mensuel*, « *l'Université de Paris* », distribué gratuitement à ses membres. L'Association compte 6.500 *membres actifs inscrits*, 750 *membres honoraires*, parmi lesquels un grand nombre de professeurs à la Faculté de médecine, de médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux. Son *budget* annuel est de 50.000 francs, ses capitaux placés en valeur atteignent 45.000 francs. L'*administration* appartient exclusivement à un *Comité* d'étudiants français et majeurs nommés par les étudiants des différentes Ecoles (7 délégués pour la médecine). La *Section de Médecine* a un budget particulier de 400 francs. 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 aux statuts, et verser une cotisation annuelle de 18 francs, payable en un seul versement, plus 2 fr. de droit d'entrée.

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, leur prête de l'argent, sur la garantie de leur honneur, 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 Nancy — la première en date —, 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 pour 1896, M. Marey, Secrétaire du Conseil, M. Gariel (C.-M.).

Société Entomologique de France : Séances les 2e et 4e mercredis de 8 à 10 heures du soir. Président, M. Giard. Secrétaire, M. J. Gazagnaire. Archiviste-Bibliothécaire, M. Léveillé.

Société de Médecine et de Chirurgie pratiques : Séances les 1er et 3e jeudis de 4 à 6 heures. — Président, M. le Dr Yves Ménard ; Secrétaire général, M. le Dr Bardet.

Société de Médecine vétérinaire pratique : Séance le 2e mercredi du mois de 3 à 6 heures. Président, M. Fréjis ; Secrétaire général, M. Rossignol.

Société Obstétricale et Gynécologique : Séances le 2e jeudi du mois, de 4 à 6 heures. Président, M. le Dr Maygrier ; Secrétaire général, Dr Porak.

Société de Stomatologie : Séances le 3e lundi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président, M. le Dr X..... Secrétaire général, M. le Dr Galippe.

Société Médico-chirurgicale : Séances les 2e et 4e lundis, de 4 à 6 heures. Président, M. le Dr Philbert. Secrétaire général, M. le Dr Tripet.

© BIU Santé

Société d'Ophtalmologie de Paris : Séances le 1er mardi du mois, de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, Dr Koch. Secrétaire général, Dr Despagnet.

Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle : Secrétariat Séances le 4e mercredi du mois, de 8 à 10 h. du soir. Président : M. Duclaux. Secrétaire général, Dr Napias.

Société d'Otologie et de Laryngologie : (date à fixer), Secrétaire : M. le Dr Et. Saint-Hilaire.

Société française d'Ophtalmologie : Secrétaire du Comité, Dr Despagnet.

Société Astronomique de France : Séances le 1er mercredi du mois, de 8 à 10 heures du soir. Président, M. Janssen. Secrétaire général, M. Camille Flammarion.

Association Polytechnique : Secrétariat. Séances le 1er jeudi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président, Dr Brouardel. Secrétaire général, M. Malétras.

Association générale des Pharmaciens de France : Président, M. le Dr Petit. — Secrétaire général, M. Crinon.

Société Historique : Président, M. A. Sorel.

Institut des Actuaires français : Séance le 3e jeudi du mois, de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, M. P. Guieysse. Secrétaire général, M. Marie.

Société française de Navigation aérienne : Séances les 1er et 3e jeudis du mois de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, M. P. Decauville. Secrétaire général, M. le Dr Hureau de Villeneuve.

Société de Statistique : Séances le 3e mercredi du mois, de 9 à 11 h. du soir. Président, M. Yves Guyot. Secrétaire général, M. Yvernès.

Société d'Hypnologie et de Psychologie : Séance le 3e lundi de chaque mois, à 4 heures 1/2. Président, M. le Dr Dumontpallier Secrétaire général, M. le Dr Bérillon.

Société des Chefs d'Institution : Président, M. Ducroux.

Société amicale des anciens Elèves de l'Association Polytechnique : Président, M. Barré.

Société pour l'instruction et la protection des Sourds-Muets : Vice-président, M. E. Grosselin.

Association syndicale et professionnelle des médecins du département de la Seine : Président, M. le Dr Le Blond.

Association sténographique unitaire : Président, M. Fontaine.

Société pour la propagation des langues étrangères : Cours tous les soirs ; Directeurs, MM. Deniker et Schweitzer.

Œuvre de l'Orphelinat de l'Enseignement primaire : Président, M. Mézières.

Union des Syndicats médicaux de France : Président, M. le Dr Porson (de Nantes). — Vice-président, M. le Dr A. Le Blond.

Union des Etudiants hellènes à Paris : Séances le 1er jeudi de chaque mois.

Société française de Tempérance : Séance le 2e mardi de chaque mois à 4 h. 1/2. Secrétaire général, M. le Dr Philbert.

Société des Sciences psychiques : Séances le 1er mercredi du mois. Président : M. le chanoine Brettes.

Sociétés des Américanistes de Paris : Secrétaire général, M. Henri Cordier.

Association Meusienne : Président, M. André Theuriet.

Société d'Apiculture et d'Insectologie : Séances le troisième mercredi de chaque mois, à 2 heures.

Société de Sociologie de Paris : Séances le deuxième mercredi de chaque mois, à 8 heures du soir.

Association amicale des Elèves et anciens Elèves de l'Union française de la Jeunesse : Secrétariat.

ÉCOLES DENTAIRES DE PARIS.

I. Ecole dentaire de Paris.

(Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, reconnus d'utilité publique), 45, rue de la Tour d'Auvergne et 5 bis, cité Milton.

Président-Directeur : Ch. GODON.

Secrétaire général : P. MARTINIER.

Cette institution est la première Ecole professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une Ecole pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix. L'*enseignement* est divisé en deux parties : l'une *théorique*, l'autre *pratique* ; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures. *Cours de 1re année :* Physique, métallurgie et mécanique appliquées, chimie, anatomie, physiologie ; — *Cours de 2e année :* Anatomie, physiologie, histologie, micrographie, dissection, pathologie générale, thérapeutique et matière médicale ; — *Cours de 3e année :* Anatomie et physiologie dentaires humaines et comparées, histologie dentaire, application du microscope. Dissection. Pathologie spéciale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. Thérapeutique spéciale : 1° traitement, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales, droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire. Professeurs : MM. Sébileau, Isch-Wall, Marié, Pinet, Grimbert, Serres, Blocman, Francis Jean, Godon, Viau, Ronnet, Roger, Lemerle, Heidé, Papot, Richard-Chauvin. Professeurs suppléants : MM. Barrié, Bonnard, d'Argent, Frey, Friteau, Loup, Martinier, Monnet, Roy, Sauvez, Touchard.

L'Ecole dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° *Cliniques* (Opérations immédiates au fauteuil). Consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques. Professeurs : MM. Francis Jean, Godon, Papot, Viau ; Professeurs suppléants : MM. Bonnard, d'Argent, Frey, Loup, Martinier, Sauvez et Touchard ; Chefs de clinique : MM. Bioux, d'Almen, Devoucoux, Martial-Lagrange, Paulme, Prest, Prével, Legret, Touvet-Fanton.

2° *Dentisterie opératoire.* (Les salles qui y sont consacrées contiennent 120 fauteuils.) Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire, démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements. Professeurs : MM. Heidé, Lemerle et Ronnet, Richard-Chauvin ; Professeur suppléant : M. Barrié ; Démonstrateurs : MM. Arnold, Billebaut, Borcier, Catton, Cecconi, Choquet fils, de Croës, Delaunay, de Lemos, Em. Denis, Duvoisin, Faloy, Fresnel, Joseph, Hirschberg, Jacowski, Jeay, Liskenne, Mahé, Martin, Schuler et Stévenin.

3° *Prothèse pratique.* A lieu, tous les jours, de 2 à 6 heures, au laboratoire. Professeur : M. Martinier, Chef des travaux pratiques : M. Löwenthal. La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre après *trois années d'études*, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une preuve de la valeur de cette institution actuellement considérée comme *Ecole préparatoire au diplôme d'Etat*, pour lequel elle délivre les inscriptions réglementaires. Pour suivre les cours, il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes. — Pour tous renseignements, s'adresser à l'Administration, 45, rue de la Tour d'Auvergne, Paris.

II. Association de l'Ecole Odontotechnique (1).

Président du Conseil d'administration : H. DUCOURNAU.

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. Son siège social est rue de l'Abbaye, n° 3.

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 Brouardel, Richet, Sappey, Guyon, Duplay, Fournier, Proust, Gariel, Tillaux.

Ecole et Clinique dentaires.

Directeur : M. Ed. DAMAIN. — Sous-Directeur : M. VIZIOZ. — Inspecteur : M. le Dr MORA.

Professeurs de Clinique : Lundi, M. Buft, M. Zula, professeur suppléant. — Mardi, M. Insall, Mercredi M. Saint-Hilaire, M. Goldenstein, M. Quenot, prof. suppléant. — Jeudi, M. Ducournau. — Vendredi, M. Hivert, M. Neech (H.-C.), G. Astié, prof. suppléants. — Samedi, M. Hotz.

Chefs de Clinique : MM. Possicelski, Berlioz, Bruel, Bénazet, N...

Professeurs de Prothèse : M. Maleplate, mercredi et samedi à 10 heures. Chef de clinique, M. Grégory, M. Diviani, mercredi et samedi, de 8 à 10 heures.

Professeurs de Dentisterie opératoire (cours théoriques et pratiques) : M. Brigiotti, lundi, de 8 à 9 h. — M. Weber, mardi, de 8 à 9 h. — M. Spaulding, professeur, jeudi, de 8 à 9 h. — M. Amoedo, professeur suppléant, vendredi, de 8 à 10 h. — M. Franchette, prof., M. Frison, prof. suppléant, les mardi, jeudi et

(1) Reconnue comme *établissement d'utilité publique* par décret du 22 mars 1892.

© BIU Santé

samedi, de 8 à 10 h. — MM. le Dr Queudot, professeur, Bertrand, Siffre, prof. suppléants, les lundi, mercredi et vendredi, de 8 à 10 h.

Chefs de Clinique : MM. Astié (H.), N..., N...

Cours théoriques du soir (de 8 à 10 heures).

Professeur d'Anesthésie : M. Darin, lundi à 9 heures (3e année). — M. le Dr Rovillain, professeur suppléant. — *Pathologie et thérapeutique buccales* : M. le Dr Damain, professeur; M. le Dr Grattery, prof. suppléant, mardi à 9 heures. — *Anatomie et physiologie* : M. le Dr Rousseau, professeur, vendredi et lundi à 8 heures; M. le Dr Lyon, professeur suppléant. — *Physique, chimie*, etc., M. le Dr Viron, mercredi à 8 h.; M. Charon, professeur suppléant. *Pathologie et thérapeutique dentaires* : MM. Queudot et Hivert, mercredi à 9 heures. — *Mécanique et Prothèses dentaires* : M. Franchette, vendredi à 9 h. – Mardi à 8 h. *Pathologie et thérapeutique générales* (Eléments de) : MM. le Dr Damain, professeur et le Dr Grattery, professeur suppléant, mardi à 8 heures. — *Dissection* : M. le Dr Rousseau et M. le Dr Lyon, le vendredi. — *Micrographie* : M. le Dr Damain, le vendredi; professeur suppléant, M. Franchette. — *Bactériologie* : M. le Dr Damain, avec la collaboration de M. Franchette. — *Mécanique et physique appliquées* : M. Franchette, professeur. — *Hygiène et Déontologie* : M. le Dr Mora, le samedi, à 8 heures.

Laboratoire de Prothèse : 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 : M. 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 Queudot.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL DE LA MÉCANIQUE ORTHOPÉDIQUE, PROTHÉTIQUE ET HERNIAIRE.

Siège : Mairie du IIe Arrondissement, 8, rue de la Banque.

Cours gratuits (1).

COURS D'ANATOMIE ET D'APPLICATION D'APPAREILS

Professeur : M. le Dr Beurnier, chirurgien des hôpitaux.

1re leçon. Articulations de l'épaule et du coude. Points de repère orthopédiques de ces articulations pour la construction des appareils et axes de mouvement de ces appareils. — 2e leçon. Articulations du poignet et de la main. Axes orthopédiques de mouvement et mains artificielles. Appareils prothétiques du membre supérieur. — 3e leçon. Hanche et genou. Axes physiologiques et axes orthopédiques de ces articulations. — 4e leçon. Articulations tibio-tarsienne et médio-tarsienne. Articulations du pied. Axes physiologiques et orthopédiques. — 5e leçon. Articulations de la tête, de la colonne vertébrale et des côtes. Etude de la scoliose. — 6e leçon. Muscles. Etudes du torticolis musculaire et osseux. — 7e leçon. Artères, veines et vaisseaux lymphatiques. Circulation du sang. Varices et phlébite. — 8e leçon. Viscères abdominaux et thoraciques. Cœur, poumons, foie, reins, estomac, intestins. Etude de l'entéroptose. — 9e leçon. Régions herniaires. Hernies inguinales. — 10e leçon. Hernies inguinales (*suite*). Hernie crurale. Hernies ombilicales. — 11e leçon. Hernies réductibles et irréductibles. Indication des bandages et de la cure radicale des hernies. — 12e leçon. Bandages inguinaux, cruraux et ombilicaux. Considérations générales. Pelotes convexes et concaves. Suspensoirs appliqués aux hernies.

COURS DE MÉCANIQUE PHYSIOLOGIQUE

Professeur : M. le Dr A. Mora.

1re leçon. Conditions générales de l'équilibre du corps dans ses diverses positions : étude des axes d'oscillation et de gravité. Etude rationnelle et mécanique de la colonne vertébrale. Description de la vertèbre. — 2e leçon. Origine et causes des courbures de la colonne vertébrale. — 3e leçon. Etude de la cage thoracique : mécanisme de la respiration : ceinture scapulaire. — 4e leçon. Musculature du thorax, de l'abdomen, du cou, du dos. — 5e leçon. Observation sur les muscles. Etude de l'épaule. — 6e leçon. Etude du bras, de l'avant-bras et de la main.

COURS DE PATHOLOGIE APPLIQUÉ A LA MÉCANIQUE

Professeur : M. le Dr Raymond Sainton, assistant d'orthopédie à l'hospice des Enfants-Assistés.

Sujet du cours : Des modifications apportées à la statique des différentes parties du corps humain par les affections orthopédiques — 1re leçon. Des déformations de la colonne vertébrale dans le mal de Pott. — 2e leçon. Des déviations dues à la scoliose et au torticolis. — 3e leçon. Des déformations du pied dans les différentes formes de pieds-bots. — 4e leçon. Des déviations du genou. Genu valgum et varum. Ankyloses. — 5e leçon. Des attitudes vicieuses de la hanche dans la coxalgie et la luxation congénitale. — 6e leçon. Des déformations du membre supérieur. (Ankyloses, rachitisme.)

COURS DE TECHNOLOGIE.

Professeur : M. Emile Adt, ingénieur des arts et manufactures, sous-inspecteur des constructions métalliques au Chemin de fer de l'Est.

1re leçon. Fabrication des aciers par carburation du fer. Aciers de cémentation. Aciers de fusion. — 2e leçon. Fabrication des fers et aciers finis. Fabrication des barres. Tôles. — 3e leçon. Fabrications diverses. Fil de fer et d'acier. Rails. Grands profilés. Fers blancs.

Matériaux divers. — 4e leçon. Cuivre. Bronze. Laiton. Aluminium. Nickel. Argent. Or. Platine. — 5e leçon. Force, direction, intensité, forces de même sens, de sens contraires, forces angulaires. — 6e leçon. Losange et parallélogramme des forces, résultante des forces angulaires moments. — 7e leçon. Forces parallèles, leur résultante, couple, moment, centre des forces parallèles. — 8e leçon. Centre de gravité des lignes, des surfaces, des volumes. — 9e et 10e leçons. Machines simples, leviers, poulies, treuils, plans inclinés. — 11e leçon. Mouvement uniforme, varié, composition des mouvements, mouvements de rotation. — 12e leçon. Transformation du mouvement.

(1) Sous le patronage de la *Chambre syndicale des Instruments et appareils de l'art médical.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Doyen : M. le Pr Mairet. — *Secrétaire* : M. H. Got.
Professeurs honoraires : MM. Jaumes, Dubrueil, Paulet.
Secrétaire Honoraire : M. F.-J. Blaise.

Année scolaire 1897-98.

Semestre d'hiver. — Cours.

Du 3 novembre au 15 mars.

Anatomie : M. Gilis, professeur. Anatomie du bassin et des membres. — *Anatomie* : M. Mouret, chef de travaux. Anatomie descriptive : Organes des sens. — *Anatomie* : M. Itié, prosecteur. Anatomie descriptive. Arthrologie, Myologie. — *Physiologie* : M. Delezenne, agrégé. Sang. Respiration. Chaleur animale. — *Physiologie biologique* : M. Imbert, professeur. Phénomènes physiques dans les fonctions de relation. — *Pathologie externe* : M. de Rouville, agrégé. Organes génitaux de la femme. Chirurgie du cou. — *Accouchements* : M. Puech, agrégé. Dystocie. — *Pathologie générale* : M. Bosc, agrégé. La maladie et la défense de l'organisme. — *Pathologie interne* : M. Ducamp, professeur. Les infections. — *Anatomie pathologique* : M. Bosc, agrégé, chargé. Pathogénie et histogénèse du cancer. — *Thérapeutique et matière médicale* M. Hamelin, professeur. Médications s'adressant aux éléments morbides. (Indications et agents thérapeutiques). — *Histoire naturelle médicale* : M. Galavielle, agrégé. Des végétaux employés en médecine. — *Chimie pathologique et pharmacologie* : M. Moitessier, agrégé. Conférences et exercices de chimie clinique. — *Physique pathologique* : M. Lecercle, agrégé. Electrothérapie à l'hôpital, le dimanche.

Semestre d'été. — Cours.

Du 16 mars au 31 juillet.

Histologie : M. Vialleton, professeur. La cellule (généralités). La peau et ses annexes; le système uro-génital (histologie et développement). — *Physiologie* : M. Hédon, professeur. Circulation. — *Chimie biologique* : M. Ville, professeur. Tissus de l'organisme. Aliments. Digestion. — *Physique biologique* : M. Lecercle, agrégé. Chaleur animale. Electro-physiologie. — *Pathologie externe* : M. Lapeyre, agrégé. Infection chirurgicale et pathologie générale des tissus. — *Médecine opératoire* : M. Estor, professeur. Amputations et résections. — *Pathologie interne* : M. Brousse, agrégé. Affections cutanées d'origine parasitaire et infectieuse. — *Microbiologie* : M. Rodet, professeur. Microbiologie spéciale. Etude des principaux microbes pathogènes et de leurs effets sur l'organisme. — *Hygiène* : M. Rauzier, agrégé, chargé. De l'hygiène thérapeutique dans les maladies des divers organes. — *Médecine légale* : M. Sarda, agrégé, chargé. Blessures. Homicide. Suicide. — *Histoire naturelle médicale* : M. Granel, professeur. Parasitologie. Parasites animaux. *Chimie pathologique et pharmacologie* : M. Moitessier, agrégé. Conférences et exercices de chimie clinique. — *Physique patho-*

© BIU Santé

logique : M. Lecercle, agrégé. Electrothérapie, le dimanche, à l'hôpital.

Cliniques. (*Hiver et Été.*)

Clinique interne : MM. Grasset et Carrieu. — *Clinique externe* : MM. Tédenat et Forgue. — *Clinique obstétr. et gynécologique* : M. Grynfellt. — *Maladies mentales et nerveuses* : M. Mairet — *Maladies des yeux* : M. Truc.

CLINIQUES ANNEXES (*Hiver* et *Eté*).

Maladies des vieillards : M. Espagne, agrégé libre. — *Maladies des enfants* : M. Baumel, agrégé, ch... — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. Brousse, agrégé, ch... — *Chirurgie des enfants et vieillards* : M. Estor, professeur.

CLINIQUES PROPÉDEUTIQUES (*Hiver* et *Eté*).

Médecine : M. Rauzier, agrégé. — *Chirurgie* : M. Lapeyre, agrégé. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. Brousse, agrégé. — *Accouchements, maladies des femmes* : M. Grynfellt, profes. — *Maladies des yeux* : M. Truc, professeur. — *Maladies des enfants* : M. Baumel, agrégé. — *Maladies des vieillards* : M. Espagne, agrégé libre. — *Maladies de larynx, nez et oreilles* : M. Hédon, prof.

Travaux pratiques obligatoires.

Anatomie : M. Mouret, agrégé, chef des travaux. Tous les jours, 1re année : le matin ; 2e année : de 1 à 3 h. — *Chimie biologique* : M Descomps, chef des travaux. Institut de biologie (1re année). — *Anatomie pathologique* : M. Poujol, chef des travaux. Exercices au laboratoire (de midi à deux heures), 3e et 4e année. — *Physique appliquée à la clinique* : MM. Imbert et H. Bertin. Electrothérapie dans les hôpitaux. — *Chimie appliquée à la clinique* : M. Moitessier, chef de laboratoire. Exercices de chimie clinique, le matin, à l'hôpital. — *Ophtalmologie* : MM. Imbert et Truc, professeurs. Institut d'ophtalmologie : lundi et vendredi (hiver et été). *Histologie* : M. Combres, chef des travaux. Laboratoire d'histologie, 1re année, 2e année. — *Physiologie* : M. Delezenne, chef des travaux. Salle spéciale de travaux, 1re année, 2e année. — *Physique biologique* : M. Gagnière, chef des trav. Institut de biologie (1re an.). — *Médecine opératoire* : M. Mouret, chef des travaux. Pavillon anatomique (3e et 4e an.). — *Microbiologie* : M. Rodet, professeur. Laboratoire de bactériologie (3e et 4e an.) — *Histoire naturelle médicale* : MM. Granel et Galavielle. Instituts de botanique et de zoologie (3e et 4e an.).

Sages-Femmes.

2e Année : M. Grynfellt, professeur. Théorie et pratique des accouchements. — 1re année : M. Vallois, agrégé. Anatomie et physiologie élémentaires. Pathologie élémentaire.

Division des études.

Semestre d'hiver. — 1re *Année* : Cours d'Anatomie, de Physique biologique, de Physiologie; Trav. pratiques d'Anat., de chimie biolog. — 2e *Année* : Cliniques ; Cours d'Anatomie, de Physique biologique, de Physiologie; Travaux pratiques d'Anatomie. — 3e *Année* : Cliniques; Cours de pathologie interne, de pathologie externe, de Pathologie générale, d'anatomie pathologique, d'accouchements; Travaux pratiques d'Anatomie pathologique. — 4e *Année* : Cliniques : Cours de Pathologie interne, de Pathologie externe, de Pathologie générale, d'Accouchements, d'Anatomie pathologique, de Thérapeutique et Matière médicale ; Travaux pratiques d'Anatomie pathologique.

Semestre d'été. — 1re *Année* : Cliniques ; Cours d'Histologie, de Physiologie, de Chimie biologique; Travaux pratiques d'Histologie, de Physiologie, de Physique biologique. — 2e *Année* : Cliniques ; Cours d'Histologie, de Physiologie, de Chimie biologique, de Pathologie interne, de Pathologie externe; Travaux pratiques d'histologie, de Physiologie. — 3e *Année* : Cliniques ; Cours de pathologie interne, de Pathologie externe; de Médecine opératoire, de Parasitologie, de microbiologie ; Travaux pratiques de Médecine opératoire, de parasitologie, de microbiologie. — 4e *Année* : Cliniques ; Cours de Pathologie interne, de Pathologie externe, de Médecine opératoire, de Microbiologie, d'Hygiène, de Médecine légale, d'Histoire naturelle médicale; Travaux pratiques de Médecine opératoire.

Renseignements divers.

Le *Musée anatomique* et le *Musée d'hygiène* sont ouverts aux élèves le premier tous les jours, de midi à 4 h., le second les lundi, mercredi et vendredi, de 2 à 4 h. — Le *Conservatoire du Jardin des plantes* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 heures. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de midi et demi à 6 heures 1/2 et le soir, de 8 heures à 10 heures, en hiver ; de 9 h. à 11 h. 1/2 du matin, et de 1 h à 6 h. 1/2 du soir, en été. — *Inscriptions trimestrielles* : Elles sont reçues au Secrétariat tous les jours, de 2 heures à 4 h., 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 Fontaine, 423 francs. Somme délivrée à l'auteur de la meilleure thèse de doctorat. — Prix de la Ville de Montpellier, 200 francs. Somme délivrée à l'élève qui a accompli la meilleure scolarité de doctorat. — Prix Bouisson, rente de 100.000 francs divisée également entre cinq élèves méritants ayant fait toutes leurs études (thèse comprise) à la Faculté de Montpellier.

Montpellier, 22 octobre 1897.

Mon cher Rédacteur en chef,

Pendant l'année qui vient de s'écouler, notre Faculté a été mise en possession du legs Bouisson, ce qui va permettre l'organisation d'un Institut bactériologique au château de Grammont; l'achèvement prochain de l'Institut de Biologie complètera l'organisation de nos laboratoires. Enfin, la clinique d'accouchements et l'asile des aliénés pourront être bientôt commencés.

En ce qui concerne le mouvement du personnel, M. Rodet, chargé du cours de microbiologie, a été nommé titulaire de la chaire.

Divers concours ont eu lieu pendant l'année dans notre Faculté pour des places de professeurs suppléants à l'Ecole de Marseille, de médecins des hôpitaux d'Avignon; et la Régence de Tunisie vient de nous confier les concours de médecins et chirurgiens des hôpitaux de Tunis ; on peut voir là le développement de la sphère d'influence de notre Faculté.

Le nombre de nos élèves est très satisfaisant; quatre d'entre eux viennent d'être reçus à l'Ecole de santé militaire de Lyon.

Veuillez agréer, mon cher Rédacteur en chef, mes meilleurs sentiments. Ducamp.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Doyen : M. le Pr Heydenreich.
Doyen honoraire : M. Tourdes. — *Professeurs honoraires* : MM. Tourdes, Herrgott, Hecht, Beaunis.

Année scolaire 1897-1898.

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 heures.

Cliniques complémentaires. — Maladies des yeux : M. Rohmer, agrégé libre, à l'hôpital civil, mercredi, vendredi, à 11 heures. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. Février, agrégé, à la Maison de secours, mercredi, à 10 h. ; vendredi, à 4 h. — Maladies des enfants. M. Haushalter, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, jeudi, à 11 h. — Maladies des vieillards : M. P. Parisot, agrégé libre, hospice St-Julien, mardi, samedi, 11 h.

Cours. — Anatomie descriptive : M. Nicolas, professeur. Organes génito-urinaires. Appareil circulatoire, mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 3/4. — Histologie : M. Prenant, professeur. Histogenèse et histologie des organes, lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures. — Pathologie externe : M. Weiss, professeur. Maladie des os, des articulations et des vaisseaux, mardi, jeudi, samedi, à 5 h. — Médecine légale : M. Demange, professeur. Folie au point de vue médico-légal. Asphyxie, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Thérapeutique et matière médicale : M. Schmitt, professeur. Agents thérapeutiques (*suite*). Indications tirées des troubles des appareils hépatique et rénal. Traitement des maladies du foie et des reins. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. — Hygiène : M. Macé, professeur. Hygiene de l'alimentation. Lundi, mercredi, vendredi à 3 h.

© BIU Santé

Cours complémentaires et conférences. — Accouchements (cours comp.) : M. Schuhl, agrégé. Eutocie et dystocie, lundi, mercredi, à 4 h. — Anatomie descriptive : M Jacques, agrégé. Mardi, jeudi, à 4 heures. — Orthopédie et bandages : M Frœlich, agrégé, lundi, à 5 h. — Bactériologie : M. Haushalter, agrégé. Applications de la bactériologie à la clinique et à la pathologie, samedi, à 3 h. — Diagnostic médical : M. Étienne, agrégé. Séméiologie de l'appareil respiratoire et de l appareil circulatoire, vendredi, à 5 h. Chimie biologique : M Guérin, agrégé. Principes constitutifs des êtres vivants. Les aliments; la digestion; étude chimique du sang et de la respiration. Les matières albuminoïdes, mardi, samedi, a 9 h. 1/4. — Démonstrations d'anatomie pathologique : M. Zilgien, agrégé. Autopsies. — Clinique d'électrothérapie : M. Guilloz, agrégé, hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures. — Embryologie : M. Nicolas, professeur. Jeudi, à 9 h. 1/4. — Anatomie topographique : M. Jacques, agrégé. Tête et cou, samedi, 4 h. — Clinique des maladies mentales et nerveuses : M P. Parisot, agrégé libre, hospice Saint-Julien, samedi, 10 heures. — Clinique des maladies des oreilles, de la gorge et du nez : M. Jacques, agrégé, hôpital civil, lundi, vendredi. 10 heures. — Clinique d'orthopédie : M. Frœlich, agrégé, hôpital civil, mardi, samedi, 10 heures.

Travaux pratiques obligatoires. — Dissections : M. Jacques, agrégé, tous les jours, de 1 h. 1/2 à 5 h. — Anatomie pathologique : M. Baraban, professeur. Questions spéciales d'anatomie pathologique, mardi, jeudi, de 2 h. à 4 h. — Histologie : M. Prenant, prof. Technique, lundi, de 8 h. 1/2 à 11 h. Démonstrations, mercredi, vendredi, de 8 heures 1/2 à 10 heures 1/2; jeudi, de 1 h. 1/2 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, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Gross, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures. — 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 des yeux : M. Rohmer, agrégé libre, à l'hôpital civil, lundi, vendredi, à 10 h. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. Février, agrégé, à la Maison de secours, mercredi, 10 heures ; samedi, 5 heures. — Maladies des enfants : M. Haushalter, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, jeudi, à 11 h. — Maladies des vieillards : M. P. Parisot, agrégé libre, à l'hospice Saint-Julien, mardi, samedi, à 11 h.

Cours. — Chimie médicale et toxicologie : M. Garnier, prof. Chimie des tissus. Excrétions et sécrétions, mardi, samedi, à 11 heures; chimie analytique, urines, lait, etc., jeudi, à 8 h. — Physique médicale : M. Charpentier, professeur. Phénomènes physiques de la phonation et de l'audition Optique physiologique. Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures. — Histoire naturelle médicale : M. Vuillemin, professeur. Description des êtres utiles ou nuisibles à la santé humaine, mardi jeudi, 5 h. 1/2. Biologie des parasites, mercredi, 5 h. 1/2. — Physiologie : M. Meyer, professeur. Fonctions de nutrition. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Médecine opératoire : M. Chrétien, professeur. Opérations qu'on pratique sur la partie abdominale de l'appareil digestif, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — Anatomie pathologique : M. Baraban, professeur. Anatomie pathologique spéciale, lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. — Pathologie générale et pathologie interne : M. Simon, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 4 h.

Conférences. — Accouchements : M. Schuhl, agrégé. Opérations obstétricales, lundi, vendredi, à 5 heures. — Bactériologie : M. Haushalter, agrégé. Applications de la bactériologie à la clinique et à la pathologie, mardi, à 3 heures. — Physiologie : M. Lambert, agrégé. Système nerveux, lundi, à 2 h. — Orthopédie et bandages : M. Frœlich, agrégé, jeudi, à 4 heures. — Maladies mentales : M. P. Parisot, agrégé libre, samedi, à 3 h. — Electrothérapie : M. Guilloz, agrégé, hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures. — Démonstrations d'anatomie pathologique : M. Zilgien, agrégé. Autopsies — Clinique des maladies et nerveuses : M. Parisot, agrégé libre. Hospice Saint-Julien, samedi, 10 heures. — Clinique des maladies des oreilles, de la gorge et du nez : M. Jacques, agrégé. Hôpital civil, lundi, vendredi, 10 heures. — Clinique d'orthopédie : M. Frœlich, agrégé. Hôpital civil, mardi, samedi, 10 heures.

Travaux pratiques obligatoires. — Chimie médicale : M. Garnier, professeur. Analyse des urines, du lait, du suc gastrique, etc.; dosages volumétriques. Etude des corps organiques azotés : matières albuminoïdes, acides amidés et amides, substances alcaloïdiques, composés prussiques, etc. Lundi, mercredi, vendredi, de 7 h. 1/2 à 10 1/2. — Physique médicale : M. Guilloz, agrégé. Applications cliniques de la physique. Jeudi, à 2 h. 1/2 — Médecine opératoire : M. Février, agrégé. Mardi, jeudi, 5 à 7 h. — Physiologie : M. Meyer, professeur. Démonstrations, samedi, 5 heures; Lambert, agrégé Exercices pratiques (voir l'affiche spéciale). — Anatomie pathologique : M. Baraban, professeur. Questions spéciales d'anatomie pathologique. Mardi, jeudi, de 2 h. à 4 h. — Histoire naturelle médicale : M. Vuillemin, professeur. Reconnaissance des parasites. Mercredi, vendredi, à 8 heures.

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 26 mars 1896) : 1° Prix d'anatomie et histologie, 1 médaille d'argent et 100 francs de livres. Les élèves de 2e année (nouveau regime) et les élèves de 3e année (ancien régime) sont seuls admis à concourir. — 2° Prix de physiologie, 1 médaille d'argent et 100 fr. de livres. Les élèves de 2e année (nouveau régime, et les elèves de 3e année (ancien regime) sont seuls admis à concourir. — 3° Prix de chirurgie et accouchements. 1 médaille d'argent et 185 fr. de livres. Les élèves de 4e année sont seuls admis à concourir. — 4° Prix de médecine. 1 médaille d'argent et 185 fr. de livres. Les élèves de 4e année sont seuls admis à concourir. — Les lauréats auront droit 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 de l'Internat — dit prix Bénit — de 233 fr. Prix Ritter, de 800 francs, attribué tous les deux ans au meilleur travail original de chimie médicale, fait dans un laboratoire de la Faculté de Médecine de Nancy, par un élève ou ancien élève de cette Faculté. (Ce prix sera decerné en 1897.)

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° 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; 3° un certificat constatant qu'il a été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté (des renseignements complémentaires seront donnés au secrétariat) ; 4° le diplôme ou certificat de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec la mention : *lettres, philosophie*, et le certificat d études physiques, chimiques et naturelles. — Les *Inscriptions* seront reçues tous les jours, de 10 heures à midi, du lundi 26 octobre au samedi 7 novembre, et pour les trimestres suivants, du 1er au 10 janvier, du 16 au 21 mars, du 1er au 10 juillet. — Les *Consignations* pour les examens seront reçues tous les jours, à dater du lundi 26 octobre, de 10 heures à midi. Les Jurys d'examen fonctionneront à dater du 3 novembre. — Les *Cours* et les *Travaux pratiques* commenceront le 3 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 annees 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).

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY.

Directeur : M. Schlagdenhauffen.
Directeur honoraire : M. Jacquemin. — *Agrégé* : M. Meslans.

ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898.

Semestre d'hiver, (3 novembre au 15 mars).

Cours.

Chimie : M. M. Held, chimie minérale, métalloïdes. Jeudi, à 10 h. 1/2; mardi, à 10 h. 1/2. — *Toxicologie et physique* : M. Schlagdenhauffen, étude des poisons et des empoisonnements, mercredi, vendredi, à 9 heures ; physique appliquée à la pharmacie, lundi, à 9 heures. — *Histoire naturelle* : M. Bleicher, notions de zoologie appliquée à la pharmacie, lundi, mercredi, vendredi, à 10 h.

Cours complémentaires et Conférences.

Hydrologie et minéralogie : M. Favrel, étude des minéraux les plus usuels, des eaux potables et des eaux minérales, mercredi, vendredi, 11 h. — *Botanique* : M. Brunotte, cryptogamie, mercredi, 5 h. Anatomie et physiologie végétales, vendredi, 5 h. — *Preparation aux travaux pratiques* : M. Favrel, analyse

© BIU Santé

qualitative et quantitative, lundi, 5 h. (1re année) ; même cours, jeudi, 5 h. (2e année).

Travaux pratiques.

Micrographie générale : M. Bleicher-Brunotte, élèves de 2e année, vendredi, 2 à 5 h. — *Pharmacie galénique :* M. Delcominète-Favrel, élèves de 3e année, mardi, de 2 h. à 5 h. — *Physique* : M. Schlagdenhauffen, élèves de 3e année, mardi, 9 à 11 h. — *Chimie* : M. Held-Favrel élèves de 1re année, jeudi, 2 h. à 5 h. ; samedi, 9 h. à 12 h. ; élèves de 2e année, jeudi, 2 h. à 5 h., samedi, 9 à 12 h. — *Micrographie appliquée* : M. 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 fournies par les dicotylédones, mardi, jeudi, 9 heures ; samedi, 8 h. — *Pharmacie :* M. Klobb, Produits chimiques médicamenteux se rattachant à la chimie minérale. Dosages. Lundi, mercredi, vendredi, 11 h. — *Chimie organique* : M. Held, série grasse, mardi, 10 h. 1/2, mercredi, 4 h. 1/2.

Cours complémentaires et Conférences.

Botanique : M. Brunotte, agrégé, classification des phanérogames, jeudi, 10 h., anatomie végétale, vendredi, 10 h. — *Pharmacie galénique* : M. Delcominete, opérations pharmaceutiques ; médicaments qui en dérivent, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures. — *Préparation aux travaux pratiques* : M. Favrel, analyse qualitative et quantitative, samedi, 8 h. (1re année), jeudi, 8 heures (2e année).

Travaux pratiques.

Micrographie appliquée : M. Godfrin-Brunotte, élèves de 3e année, samedi, 9 h. à 12 h. — *Pharmacie :* M. Klobb-Favrel, élèves de 1re année, mardi, 2 h. à 5 h. — *Micrographie* : M. Bleicher-Brunotte, élèves de 2e année, vendredi, 2 h. à 5 h. — *Herborisation :* M. Bleicher-Brunotte, élèves de 1re, 2e et 3e années, jeudi. — *Chimie analytique* : M. Favrel, élèves de 1re et 2e année, samedi, 9 h. à 12 h. — *Toxicologie* : MM. Schlagdenhauffen et Favrel, élèves de 3e année, mercredi, 9 h. à 12 h.

Prix décernés par l'Ecole. — L'Ecole décerne les prix suivants à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études :

1° *Prix Universitaires* (décret du 21 avril 1869). — De 1re année, 1 médaille d'argent et 30 fr. de livres ; de 2e année, 1 médaille d'argent et 75 fr. de livres ; de 3e année, 1 médaille d'or d'une valeur de 300 fr.

Les lauréats de 1re et de 2e années sont dispensés des droits d'inscriptions (120 fr.) et d'examens semestriels (50 fr.), afférents à l'année scolaire suivante ; le lauréat de 3e année aura droit à la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Un lauréat qui aurait obtenu successivement le prix de 1re, de 2e et de 3e années jouira de la gratuité complète des droits qui lui resteront à acquitter pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe. (Décret du 21 avril 1869.)

2° *Prix des travaux pratiques.* — En exécution de l'article 8 du décret du 12 juillet 1878 : « Tout excédent de recettes constaté sur le produit des rétributions pour travaux pratiques après paiement des frais afférents à ces travaux est employé en prix et encouragements aux élèves les plus méritants. » — L'Ecole décerne annuellement une *médaille d'argent* et, en outre, s'il y a lieu, une *médaille de bronze* pour les concours suivants :

1re année, prix de chimie ; 2e année, 1° prix de micrographie générale ; 2° prix de chimie ; 3e année, 1° prix de micrographie appliquée ; 2° prix de chimie et toxicologie.

3° *Prix du Conseil général de Meurthe-et-Moselle* (250 fr.) *et de la ville de Nancy* (75 fr.).

Les cours, examens et les travaux pratiques commenceront le mardi 3 novembre. Les inscriptions pour le trimestre seront reçues du 22 octobre au 8 novembre, et, pour le trimestre suivant, du 2 au 9 janvier 1898. Les examens de validation de stage auront lieu le mardi 3 novembre 1897, à 9 heures du matin, et le 30 juillet 1898, à 8 heures du matin.

Nancy, le 27 octobre 1897.

Mon cher Rédacteur en chef,

L'enseignement de la Faculté de Médecine de Nancy vient, ainsi qu'en témoigne le programme des cours, de s'enrichir cette année de nouvelles cliniques où les étudiants pourront se perfectionner dans l'étude de l'électrothérapie, de l'orthopédie, des maladies mentales et des maladies de la gorge, du nez, du larynx. Grâce aux ressources fournies par une ville dont le chiffre de population augmente sans cesse, grâce au bon vouloir de l'administration hospitalière, ces cliniques ne tarderont pas à acquérir un développement en rapport avec les exigences nouvelles des études médicales.

La ville de Nancy fait construire un magnifique hospice destiné aux vieillards et aux incurables ; nous souhaitons qu'elle groupe bientôt autour de l'Institut anatomique les services de la Faculté de Médecine qui se trouvent encore dans les anciens locaux de la Faculté. Cette translation, de l'aveu de tous, est rendue indispensable aujourd'hui ; aussi espérons-nous que le Conseil municipal de Nancy ne reculera pas devant un nouveau sacrifice pécuniaire, pour assurer la prospérité de l'Université lorraine.

Veuillez agréer, mon cher Rédacteur en chef, l'assurance de mes sentiments dévoués. Dr X...

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE.

Doyen : M. le Pr de Lapersonne.
Doyen honoraire : M. Folet.

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

OUVERTURE LE 3 NOVEMBRE 1897.

Cours.

Anatomie normale : M. Debierre, professeur. Nerfs crâniens et organes des sens. Organes thoraciques Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — *Histologie* : M. Laguesse, professeur. La cellule. Notions générales d'embryologie. Les tissus. Le système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. — *Anatomie pathologique et pathologie générale*. M. Curtis, professeur. Maladies du sang. Appareil pulmonaire. Système nerveux. Notions de pathologie générale, Inflammation, suppuration. — Tumeurs. (*Le samedi est réservé aux leçons de pathologie générale*). Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — *Clinique médicale*. M. Lemoine, professeur. Leçons cliniques. Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Folet, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Charmeil, chargé du cours. Leçons cliniques. Lundi, à 10 h. 1/2, mercredi, vendredi, à 9 h. — *Clinique ophtalmologique* : M. F. de Lapersonne, professeur-doyen. Leçons cliniques. Lundi et jeudi, à 10 h. — *Hygiène :* Submont, professeur. Etiologie et prophylaxie des maladies infectieuses (1re partie du cours). Mardi, jeudi, samedi, à 3 h. Hygiène alimentaire. Mardi, à 2 h., leçon pratique au laboratoire. — *Chimie médicale et Toxicologie* : M. Lescœur, professeur. *Chimie minérale*. Métaux et métalloïdes. Toxicologie chimique. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — *Pharmacie et Pharmacologie* : M. Lotar, professeur. 2e année *Pharmacie chimique*. Etude des médicaments fournis par les métalloïdes et les métaux. Étude spéciale des alcaloïdes et des glucosides utilisés en pharmacie. Résumé sommaire des principales questions de pharmacie galénique étudiées en détail dans la première partie du cours. Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures 3/4. — *Histoire naturelle des parasites* : Th. Barrois, professeur. Zoologie médicale. Mardi, jeudi, vendredi, à 9 heures 1/4.

Cours complémentaires.

Accouchements (cours théorique) : M. Oui, chargé du cours. Grossesse et accouchements physiologiques. Délivrance. Suites de couches. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. *Maladies des enfants et syphilis infantile* : M. Ausset, chargé du cours. Leçons cliniques. Mercredi, samedi, à 10 heures 1/2. — *Clinique chirurgicale des enfants*. M. Phocas, chargé du cours. Leçons cliniques. Leçons, mardi et vendredi, à 10 h. 1/2. (Opérations les mêmes jours). — *Maladies des voies urinaires* : M. Carlier, chargé du cours. Leçons cliniques. Mercredi, samedi, à 11 heures. (Tous les jours, visites et opérations au lit du malade).

Conférences.

Conférences de physique (pour les étudiants en pharmacie) : M. Deroeux, chef des travaux de physique. Optique. Électricité. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 1/2. — *Conférences d'anatomie* : M. N..., prosecteur d'anatomie. Les os, les articulations et les insertions musculaires. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. — *Conférences d'anatomie* : M. Bédart, agrégé, chef des travaux anatomiques. Tube digestif et organes abdominaux et pelviens. Mardi,

© BIU Santé

jeudi et samedi, à 2 heures. — *Conférence du laborrtoire des cliniques* : M. Deroide, agrégé, chef du laboratoire. Examens chimiques et bactériologiques. Jeudi, à 10 h. 1/2.

Travaux pratiques. Laboratoires.

Dissections : M. Bédart, agrégé, chef des travaux anatomiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 2 h. à 5 h. — *Travaux du laboratoire des cliniques* : M. Deroide, agrégé, chef du laboratoire. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 8 h. 1/2 à 11 h. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique* : M. Chrétien, préparateur. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi et mercredi, de 2 à 4 h. — *Travaux pratiques d'Histoire naturelle* : M. Fockeu, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi, de 2 h. à 5 h. — *Manipulations chimiques et pharmaceutiques* : M. Bayrac, agrégé, chef des travaux chimiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi, de 2 à 5 h. — *Exercices pratiques de physique* : M. Deroeux, chef des travaux de physique. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Mardi, jeudi, de 2 heures à 4 heures.

Cours annexe.

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes : M. Gaulard, professeur. Anatomie, Physiologie et Pathologie élémentaires (élèves 1re année). Théorie et pratique des accouchements (élèves 2me année). Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Doyen : M. le Pr Lortet.

Professeurs honoraires : MM. Paulet, Bouchacourt Chauveau, Berne.

Année scolaire 1897-1898.

Ouverture des cours le 3 novembre 1897.

Cours et cliniques.

Cliniques médicales : M. Lépine, professeur ; visite tous les jours à 9 h. ; leçons cliniques : mardi, jeudi et samedi, 10 h. Hôtel-Dieu. — M. Bondet, professeur, Hôtel-Dieu. — *Cliniques chirurgicales* : M. Ollier, professeur ; visite tous les jours à 9 h. ; leçons magistrales : lundi, mercredi et vendredi, Hôtel-Dieu. — M. Poncet, professeur. Hôtel-Dieu. Les Cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants. — *Clinique obstétricale* : M. Fochier, professeur ; leçons, le mercredi de 9 h. à 10 h. Visites et examens tous les matins de 8 h. à 9 h. à la Charité. Médecine, 4e année. — *Clinique ophtalmologique* : M. Gayet, professeur ; clinique : mardi, samedi, de 9 h. à 11 h. Hôtel-Dieu. Médecine, 3e et 4e années. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Gailleton, professeur ; leçons : lundi, vendredi, de 9 h. à 11 h., Antiquaille. Médecine, 3e et 4e années. — *Clinique des maladies mentales* : M. Pierret, professeur. Asile de Bron. Tous les jours de 9 heures à 11 heures. Médecine, 4e année. — *Chimie organique et Toxicologie* : M. Cazeneuve, professeur ; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. 1/4 à 4 h. 1/4. Amphithéâtre de chimie. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années. Médecine, 2e année. — *Matière médicale et botanique* : M. Florence, professeur ; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre C. Médecine, 4e année. Pharmacie, 1re et 2e années. *Anatomie* : M. Testut, professeur ; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. Amphithéâtre A. Médecine, 1re, 2e et 3e années. — *Anatomie générale et Histologie* : M. Renaut, professeur, leçons : mardi, jeudi, samedi, de 5 h. à 6 heures. Amphithéâtre de chimie. Médecine, 1re et 2e années. — *Anatomie pathologique* : M. Tripier, professeur ; leçons : mardi, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2. Laboratoire (Salle des Travaux pratiques) ; jeudi, 8 heures matin. Hôtel-Dieu (Salle des Autopsies) ; samedi, de 2 h 1/2 à 3 h. 1/2. Laboratoire (Salle des Travaux pratiques). Médecine, 3e et 4e année. — *Médecine légale* : M. Lacassagne, professeur ; leçons : lundi, 2 à 3 h. Amphithéâtre C. ; mercredi, vendredi, 2 h. à 3 h. La Morgue. Médecine, 4e année. — *Parasitologie et microbes* : M. Lortet, professeur, leçons : mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 1re et 3e années. Pharmacie, 1re et 3e années. — *Pathologie interne* : M. Teissier, professeur ; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. à 4 h. Amphithéâtre C. Médecine, 3e et 4e années. — *Thérapeutique* : M. Soulier, professeur ; leçons : mardi, jeudi, samedi, de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Amphithéâtre B. Médecine, 3e et 4e années.

Cours du semestre d'été.

Maladies mentales : M. Pierret. — *Physique médicale* : M. Monoyer. — *Physiologie* : M. Morat. — *Pathologie externe* : M. Augagneur. — *Pathologie générale* : M. Mayet. — *Médecine opératoire* : M. Pollosson (M.). — *Médecine expérimentale et comparée* : M. Arloing. — *Hygiène* : M. Bard. — *Chimie médicale et pharmaceutique* : M. Hugounenq. — *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. Weill, agrégé ; clinique : lundi, mercredi ; leçons : vendredi, de 8 h. à 9 h. La Charité. Médecine, 4e année. — *Accouchements* : M. Pollosson (Auguste), agrégé ; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 5 h. à 6 h. La Charité. Médecine, 3e année. — *Botanique* : M. Beauvisage, agrégé ; semestre d'été. Pharmacie, 1re année.

Enseignement auxiliaire.

Physique : M. Bordier, chargé des fonctions d'agrégé ; conférence : lundi, mercredi, vendredi, de 2 heures à 3 heures. Amphithéâtre de physique. Pharmacie, 1re et 3e années. — *Chimie minérale et chimie analytique* : M. Barral, agrégé ; conférence : mardi, jeudi, samedi, de 2 h. 3/4 à 3 h. 3/4. Amphithéâtre de chimie. Pharmacie, 1re et 2e années. — *Pathologie externe et ophtalmologie* : M. Rollet, agrégé ; conférence : lundi, mercredi, de 4 h. à 5 h. Petit Amphithéâtre B. Médecine, 2e et 3e années. — *Eléments de médecine* : M. Collet, agrégé ; conférence : lundi, vendredi, de 5 h. à 6 h. Amphithéâtre C. Médecine, 1re et 2e années. — *Bactériologie pratique* : M. Courmont, agrégé ; conférence : mardi, jeudi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre C. Médecine, 4e année. — *Médecine légale* : M. Boyer, agrégé ; conférence : mardi, de 1 h. à 2 h. ; samedi, de 5 h. à 6 h. Amphithéâtre C. Médecine, 4e année.

Conférences du semestre d'été.

Anatomie : M. Siraud. — *Toxicologie* : M. Moreau. — *Minéralogie* : M. Barral. — *Anatomie pathologique* : M. Devic. — *Hydrologie* : M. Causse. — *Petite chirurgie et éléments de chirurgie* : M. Rochet. — *Parasitologie* : M. Roux. — *Anatomie topographique* : M. X... — *Gynécologie* : M. Condamin. — *Pathologie interne* : M. Collet. — *Physique biologique* : M. Bordier.

La *Bibliothèque* de l'Université (section de Médecine) est ouverte aux élèves tous les jours, le dimanche excepté, le matin, de 9 heures à 11 h. 1/2, l'après-midi, de 1 h. 1/2 à 5 heures.

Lyon, le 23 octobre 1897.

Monsieur le Rédacteur en chef,

La prospérité de notre Faculté de Médecine va chaque année grandissant. Nous avons eu l'an dernier 1.170 étudiants en médecine et 307 en pharmacie, soit un total de 1.477 élèves, et la rentrée prochaine s'annonce comme devant être plus nombreuse encore : 144 thèses de doctorat ont été soutenues pendant cette dernière année scolaire, et aux concours qui viennent de se terminer pour l'internat et l'externat des hôpitaux le jury avait à choisir pour 18 places d'internes entre 100 concurrents et pour 46 places d'externes entre 200 candidats. Il y a une véritable pléthore d'étudiants. Jusqu'à ce jour pourtant, les locaux de la Faculté de Médecine n'ont pas été insuffisants. Bientôt d'ailleurs ils vont être accrus du fait du transfert du laboratoire et de l'amphithéâtre de chimie à l'Institut chimique, qui est en train de s'édifier.

Dans les hôpitaux l'encombrement a pu être évité en répartissant les stagiaires, en dehors des cliniques forcément insuffisantes entre les divers services hospitaliers.

Pour les besoins de l'enseignement, on a maintenu en fonctions, pour une période de trois années, MM. les agrégés Beauvisage et Weill. On a rappelé à l'exercice un ancien agrégé de chirurgie, M. Chandeleur, pour suppléer au vide laissé par M. Curtillet, qui a abandonné ses fonctions à Lyon pour aller occuper un poste de professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole d'Alger.

Toute une série de chefs de clinique ont été nommés après de brillants concours : M. Courmont en médecine, M. Bérard en chirurgie, M. Jacqueau en ophtalmologie, M. Commandeur en obstétrique, et M. Papillon pour les maladies mentales.

Fidèles au souvenir des maîtres qui ont illustré notre Faculté, nous avons pu inaugurer cet été le buste du regretté professeur Rollet, au milieu d'une nombreuse assistance d'amis et d'élèves, avides d'entendre l'éloge du grand syphiligraphe lyonnais.

Nous avons eu la joie d'applaudir aux décorations accordées à M. le Pr Raymond Tripier et au doyen des médecins des

© BIU Santé

hôpitaux, à M. le Dr Carrier, promus l'un et l'autre chevaliers de la Légion d'honneur.

Enfin, dès la rentrée, notre Université se voyait dotée, par un de nos compatriotes, M. Falcon, d'une somme de cent mille francs, dont les rentes doivent être consacrées à la fondation de prix et à l'achat d'instruments pour les laboratoires.

Cette généreuse donation a été d'autant mieux accueillie qu'elle servira d'exemple, nous l'espérons ; l'habitude se prendra pour nos compatriotes de partager leurs libéralités entre les hôpitaux et l'Université. Et on conçoit le bien immense qui en pourrait résulter quand on songe que tout le budget de l'Assistance publique est assuré dans notre ville par la charité privée.

Cette Université, qu'on commence à connaître et à aimer, on veut lui donner une individualité, la faire aussi lyonnaise, aussi régionale que possible.

La Faculté de Médecine a émis le vœu de recruter et de nommer elle-même ses agrégés. C'est un grand pas fait dans la voie de la décentralisation, d'autant qu'on affirme que le vœu a été bien accueilli en haut lieu, et que les Lyonnais cesseront de participer aux concours généraux de l'agrégation qui ont lieu à Paris, à partir de l'année prochaine.

Cette mesure si libérale, qui semble une innovation si heureuse, a pourtant soulevé beaucoup d'objections. On a dit qu'on allait amoindrir le titre d'agrégé en créant des agrégations locales au lieu de l'agrégation générale des Facultés de Médecine qui existait jusqu'alors.

On a dit surtout qu'on fermerait aux jeunes agrégés lyonnais des débouchés précieux. Sans s'appauvrir notre Faculté avait pu fournir un contingent important de professeurs aux autres facultés de province : MM. Tedenat, Truc, Imbert, Vialleton et Rodet à Montpellier; Audry et Charpy à Toulouse; Lemoine, Debierre et Charmeil à Lille; Guérin à Nancy, et tout récemment encore Curtillet à l'Ecole d'Alger, et La Bonnardière à l'Ecole de Beyrouth, en remplacement d'un autre lyonnais, ce malheureux Dr Boyer emporté à 40 ans par la fièvre typhoïde.

Avec des recrutements régionaux faits par des jurys locaux, il est au moins douteux que leur choix se porte sur des élèves appartenant à d'autres facultés. Chacun sera maître chez lui, mais chacun y restera cantonné. Nous aurons notre Université lyonnaise ; mais il ne faudra pas songer à en sortir, et chaque université sera de même jalouse de se suffire.

En somme, la mesure semble bonne d'une façon générale ; comme toutes les réformes, elle soulève des objections qui ont été vives à la première heure. Tout s'apaisera et le nouvel ordre de choses fonctionnera, nous l'espérons, à la satisfaction de tous.

Tels sont, Monsieur le Rédacteur en chef, les faits les plus saillants de notre dernière année scolaire.

Veuillez agréer l'assurance de nos sentiments distingués.

Dr X.

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 sept ans et l'affluence des candidats au concours démontrent l'utilité d'une institution qui assure à ses fondateurs la reconnaissance de tout le corps de santé.

Les élèves se recrutent au concours parmi les étudiants en médecine ayant quatre inscriptions au moins, prises conformément au décret du 31 juillet 1893, portant réorganisation des études médicales (nouveau régime), et les étudiants pourvus de huit inscriptions au moins, valables pour le doctorat d'après l'ancien régime. Ils doivent les uns et les autres avoir eu moins de 23 ans au 1er janvier de l'année du concours qui a lieu aux mois de juillet et août. A partir de 1898, il ne sera plus admis à concourir que des Elèves du nouveau régime d'études. Le programme de ce concours est publié, chaque année, au *Journal officiel* et au *Bulletin militaire officiel*.

Les élèves admis font partie, à l'Ecole, sans exception aucune, de la quatrième division, correspondant à la deuxième année d'études du nouveau régime, quel que soit le nombre réel de leurs inscriptions.

Le prix de la pension est de 1,000 fr. par an et celui du trousseau de 1,060 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 quatrième année de séjour à l'Ecole, 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 élèves nouvellement admis contractent à leur arrivée à l'Ecole un engagement militaire de 3 ans et en outre 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 de perfectionner chez eux 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, des conférences de littérature et d'histoire contemporaine leur sont faites, une fois par semaine, dans l'intérieur de l'Ecole, par des professeurs de la Faculté des lettres de Lyon, nommés professeurs de l'Ecole par le Ministre de la Guerre.

Les élèves sont nourris et logés dans l'intérieur de l'Ecole ; ils suivent tous 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.

Les élèves sont considérés et traités comme élèves officiers. L'uniforme, qui se rapproche également beaucoup de celui de l'Ecole polytechnique, a pour caractère distinctif les attributs de la médecine militaire à collet de velours cramoisi et cudacée.

La nouvelle Ecole magnifiquement installée, présente toutes les garanties désirables d'hygiène, et forme un superbe et immense bâtiment au voisinage immédiat de la Faculté.

Soixante-deux élèves ont été admis à l'Ecole à la suite du concours de cette année.

Le chiffre total des élèves pour l'année scolaire 1896-97 sera de 198, non compris les élèves qui, ayant terminé leur scolarité, vont être reçus docteurs et entreront prochainement au Val-de-Grâce, avec le titre de médecin stagiaire.

Le personnel médical de l'Ecole est composé de la façon suivante : *Directeur* : Dr KELSCH, médecin inspecteur, membre de l'Académie de médecine.

Sous-Directeur: Dr PIERROT, médecin principal de 2e classe, médecin-chef de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes.

Major : Dr MAZELLIER, médecin-major de 1re classe.

Répétiteurs : Drs BENOIT, physiologie et histologie; MARCUS, médecine opératoire et accouchements; BOISSON, pathologie interne; BATUT, anatomie; BERNARD, thérapeutique, hygiène et médecine légale; RIOBLANC, pathologie externe.

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 ou médecins-majors 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 médecine et 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 notes méritées par les élèves aux examens de la Faculté continuent à être très bonnes; cet excellent résultat est dû à la véritable sélection dont sont l'objet les élèves admis, mais aussi à

© BIU Santé

ce qu'ils ne manquent ni une séance de dissection ou de médecine opératoire, ni un accouchement. Chaque élève militaire fait ou voit faire 12 à 15 accouchements et suit chacune de ces accouchées jusqu'à la sortie de l'Hôpital. D'autre part, ces élèves suivent tous les cours, exercices pratiques, cliniques de la Faculté. Six répétiteurs font chaque jour des cours et des conférences sur les matières traitées aux cours ou nécessaires pour les examens, et tiennent les élèves ainsi en état d'entraînement. Le soir, ceux-ci travaillent librement dans leurs études jusqu'à dix heures, avec des ressources considérables en livres, préparations, etc.

L'École ne reçoit pas d'élèves en pharmacie ; les jeunes gens qui veulent suivre la carrière de pharmacien militaire doivent se faire d'abord recevoir pharmacien de 1re classe, puis ils se présentent à un examen d'admission qui a lieu tous les ans au Val-de-Grâce où ils font un stage d'un an avant d'être nommés pharmaciens aides-majors de 2e classe.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898.

Doyen : M. A. PITRES.
Professeurs honoraires : MM. MICÉ, AZAM, DUPUY.

Semestre d'hiver (3 *novembre*. — 15 *mars*).

Cours.

Anatomie : M. BOUCHARD. Articulations. Leur formation, leurs mouvements, muscles qui les font mouvoir. Nerf moteur. Lundi, Mercredi et Vendredi, à 1 heure. 1re, et 2e année. — *Anatomie générale et histologie* : M. VIAULT. Etude des organes. Structure Développement. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 h. 1/4. 1re, et 2e an. — *Anatomie pathologique* : M. COYNE. Pathologie générale de la cellule. Lésions du rein et de l'appareil genital. Lundi, Mercredi et Vendredi, à 2 h. 3/4. 3e et 4e année. — *Pathologie et thérapeutique générales* : M. VERGELY. Suite des maladies du sang. Troubles de la calorification. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 h. 1/4. 3e et 4e an. *Thérapeutique* : M. ARNOZAN. La thérapeutique des maladies infectieuses. Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 h. 1/2. 4e annee. — *Médecine légale* : M. MORACHE. Questions soulevees par l'application du Code civil. Mariage. naissance. décès. Déontologie médicale. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 h. 1/4. 4e année. *Matière médicale* : M. DE NABIAS. Médicaments de la nutrition. Lundi, mercredi, vendredi, 10 h. 1/4. 4e année.

Cours complémentaires.

Chimie biologique : M. DENIGÈS. I. Principes immédiats de l'organisme. II. Etude chimique et analytique des liquides et sécrétions normales. III. Ptomaines et toxines. Humeurs et concrétions pathologiques. Mardi, jeudi et Samedi, a 3 h. 1/2. 1re, 2e et 3e année. — *Cours complémentaire d'accouchements* : M. RIVIERE. Grossesse et accouchements normaux. Pathologie de la grossesse. Mardi, Jeudi, Samedi, à 1 h. 3e et 4e année. — *Cours complémentaire de pathologie externe* : M. DENUCÉ : Affections chirurgicales des membres. Mardi, Jeudi et Samedi, à 5 heures. 2e année.

Semestre d'été. (16 *mars* — 31 *juillet*).

Cours.

Physiologie : M. JOLYET. Physiologie générale du muscle et du nerf. Etude de l'influence du système nerveux dans les diverses fonctions de la vie. Mardi, Jeudi, Samedi, 5 h. 2e année. — *Physique* : M. BERGONIÉ. Acoustique biologique. Chaleur animale. Mercredi, vendredi, 5 h. 1re et 2e année. Electrothérapie (à la Clinique electrothérapique). Lundi, 11 1/4. 3e année. — *Pathologie interne* : M. N... Maladies du cœur. Mardi, Jeudi, Samedi, 3 heures, 2e année. — *Médecine expérimentale* : M. FERRÉ. Etude expérimentale des maladies microbiennes. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 h. 1/4. 3e et 4e années. — *Hygiène* : M. LAYET. Hygiène et pathologie professionnelles (industrie, marine, armée). Mardi, Jeudi, Samedi à 5 h. 1/4. 4e année. — *Médecine opératoire* : M. MASSE. Opérations que l'on pratique pour les affections chirurgicales des membres. Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 heures 1/2. 3e et 4e année.

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 ophtalmologique*. M. BADAL, hôpital Saint-André. Lundi, Vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies chirurgicales des enfants* : M. PIÉCHAUD, hôpital des Enfants. Mardi, Vendredi, à 4 heure. — *Clinique gynécologique* : M. BOURSIER Hôpital Saint-André. Mardi 3 heures.

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 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. MOUSSOUS, hôpital Saint-André. Mardi, Samedi, à 8 h. 1/2. — *Clinique ophtalmologique*. M. BADAL, hôpital Saint-André. Mercredi, à 9 h. 1/2 — *Clinique des maladies chirurgicales des enfants* : M. PIÉCHAUD, hôpital des Enfants. Mardi, Vendredi, à 4 heures. — *Clinique gynécologique* : M. BOURSIER. Hôpital Saint-André. Mardi, à 3 heures.

Cours complémentaires de Clinique.

Maladies médicales des enfants : M. A. MOUSSOUS, hôpital des Enfants Mercredi, Samedi, 4 heures. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. DUBREUILH. Maladies vénériennes, hôpital Saint-Jean. Lundi, 4 h. Maladies syphilitiques et cutanées, annexe Saint-Raphaël. Jeudi, à 4 h. — *Maladies des voies urinaires* : M. POUSSON, faculté Saint-Julien. Vendredi, 3 heures. — *Maladies du larynx, des oreilles et du nez* : M. MOURE, annexe Saint-Raphaël. Mardi, Jeudi, à 10 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. RÉGIS, annexe Saint-Raphaël. Jeudi, 3 heures.

Conférences.

SEMESTRE D'HIVER.

Histoire naturelle : M. BEILLE. Parasites animaux et végétaux. Vendredi, 5 heures. — *Anatomie* : M. PRINCETEAU. Splanchnologie. Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure. — *Autopsies médico-légales* : M. LANDE. (Annoncées par des avis particuliers). — *Pathologie externe* : M. BINAUD. Eléments de pathologie externe. Lundi, vendredi, 4 heures. — *Pathologie exotique* : M. LE DANTEC. Maladies des pays chauds. Mercredi, 1 heure 1/2. — *Embryologie* : M. CANNIEU. Développement des différents organes. Lundi, Mercredi, 2 heures.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Pathologie interne : M. CASSAET. Eléments de pathologie interne. Mardi, Samedi, à 5 heures 1/4. — *Séméiologie chirurgicale*. M. BEAQUEHAYE. Exercices de diagnostic. Mardi, Jeudi, à 4 h 1/4. — *Anatomie chirurgicale* : M. VILLAR. Anatomie des régions. Mardi, Samedi, à 4 heures. — *Séméiologie médicale* : M. MESNARD Exercices de diagnostic. Mardi, Jeudi, à 4 heures. — *Ophtalmologie* : M. LAGRANGE. Optométrie et ophtalmoscopie théoriques. Mardi, jeudi, à 4 heures. — *Médecine légale* : M. LANDE. Conférence pratique. Autopsies médico-légales (annoncées par des avis particuliers). Lundi, Vendredi, 3 heures. 1/2. — *Physiologie* M. PACHON. Etude des fonctions de l'organisme. Mardi, Jeudi, Samedi, 3 heures. — *Anatomie pathologique* : M. AUCHÉ. Anatomie pathologique des tumeurs. Lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. — *Microscopie clinique* : M. SABRAZÈS. Méthodes expérimentales de diagnostic. Lundi, 10 h., samedi, 1 h. 1/2. — *Obstétrique* : M. CHAMBRELENT. Exercices pratiques sur le mannequin. Lundi, Mercredi, Vendredi, 1 h. 1/4. — *Pathologie exotique* : M. LE DANTEC. Maladies des pays chauds. Mercredi, 2 heures 1/2.

Travaux pratiques obligatoires.

SEMESTRE D'HIVER.

Histoire naturelle : M. LASSERRE. Laboratoire d'histoire naturelle. Mardi, samedi, de 2 h. 1/4 à 3 h. 1/2. — *Anatomie* : M. PRINCETEAU. Institut anatomique. Tous les jours, de 2 à 5 heures. — *Anatomie pathologique* : M. AUCHÉ. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, Vendredi, de 1 à 2 h. 1/2. — *Chimie biologique* : M. DENIGÈS. Laboratoire de chimie. Mardi, samedi, de 2 h. 1/4 à 3 h. 1/2.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Physique : M. SIGALAS. Laboratoire de physique. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 4 heures. — *Histologie* : M. CASSAET. Laboratoire d'histologie. Lundi, Mercredi, Vendredi, de 2 à 4 heures. — *Physiologie* : M. SELLIER. Laboratoire des travaux pratiques de physiologie. Lundi, Mercredi, Vendredi, de 2 h. à 4 heures. — *Médecine opératoire* : M. PRINCETEAU. Institut anatomique. Mardi, Jeudi, Samedi, de 1 h. à 2 h. 1/2. — *Anatomie pathologique* : M. AUCHÉ. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, Vendredi, de 1 h. à 2 h. 1/2.

Enseignement pharmaceutique.

SEMESTRE D'HIVER.

Cours.

Pharmacie : M. FIGUIER. Etudes des opérations pharmaceutiques et des formes médicamenteuses. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures

© BIU Santé

— *Matière médicale* : M. DE NABIAS. Médicaments de la nutrition. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 1/4. — *Cours complémentaire de Chimie* : M. N... Etudes des principaux composés minéraux au point de vue des applications pharmaceutiques. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures.

Conférences.

Physique : M. SIGALAS. Physique appliquée à la pharmacie : propriétés générales des corps, actions moléculaires, optique. Mardi, jeudi, samedi, 10 heures. — *Histoire naturelle* : M. BEILLE. Fougères, mousses, lichens et algues utilisés en médecine. Vertébrés et invertébrés médicinaux et venimeux. Lundi, mercredi, 5 heures. — *Chimie et toxicologie* : M. BARTHE. Chimie analytique qualitative. Préparations de substances chimiques et pharmaceutiques. Mardi, 5 heures. Chimie analytique quantitative. Essais de médicaments. Recherches toxicologiques. Vendredi, 8 h. 1/2. Toxicologie. Gaz toxiques. Poisons minéraux. Samedi, 5 heures. — *Minéralogie et hydrologie* : M. LASSERRE. Etude des minerais et des eaux minérales Mardi, jeudi, 5 heures.

Travaux pratiques.

Histoire naturelle : M. LASSERRE. Laboratoire d'histoire naturelle. Lundi, vendredi, de 8 à 10 heures. — *Pharmacie* : M. BARTHE. Laboratoire des travaux pratiques de pharmacie. Mardi, samedi, de 3 heures à 5 h. 1/2. Mercredi, vendredi, de 2 h. 1/2 à 5 heures.

SEMESTRE D'HIVER.

Cours.

Chimie : M. BLAREZ. Etude des principaux composés organiques au point de vue des applications pharmaceutiques. Mardi, mercredi, jeudi, 9 heures. — *Histoire naturelle* : M. GUILLAUD. Botanique médicale. Etude des plantes médicinales fournies par les gamopétales. Lundi, mercredi, vendredi, 10 h. 1/2.

Conférences.

Chimie et toxicologie : M. BARTHE. Chimie analytique qualitative. Préparations de substances chimiques et pharmaceutiques. Mardi, 5 heures. Chimie analytique quantitative. Essais de médicaments. Recherches toxicologiques. Vendredi, 8 h. 1/2. Toxicologie. Gaz toxiques. Poisons minéraux. Samedi, 5 heures.

Travaux pratiques.

Physique : M. SIGALAS. Laboratoire de physique. Lundi, vendredi 7 h. 1/2 à 10 h. — *Histoire naturelle* : M. LASSERRE. Laboratoire d'histoire naturelle. Lundi, vendredi, de 8 à 10 heures. — *Pharmacie* : M. BARTHE. Laboratoire des travaux pratiques de pharmacie. Mardi, mercredi, de 2 h. 1/2 à 5 heures. Vendredi, samedi, de 2 h. 1/2 à 5 heures.

Enseignement clinique complémentaire.

SEMESTRE D'HIVER ET D'ÉTÉ

Consultations gratuites réservées aux indigents.

Maladies chirurgicales : M. LANELONGUE, jeudi, à 8 h. M. DEMONS, vendredi, à 8 h. 1/2. — *Maladies du cœur* : M. PICOT, mardi, à 9 h. — *Maladies du système nerveux* : M. PITRES, mercredi, samedi, à 9 h. — *Electrothérapie* : M. BERGONIÉ, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. — *Maladies de la peau* : M. DUBREUILH, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. Operations, jeudi, à 9 h. — *Maladies des femmes* : M. BOURSIER, jeudi, samedi, à 1 h. — *Maladies des voies urinaires* : M. POUSSON, lundi, mercredi, à 1 h. — *Maladies du larynx, des oreilles et du nez* : M. MOURE. gorge et larynx, lundi, jeudi, à 9 h.; oreilles et nez, mardi, vendredi, à 9 h ; Opérations, samedi, à 9 h. — *Maladies mentales* : M. RÉGIS, mardi, à 1 h. — *Maladies des yeux* : M. BADAL, tous les jours, à 9 h. — *Maladies des femmes enceintes* : M. MOUSSOUS, jeudi, à 8 h. 1/2. — *Maladies chirurgicales des enfants* : M. PIÉCHAUD, lundi, à 8 h du matin et 4 h. du soir; mercredi, vendredi, à 8 h. — *Maladies internes des enfants* : M. A. MOUSSOUS, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures.

Enseignement des élèves Sages-femmes.

Anatomie, Physiologie et Pathologie élémentaires, M. CHAMBRELENT. Semestre d'hiver : Lundi et Vendredi, à 10 heures. Semestre d'été : Mardi, Jeudi et Samedi, à 10 heures. — *Accouchements*, M. RIVIÈRE. Semestre d'hiver : Mardi et Samedi, à 9 heures. Semestre d'été : Mardi, Jeudi et Samedi, à 9 heures.

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 francs de livres; 2e *année* : Médaille d'argent et 100 francs de livres; 3e *année* : Médaille d'argent et 185 francs de livres; 4e *année* : Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Chacun 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 général 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 fr.; des médailles de bronze. — *Prix Godard* de 2,000 francs. 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 de Pharmacie. — 1re *année* : Médaille d'argent et 30 fr. de livres; 2e *année* : Médaille d'argent et 75 fr. de livres; 3e *année* : Médaille d'or d'une valeur de 300 fr. — Les immunités attachées à chacun de ces prix sont : pour les lauréats de 1re et de 2e années, la dispense des droits d'inscription et des droits d'examen afférents à l'année suivante; pour les lauréats de 3e année, la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Des mentions honorables pourront être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents. — *Prix du Conseil général de la Gironde* : 200 francs. — *Prix Barbet* : 50 francs. — *Prix des Travaux pratiques* : 100 francs 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.

Le Secrétariat est ouvert tous les jours non fériés : de 10 heures à midi, pour la réception des inscriptions et consignations et pour la délivrance des certificats et pieces diverses; de 1 heure 1/2 à 4 heures (sauf pendant les vacances), pour les renseignements.

Les *Inscriptions* sont reçues tous les jours, de 10 heures à midi, du 21 octobre au 3 novembre, et pour les trimestres de Janvier, Avril et Juillet, du 1er au 15 de ces mois. Les étudiants qui passent après le 5 juillet ou après le 5 novembre un examen de validation de leurs inscriptions précédentes, peuvent se faire inscrire après clôture du registre, et sans demande spéciale, s'ils se présentent au secrétariat dans les 48 heures qui suivent leur réception.

STATISTIQUE SCOLAIRE ANNUELLE

Nombre des Etudiants inscrits à la Faculté à la rentrée de 1895-1896 (31 *décembre* 1896).

1. — *Étudiants ayant pris l'inscription trimestrielle de Novembre et Décembre* 1896.

Médecine.	1re année.	69	431
	2e —	87	
	3e —	127	
	4e —	148	
Pharmacie.	1re année.	56	169
	2e —	55	
	3e —	58	
	4e —	»	

Étudiants en cours d'examens ou en scolarité interrompue :

Médecine	310
Pharmacie.	82
Total des étudiants inscrits au 31 décembre 1895	992
Élèves sages-femmes admises à la clinique d'accouchement de la Faculté	48
Élèves herboristes inscrits.	8

2. — *Inscriptions.*

Inscriptions trimestrielles	Doctorat (civils).	1.034	2.311
	— (marins)	563	
	Officiat.	52	
	Pharmacie de 1re classe	434	
	— de 2e classe	228	
Inscriptions cumulatives	Médecine	351	463
	Pharmacie	»	
	(Prises par les officiers de santé postulant le diplôme de docteur)	112	
	TOTAL.		2.774

© BIU Santé

3. — *Examens de tous grades.*

Examens de fin d'année	Officiat	12	188
	Pharmacie de 1re classe	117	
	— de 2e classe	59	
	Examens de validation de stage 1re c.	21	40
	— — — 2e c.	19	
Examens probatoires	Doctorat	1.168	1.589
	Officiat	15	
	Chirurgiens-dentistes	11	
	Diplôme supérieur de 1re classe	1	
	Pharmaciens de 1re classe	161	
	— de 2e classe	120	
	Sages-femmes de 1re classe	84	
	— de 2e classe	27	
	Herboristes de 1re classe	2	
	— de 2e classe	»	
	TOTAL		1.817

4. — *Nombre des Thèses.*

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1896-97.	Doctorat	105
Diplôme supérieur de pharmacie		1
Diplôme de pharmacie, 1re classe		1
Total		107

5. — *Diplômes conférés.*

Doctorat	105
Officiat	4
Chirurgiens-dentistes	5
Pharmacie de 1re classe	37
— de 2e classe	24
Diplôme supérieur de pharmacie 1re classe	1
Sages-femmes de 1re classe	68
— de 2e classe	»
Herboristes de 1re classe	2
— de 2e classe	»
TOTAL	246

6. — *Renseignements statistiques sur le service de la Bibliothèque de la Faculté.*

Nombre de lecteurs pendant l'année scolaire		28.896
— de volumes communiqués		40.000
— d'emprunteurs		558
— de livres empruntés		3.881
Nombre de volumes appart. à la Bibliot. au 1er oct.	1896.	22.742
— — —	1897.	23.426

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE.

Doyen : M. A. LABÉDA.
Assesseur : M. HERRMANN. — *Secrétaire :* M. M. CHAUDLON
Professeurs honoraires : MM. BASSET et NOGUÈS.

ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898.

Semestre d'hiver (3 novembre au 31 juill. 1).

COURS.

Anatomie : M. CHARPY, professeur. — *Pathologie externe :* M. PÉNIÈRES, professeur. — *Pathologie interne* : M. ANDRÉ, prof — *Hygiène* : M. GUIRAUD, chargé du cours. — *Hydrologie* M. GARRIGOU, chargé du cours. — *Pathologie et thérapeutique générales :* M. HERMANN, professeur. — *Physique biologique* : M. MARIE, chargé du cours. — *Chimie et toxicologie* : M. FREBAULT, professeur. — *Histoire naturelle aux pharmaciens* : M. LAMIC, chargé du cours. — *Pharmacie* : M. DUFUY, professeur. — *Physiologie* : M. ABÉLOUS, chargé du cours. — *Chimie biologique* : M. BIARNÈS, chargé du cours. — *Médecine opératoire* : M. LABÉDA, doyen, professeur. — *Anatomie pathologique* : M. TAPIE, professeur. — *Thérapeutique* : M. SAINT-ANGE, professeur. — *Matière médicale* : M. BRÆMER, professeur. — *Physique (applications pharmaceutiques)* : M. MARIE, chargé du cours. — *Histoire naturelle aux médecins* : M. SUIS, chargé du cours. — *Histologie normale* : M. TOURNEUX, professeur. — *Bactériologie :* M. MOREL (Charles), chargé du cours. — *Médecine légale* : M. GUILHEM, chargé du cours.

CLINIQUES.

Cliniques médicales : MM. CAUBET, doyen honoraire, MOSSE, professeurs. — *Cliniques chirurgicales* : MM. CHALOT et JEANNEL, professeurs. — *Clinique obstétricale :* M. CROUZAT, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : M. VIEUSSE, chargé du cours. — *Clinique des maladies mentales* : M. RÉMOND, professeur. — *Clinique maladie des enfants :* M. BÉZY, chargé du cours. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. AUDRY, chargé de cours.

CONFÉRENCES DE MM. LES AGRÉGÉS.

Anatomie et histologie : M. SOULIÉ, agrégé. — *Physiologie* : M. ABÉLOUS, agrégé. — *Pathologie interne* : MM. MAUREL et RISPAL, agrégés. — *Pathologie externe* : M. VIEUSSE, agrégé. — *Obstétrique* : M. SÉCHEYRON, agrégé. — *Pharmacie et minéralogie* : M. GÉRARD, agrégé. — *Chimie et toxicologie* : M. BIARNÈS.

TRAVAUX PRATIQUES OBLIGATOIRES.

Physique biologique : M. CLUZET. — *Chimie biologique* : M. BIARNÈS. — *Anatomie* : M. CHARPY. — *Physiologie* : M. BILLARD. — *Histologie* : M. SOULIÉ. — *Anatomie pathologique* : M. DAUNIC. — *Médecine opératoire* : M. BAUBY. — *Chimie* (pharmaciens) : M. BIARNÈS, RIBAUT, chef adjoint. — *Physique* (pharmaciens) : M. CLUZET. — *Micrographie* : M. SUIS. — *Pharmacie* : M. GÉRARD.

ENSEIGNEMENT OBSTÉTRICAL.

Enseignement obstétrical : M. CROUZAT, professeur. — *Anatomie et physiologie élémentaires* : M. X. .

LABORATOIRE DES CLINIQUES. — COURS LIBRE COMPLÉMENTAIRE.

Anatomie pathologique et bactériologie : M. X... — *Chimie* M. GÉRARD. — *Chirurgie infantile et orthopédique* : M. X...

PRIX DÉCERNÉS PAR LA FACULTÉ.

Prix Lefranc de Pompignan. — M. le marquis Lefranc de Pompignan a légué à l'Ecole de Médecine de Toulouse une rente de seize 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 seize cents francs par an, pendant trois ans, pour aller continuer ses études à Paris. Le prix, qui a été décerné en 1895, sera décerné de nouveau à la fin de l'année 1898.

Prix Lasserre. — Par suite d'un legs fait à l'Ecole de Médecine de Toulouse, un prix de 500 fr. sera décerné chaque année, s'il y a lieu, à l'élève qui, après avoir étudié 4 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 Maury. — M. Maury a institué, par testament, trois prix annuels de 1,000 francs chacun aux étudiants les plus méritants et dénués de fortune ayant pris leur titre de docteur dans le courant de l'année.

Prix du Conseil général. — Une somme de 400 francs, votée par le Conseil général de la Haute-Garonne, est distribuée en prix aux étudiants : 200 fr. aux étudiants en médecine, 200 fr. aux étudiants en pharmacie.

Prix du Conseil municipal. — Le Conseil municipal a voté 500 francs pour être donnés en prix à des étudiants.

Prix de la Faculté 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 la Faculté.

Prix aux élèves Sages-Femmes. — Un concours de fin d'année est ouvert entre les élèves sages-femmes. Il est accordé une médaille d'argent et une mention honorable pour les élèves de deuxième année, une médaille de bronze et une mention honorable pour les élèves de première année.

Toulouse, le 29 octobre 1896.

Mon cher Directeur,

L'année scolaire 1896-97 s'est écoulée sans apporter de grands changements à la Faculté de Médecine de Toulouse. A signaler : la réélection de M. le Pr Labéda, comme doyen, et la nomination de M. Vieusse à la chaire de clinique ophtalmologique, en qualité de chargé de cours. Ce choix a causé quelque surprise ; on s'attendait, en effet, à voir cette chaire confiée à un spécialiste, et ce, non sans quelque apparence de raison : car on peut être un très bon chirurgien et faire un très

© BIU Santé

mauvais oculiste. Aussi, on est porté à croire qu'une mauvaise fée poursuit de ses rigueurs l'enseignement clinique de notre Faculté : à l'exception des services de chirurgie, les autres sont nuls ou délaissés. Faut-il citer telle chaire de clinique où le titulaire n'a pas paru trois fois en un an! La chaire de clinique des maladies mentales qui n'existe toujours que de nom ! Ce sont là des faits que nul n'ignore, et, si on n'y remédie pas, c'est uniquement parce que l'Académie est en délicatesse avec la Faculté. Telle est la conséquence de cet état de choses; il suffit qu'une demande parfois légitime émane du doyen pour qu'elle soit aussitôt rejetée par le recteur, tout comme, si elle vient de l'Académie, pour qu'elle soit mal accueillie de la Faculté. Ce système de représailles est des plus préjudiciables pour l'enseignement ; aussi, les élèves ne se font-ils faute, on ne saurait les en blâmer, d'aller dans des cliniques particulières apprendre ce que l'Etat ne peut leur donner.

Au cours de l'année 1896-97 il a été délivré 1417 inscriptions qui se décomposent : Doctorat, 870 ; Officiat, 58 ; pharmaciens de 1re classe, 274 ; pharmaciens de 2e classe, 182 ; sages-femmes, 33. Le nombre des thèses subies a été de 62, contre 56 pour l'année 1895-96. Cette augmentation, bien que minime en fait, a cependant une réelle importance, si on tient compte que le nombre d'officiers de santé ayant pris leur grade de docteur a été seulement de quelques unités, alors que pour l'année précédente il avait été assez élevé.

Agréez, mon cher Directeur, etc. Dr L. C.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898.

Directeur : M. E. Bruch.
Professeurs honoraires : MM. Ch. Bourlier et A. Treille.

Cliniques.

Toute l'année à l'Hôpital civil.

Clinique médicale : M. N..., Lundi, à 10 h. 1/2. Vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. Bruch. Mardi, jeudi, à 9 heures. — *Clinique obstétricale* : M Merz. Mardi, à 9 h. 1/2. Samedi (conférence), à 10 heures. — *Clinique des maladies des enfants* : M. Curtillet. Lundi, mercredi à 9 h. 1/2 — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. Gémy. Vendredi, à 10 heures. — *Clinique ophtalmologique* : M. Bruch. Samedi, à 9 heures. Mercredi (exercices ophtalmoscopiques), à 9 heures.

Les Cours du semestre d'hiver commenceront le 3 nov. 1897 et auront lieu dans l'ordre suivant :

Pour le premier trimestre, le registre d'inscriptions sera ouvert du 26 octobre au 15 novembre.

Anatomie : M. Trolard. Revision de l'ostéologie, de l'arthrologie et de la myologie. Splanchnologie. Angéiologie. Lundi, mardi et mercredi, à 2 h. — *Anatomie pathologique et histologie* : M. Planteau. Embryologie. Histologie du système nerveux. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. — *Pathologie externe* : M. Vincent. Affections des os, des articulations, des vaisseaux sanguins et lymphatiques et des nerfs. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — *Maladies des pays chauds* : M. Brault. 1. La dysenterie. 2. Les vers du sang, distomides et filarides. 3. La géographie médicale de nos possessions en Afrique. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — *Histoire naturelle médicale* : M. Trabut. Cryptogames. Botanique générale. Les phanérogames. Mardi, jeudi, à 5 h. ; samedi, à 4 h. — *Physique médicale* : M. Guillemin. Pesanteur. Optique. Acoustique. Lundi, mercredi, à 4 h. ; samedi, à 5 h. — *Pharmacie* : M. Battandier. Médicaments organiques. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — *Chimie et toxicologie* : M. Malosse. Organique : composés cycliques. Chimie minérale et toxicologie. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h.

Cours complémentaires. (Décret du 14 juillet 1875).

Anatomie : M. Labbé, chef des travaux anatomiques. Complément du cours du professeur. Vendredi, samedi, à 2 h. — *Histologie* : M. Labbé, professeur suppléant. Etude de la cellule et des tissus. Jeudi, à 3 h. — *Physique* : M. Sambuc, professeur suppléant. Electricité. Vendredi, à 3 h.

Travaux pratiques.

Anatomie : M. Labbé, chef des travaux anatomiques. Dissection. Lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi, à 11 h. — *Histologie* : M. Labbé, professeur suppléant. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Jeudi, de 1 h. 1/2 à 4 h. — *Chimie et toxicologie* : M. Grimal, chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h. à 4 h. — *Physique* : M. Grimal, chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Vendredi, de 1 h. à 3 h. — *Histoire naturelle, herborisation* : M. Soulié, professeur suppléant. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 4 h.

Les Cours du semestre d'été commenceront le 1er mars 1898 et auront lieu dans l'ordre suivant :

Physiologie : M. Rey. Sang-circulation. Système lymphatique. Respiration. Phonation. Centres nerveux. Grand sympathique. Physiologie des muscles et des articulations. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Pathologie interne* : M. Blaise. Pathologie interne. Maladies du système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., au grand amphithéâtre. — *Hygiène et médecine légale* : M. Moreau. Hygiène générale. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., au grand amphithéâtre. — *Thérapeutique* : M. Bourlier. Immunisation, sérothérapie, alcalinothérapie, prophylaxie. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Matière médicale* : M. Hérail. Médicaments végétaux fournis par les dicotylédones. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., à l'amphithéâtre de physiologie.

Cours complémentaires. (Décret du 14 juillet 1875).

Conférences d'anatomie pathologique : M. Planteau, professeur. Etude des tumeurs. Lundi, à 2 h., au laboratoire d'histologie. — *Conférences de médecine légale* : M. Cochez, professeur suppléant. Asphyxie par submersion, strangulation, suffocation. Coups et blessures. Lundi, vendredi, à 5 h., au grand amphithéâtre. — *Chimie* : M. Sambuc, professeur suppléant. Chimie biologique : les albuminoïdes. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., à l'amphithéâtre de chimie. — *Histoire naturelle médicale* : M. Soulié, professeur suppléant. Microbiologie. Les protozoaires et les bactéries. Mardi, samedi, à 5 h., à l'amphithéâtre de chimie. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Beulaygue, professeur suppléant. Conférences de minéralogie. Mardi, samedi, à 4 heures, au laboratoire d'histoire naturelle.

Travaux pratiques.

Anatomie pathologique : M. Labbé, professeur suppléant. Etude histologique des tumeurs. Jeudi, de 1 h. 1/2 à 3 h. — *Médecine opératoire* : M. N..., professeur suppléant. Conférences : chirurgie opératoire du crâne, du thorax et du membre supérieur. Travaux pratiques : ligatures, amputations, désarticulations. Mardi, samedi, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2. — *Chimie et toxicologie* : M. Grimal, chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h. à 4 h. — *Physique* : M. Grimal, chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Vendredi, de 2 h. à 4 h. — *Histoire naturelle, herborisation* : M. Soulié, professeur suppl. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 4 h. — *Matière médicale* : M. Beulaygue, professeur suppléant. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Jeudi, samedi, de 1 h. 1/2, à 4 h. — *Physiologie* : M. Rey, professeur, M. Julien, préparateur. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Mercredi de 2 h. à 3 h.

Services hospitaliers.

Renseignements généraux. — 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 1890-1891.

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, 115 femmes et 152 hommes ont été traités dans ces salles, ce qui fait un total de 267 malades.

Clinique chirurgicale et d'oculistique. — Le pavillon Dupuytren, 40 lits avec cabinets, est affecté aux hommes ; les femmes occupent une salle de 20 lits et des cabinets dans le pavillon Bichat ; cette année, ce service a reçu 354 malades (234 hommes, 120 femmes). Il a été pratiqué 185 opérations importantes. — Le samedi opérations d'oculistique.

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,

© BIU Santé

salle d'accouchement, etc. Pendant l'année, il a été admis 145 femmes et pratiqué 127 accouchements, dont 95 normaux et 32 ayant nécessité une intervention.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.— Ce service comprend 162 lits de vénériens et 32 pour les maladies de la peau. Il a reçu, cette année, 592 malades ainsi répartis: 191 maladies cutanées; 401 syphilitiques, dont 90 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 457 malades (197 filles, 260 garçons). Les chefs des autres services, médecine et chirurgie, 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, 14 internes en médecine, 7 internes en pharmacie et 10 externes, nommés au concours. Le traitement des internes est fixé comme il suit: 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.

Ecole de médecine.

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 100 environ pour le semestre d'hiver (dissections) et de 50 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 sont 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, Toxicologie et Pharmacie. — Les travaux pratiques ont lieu du 15 novembre au 30 juin, sous la surveillance du chef des travaux et du préparateur. 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 1re année et les élèves en pharmacie de 3e 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.

Matière médicale. — Les travaux ont lieu deux fois par semaine, sous la direction du professeur titulaire et du 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, papiers 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 des collections de matière médicale. — *Collection d'histoire naturelle* (Zoologique et Botanique). Au laboratoire d'histoire naturelle.

Alger, le 25 octobre 1897.

L'École de Médecine d'Alger garde, sous la conduite de son chef actuel, M. le Pr Bruck, la vitalité et l'amour du progrès dont elle fit preuve sous les précédentes directions et notamment sous celle du regretté Pr Texier.

Du réduit, notoirement obscur et insuffisant où elle avait pris naissance, dans une ruelle de la vieille ville, abusivement désignée sous le nom de rue, la rue Réné Caillé, elle s'est transportée dans la ville nouvelle, sur les côteaux, jadis incultes, arides, rocailleux et schisteux du camp d'Isly, maintenant transformés sous l'habile initiative du professeur de botanique M. Trabut, en un joli jardin. Là elle partage, avec les autres Écoles supérieures, les magnifiques locaux que l'on décore, assez justement, ma foi, du nom de Palais de la future Université d'Alger.

Ainsi placé sur la hauteur à laquelle on accède par un escalier monumental, dominant l'une des plus belles voies de la nouvelle ville, la rue Michelet, opposant à la mer, par-dessus les maisons voisines, sa colonnade qui décore la Bibliothèque universitaire et ses deux pavillons latéraux, cet édifice attire de loin les regards et atteste le souci de la colonie algérienne pour l'instruction de ses jeunes générations.

Ce joyau offert aux quatre Écoles des Lettres, des Sciences, de Droit et de Médecine, en attendant que l'École des Beaux-Arts ait le sien, est un attrait de plus pour les élèves. Les uns affluent des trois provinces, attirés par la proximité de ce centre scolaire; d'autres viennent ici de la métropole, étudiants dont la santé délicate a souffert des fatigues de l'étude, oiseaux frileux qui viennent demander à Alger un climat plus doux. C'est, en même temps, un encouragement aux maîtres de se donner généreusement à leur tâche, et ceux-ci n'y ont point failli: ils ont par leur enseignement et leurs travaux personnels répondu à ce que l'on attendait d'eux.

Pour nous borner ici à ce qui regarde l'École de Médecine et de Pharmacie de plein exercice, rappelons que les travaux de ses professeurs n'ont jamais manqué depuis sa fondation, comme l'attestent les recueils scientifiques de l'Algérie, parfois même ceux de la métropole, et aussi les comptes rendus des divers Congrès médicaux et tout récemment ceux de Moscou et de Berlin. Et pourtant, les professeurs ont dû consacrer beaucoup de leur temps non seulement à leur enseignement, mais encore aux installations matérielles indispensables lors de la création d'une Ecole : acquisition de l'outillage, organisation de laboratoires, de collections, de musées, formation d'un personnel auxiliaire de préparateurs, etc. Mentionnons parmi ces installations celle du Jardin botanique, due aux soins de M. le Pr Trabut, et celui de l'Institut Pasteur d'Alger, dû à la sollicitude de M. le gouverneur J. Cambon, et à l'initiative et au dévouement de M le Pr Trolard. Quoique distinct de l'École de Médecine, ce dernier établissement est appelé, en dehors de son rôle principal, à en devenir le complément indispensable pour l'enseignement de la bactériologie. Tous ses chefs de service appartiennent ou ont appartenu à l'École de Médecine, et l'un d'eux, M. le Pr Soulié, semble tout désigné par sa compétence et ses travaux spéciaux, pour cette chaire le jour où M. le Ministre de l'Instruction publique jugera utile de la créer.

Nul doute qu'une fois, nous dirons pas parachevées, car de telles créations ne le sont jamais et attendent toujours quelque perfectionnement, que toutes ces installations seront suffisantes, nul doute que les travaux des professeurs ne se multiplient encore, surtout si on leur adjoint quelques suppléants, qui deviennent nécessaires avec le nombre actuel des chaires titulaires, et qu'ils ne propagent le bon renom de l'Ecole jusque dans la métropole.

L. MOREAU.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

(Palais du Pharo).

Directeur : M. LIVON. — *Secrétaire* : M. VIGNEAU.
Directeur honoraire: M. CHAPPLAIN.

Professeurs honoraires:
M. GIRARD. — M. SIRUS-PIRONDI. — M. MAGAIL.

Professeurs titulaires.

Physiologie : M. Livon (Ch.). — *Clinique médicale* (1re chaire) : M. Villard. — *Clinique médicale* (2e chaire) : M. Laget. — *Pathologie interne et pathologie générale* : M. Boinet. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. Chapplain. — *Clinique chirurgicale* (1re chaire) : M. Combalat. — *Clinique chirurgicale* (2e chaire) : M. Villeneuve. — *Clinique obstétricale*: M. Queirel. — *Clinique des maladies des enfants* : M. d'Astros. — *Matière médicale* : M. Heckel. — *Histoire naturelle* : M G. Bouisson. — *Chimie médicale* : M. Rietsch. — *Physique médicale* : M. Caillol de Poncy. — *Histologie* : M. Jourdan (E.). — *Hygiène et médecine légale* : M. Fallot — *Thérapeutique* : M. Roux de Brignoles. — *Anatomie pathologique* : M. Nepveu. — *Anatomie* : M. Magon. — *Pharmacie* : M. Domergue.

© BIU Santé

Chargés de cours.

Bactériologie : M. Rietsch.
Minéralogie et Hydrologie : M. Gourret.

Professeurs suppléants.

MM. Alezais, Gourret (Paul), Arnaud (Fr.), Benet, Berg, Roux de Brignoles) fils, Laplane, Gerber.

Cours complémentaire des maladies des voies génito-urinaires.

M. X....

Chef des travaux anatomiques.

M. Cousin.

Chef des travaux chimiques.

M. Thoury.

Chef des travaux d'histologie et d'histoire naturelle

M. Blanc.

Chefs de clinique.

MM. Lépet, Sesqués, Garnier, Soulié, Reynaud (Paul).

Préparateurs.

Chimie et pharmacie : MM. Allègre et Guibaud. — *Physique, histoire naturelle et matière médicale* : M. Roumieux. — *Pathologie interne* : M. Blanc. — *Histologie* : M. Cauvin. — *Anatomie pathologique* : M. Hagenmüller. — *Bactériologie* : M. Raybaud.

Prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire.

M. Acquaviva.

Aides d'anatomie et de physiologie.

MM. X..., X...

Bibliothécaire.

M. Vigneau.

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 (ancien régime) peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat. Les aspirants au titre de docteur en médecine (nouveau régime) peuvent y subir les trois 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. L'enseignement institué par le décret du 31 juillet 1893, pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, est organisé à l'Ecole depuis le mois de novembre 1894. Les examens probatoires ont lieu à Nantes, aux sessions de juillet et de novembre, sous la présidence d'un professeur d'une Faculté des sciences délégué par le Ministre.

Année scolaire 1897-1898.

Directeur : M. A. Malherbe ; *Secrétaire* : M. Aubineau.
Professeurs honoraires : MM. Malherbe père, Chenantais.

Semestre d'hiver. *Du 3 novembre au 1er avril.*

Anatomie : Tous les jours, à midi 1/4. M. Joüon, professeur ; E. Bureau, prof. suppl. — *Chimie organique et biologique* : Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure, M. Andouard, professeur. — *Physique* : Mardi, jeudi, samedi, à 3 h. 1/2, MM. Leduc et Lefevre, professeurs. — *Matière médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 1/2, M. Ménier, professeur. — *Pathologie chirurgicale, petite chirurgie et pansements* : Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. M. Montfort, professeur. — *Accouchements* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., M. Guillemet, professeur. — *Clinique chirurgicale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, M. Poisson, professeur. — *Clinique médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, M. Hervouet, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : Tous les jours, mercredi excepté, à 1 heure, M. Dianoux, professeur. — *Thérapeutique* : Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, M. Pérochaud, professeur. — *Chimie minérale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure, M. Petiteau, prof. suppl. — *Histoire naturelle* : Mardi et samedi, à 1 heure, M. Bureau, professeur. — *Pathologie générale* : Lundi, vendredi, à 5 heures, M. Monnier, prof. suppl. — *Travaux pratiques de dissections* : Tous les jours, à 2 heures, M. A. Monnier, chef des travaux. — *Travaux pratiques de chimie* : Mardi, vendredi, à 8 heures, M. J. Allaire, chef des travaux. — *Travaux pratiques de physique* : Mercredi, samedi, à 8 heures, M. G. Allaire, chef des travaux. — *Travaux pratiques d'histoire naturelle* : Lundi, jeudi, à 8 heures, M. Bonnel, chef des travaux. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique* : Lundi, vendredi, à 10 h. 1/2, M. Maurice Bureau, prof. suppléant. — *Travaux pratiques d'analyses chimiques* : Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures, M. Boutron, prof. suppléant.

Semestre d'été. *Du 1er avril au 31 juillet.*

Pharmacie : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 1/2, M. Fleury, professeur. — *Chimie organique* : Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure, M. Andouard, professeur — *Physiologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures, M. Rouxeau, professeur. — *Histologie* : Mardi, mercredi, vendredi, à 4 heures, M. A. Malherbe, professeur. — *Histoire naturelle* : Jeudi, samedi, à 1 heure, Louis Bureau, professeur. — *Pathologie générale* : Mardi, jeudi, à 1 h. 1/2, M. Sourdille, prof. suppl. — *Pathologie médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 1/2, M. Viaud-Grand-Marais, professeur. — *Hygiène et médecine légale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures, M. Ollive, professeur. — *Bactériologie* : Mardi, samedi, à 3 h. 1/2, M. Rappin, professeur. — *Physique* : Mardi, samedi, à 5 heures, M. Lefèvre, prof. suppl. Lundi, à 4 h. 1/2, M. Leduc, professeur. — *Clinique chirurgicale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures M. Heurtaux, professeur. — *Clinique médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, M. Chartier, professeur. — *Clinique obstétricale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, M. Guillemet, professeur. — *Clinique ophtalmologique*. Tous les jours, mercredi excepté, à 1 h., M. Dianoux, professeur. — *Minéralogie et Hydrologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. 1/2, M. Boutron, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de chimie* : Mardi, vendredi, à 8 heures, M. J. Allaire, chef des travaux. — *Travaux pratiques de physique* : Mercredi, samedi, à 8 heures, M. G. Allaire, chef des travaux. — *Travaux pratiques d'histoire naturelle* : Lundi, jeudi, à 7 heures, M. Bonnel, chef des travaux. — *Travaux pratique de bactériologie* : Mardi, samedi, à 4 heures et demie, M. Rappin. — *Travaux pratiques d'histologie* : Mercredi, vendredi, à 5 heures, M. A. Monnier, chef des travaux. — *Travaux pratiques de physiologie* : Jeudi, samedi, à 4 heures, M. U. Monnier, chef des travaux. — *Travaux pratiques de médecine opératoire* : Lundi, mardi, jeudi, vendredi, à 5 heures, M. Vignard, prof. suppl. — *Travaux pratiques d'herborisation* : Tous les dimanches, M. L. Bureau, professeur. — *Travaux pratiques de micrographie* : Lundi, vendredi, à 2 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 à 11 heures du matin, de 1 h. à 6 heures du soir. — Le *Musée anatomique* et celui des collections de matières médicales sont ouverts tous les jours, de midi à 4 heures.

Emplois de l'Ecole accessibles aux étudiants. — Prosecteur d'anatomie, aide d'anatomie et de physiologie, aide de clinique ophtalmologique, préparateur des travaux anatomiques et bactériologiques, préparateur de chimie et de pharmacie préparateur de physique et d'histoire naturelle. Chacun de ces emplois rétribués n'est donné qu'après un concours devant l'Ecole

Concours annuels. — Internat en médecine (18 titulaires et 5 internes provisoires). Externat en médecine (22 externes). Internat en pharmacie (8 titulaires et 3 provisoires). Prix de clinique Prix pour les différentes années en médecine et en pharmacie. Prix pour les travaux pratiques de chimie. Prix pour les travaux pratiques de micrographie. Internat de l'Asile des Aliénés (2 titulaires).

Fondation du Dr Emile Cossé. — Prix Marcé. 600 fr., et une médaille d'argent à l'auteur du meilleur mémoire de clinique. — Prix Malherbe 500 fr. et une médaille d'argent, au 1er du concours de l'internat des Hôpitaux de Nantes. — Prix Guépin. 400 fr., et une médaille d'argent à l'auteur du meilleur mémoire d'ophtalmologie. — Prix de la ville de Nantes. 200 et 100 fr., 1er et 2e prix (après concours), aux élèves sages-femmes de la Maternité de Nantes.

Prix fondé par Mme Allory. — Prix Allory-Gillois triennal, à partir de 1896. Une médaille d'or au meilleur travail sur la Phtisie pulmonaire.

Cours et travaux pratiques obligatoires.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Première année. Hiver : Anatomie, chimie, petite chirurgie, pansements. Travaux pratiques, dissections. — Eté : Histologie, physiologie. — *Deuxième année.* Hiver : Anatomie, pathologie chirurgicale, cliniques médicale et chirurgicale. Chimie biologique. Travaux pratiques de dissection, stage hospitalier. — Eté : Histologie, physiologie, cliniques médicale et chirurgicale. Physique médicale. Travaux pratiques d'histologie, physiologie, stage hospitalier. — *Troisième année.* Hiver : Anatomie, pathologie chirurgicale, thérapeutique, cliniques médicale et chirurgicale. Travaux

© BIU Santé

pratiques de dissection, stage hospitalier — Eté : Histologie, physiologie, pathologie médicale, anatomie et histologie pathologiques, médecine opératoire, cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques de médecine opératoire, stage hospitalier. — *Quatrième année.* Hiver : Pathologie chirurgicale, thérapeutique, accouchements, cliniques médicale, chirurgicale et spéciales. Travaux pratiques d'anatomie pathologique, stage hospitalier. — Eté : Pathologie médicale, médecine opératoire, hygiène et médecine légale, cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale et spéciales. Travaux pratiques, stage hospitalier.

Stage des étudiants en médecine. — Tous les étudiants en médecine sont astreints à faire, pendant trois ans, un stage régulier dans l'un des hôpitaux placés près des écoles où ils prennent leurs inscriptions. Nul ne peut suivre les cours s'il n'est régulièrement inscrit sur les registres de l'Ecole.

ÉTUDIANTS EN PHARMACIE.

Première année. Hiver : Chimie générale, physique. Travaux pratiques de matière médicale, chimie minérale. — Eté : Organographie végétale. Travaux pratiques de micrographie végétale, physique, herborisation. — *Deuxième année.* Hiver : Chimie générale, matière médicale. Travaux pratiques de chimie analytique. — Eté : Pharmacie, toxicologie, histoire naturelle. Travaux pratiques de micrographie végétale, herborisations. — *Troisième année.* Hiver : Chimie générale, matière médicale, physique. Travaux pratiques de chimie analytique et toxicologie. — Eté : Pharmacie, histoire naturelle. Travaux pratiques de micrographie végétale, herborisations.

Les examens de fin d'année des Étudiants en pharmacie porteront sur les matières enseignées dans les Cours et travaux pratiques de l'année ou du semestre d'études qui précède l'examen.

Les inscriptions ne seront acquises qu'aux étudiants dont l'assiduité aura été constatée à tous les cours, conférences et travaux pratiques. (Règlement intérieur de l'Ecole, établi conformément à l'article 16 du décret du 30 juillet 1883).

Nantes, le 30 octobre 1897.

Mon cher Directeur,

La situation de l'École de Médecine de Nantes n'a présenté dans le courant de l'année scolaire aucune modification très importante quant à son personnel. Elle a vu le nombre de ses élèves augmenter de quelques unités. Dans le corps enseignant, M. Citerne a été nommé suppléant d'histoire naturelle en remplacement de M. Douteau, et M. Allaire, chef des travaux chimiques, a été prorogé dans ses fonctions pour une période de trois années.

Au point de vue matériel, il y a au contraire un progrès notable. Un bâtiment nouveau, élevé de trois étages, a été construit pour loger ou agrandir les laboratoires de chimie, de bactériologie, d'histologie, de physiologie, de matière médicale et d'histoire naturelle.

Élevé avec la lenteur habituelle aux travaux administratifs, ce pavillon a été livré à l'École depuis quelques mois et les installations intérieures se font peu à peu, malgré les ressources modestes dont l'École dispose.

Les améliorations réalisées ont coûté 160.000 fr. à la ville de Nantes; le département, qui donne tous les ans 20.000 fr. à l'École, a bien voulu donner en outre 2.000 fr. pour contribuer à l'achat d'instruments. Quant à l'État, il n'a rien donné du tout, pas même un encouragement, toutes ses faveurs allant aux villes munies d'Universités.

Malgré les difficultés pécuniaires qui retarderont l'outillage des laboratoires, il y a là un progrès réel. Les étudiants seront mieux installés pour travailler que dans certaines Facultés de province.

L'École a reçu cette année la visite du Président de la République, qui a bien voulu s'y arrêter en sortant des salles de l'Hôtel-Dieu et qui a décoré de sa propre main M. Heurtaux, l'éminent professeur de clinique chirurgicale.

En résumé, la situation de l'École reste très satisfaisante. Il y a encore bon nombre de desiderata. L'enseignement des spécialités y est encore, sauf en ce qui concerne l'ophtalmologie, tout à fait rudimentaire. Mais ces lacunes seront comblées peu à peu.

Veuillez agréer, etc. X.

Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Rennes.

Directeur : M. Delacour.
Professeurs honoraires : MM. Dayot père, Louveau, Petit et Regnault.
ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898.

Premier Semestre (Du 2 novembre au 15 mars).

A cette Ecole, de même que dans les Facultés de médecine et les écoles 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 (Ancien Régime) peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat.

Les aspirants au titre de docteur en médecine (Nouveau Régime) peuvent y subir les trois premiers examens probatoires du doctorat.

Cliniques.

Cliniques médicales : MM. Delacour, Bertheux, professeurs. — *Cliniques chirurgicales* : MM. Aubrée, Dayot fils, professeurs. — *Clinique obstétricale* : M. Perret, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : M. Bruté, professeur. — *Clinique électrothérapique* : M. Castex, professeur.

Cours.

Anatomie : M. Lhuissier, professeur et M. Lautier, suppléant. — *Pathologie générale* : M. Follet, professeur. — *Accouchements* : M. Le Moniet, professeur. — *Hygiène* : M. Bodin, professeur. — *Médecine légale* : M. Perrin de la Touche, professeur. — *Physique* : M. Castex et Laurent, prof. — *Chimie* : M. Bellamy, prof. — *Histoire naturelle* : M. Topsent, Crié, professeurs. — *Pharmacie* : M. Faint, professeur. — *Matière médicale* : M. Fleury, professeur.

Travaux pratiques.

Anatomie : M. Lautier, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Topsent, professeur. — *Chimie* : M. Bellamy, professeur. — *Physique* : M. Castex, professeur.

L'École instituera dans le semestre d'été des conférences de pathologie générale élémentaire et de petite chirurgie spécialement destinées aux étudiants en doctorat de 1re année, qui se préparent à l'externat et à l'Ecole du service de santé militaire.

Aucun élève n'est admis à suivre les cours s'il n'est inscrit sur les registres de l'Ecole. Les inscriptions doivent être prises dans les dix premiers jours de chaque trimestre; elles ne seront définitivement acquises qu'aux seuls étudiants dont l'assiduité aura été constatée aux cliniques, cours, conférences et travaux pratiques.

Le Musée d'anatomie normale et pathologie et les collections d'histoire naturelle et de matière médicale sont ouverts tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 1 heure à 4 heures.

La Bibliothèque de l'école (à la Bibliothèque municipale) est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 4 heures et de 7 heures à 10 heures du soir.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Ecole d'Amiens.

Directeur : M. Lenoel. — *Secrétaire de l'Ecole* : M. Ozout.

Professeurs titulaires.

Clinique médicale : M. Mollien. — *Clinique chirurgicale* M. Peugniez. — *Pathologie interne* : M. d'Heilly. — *Pathologie externe* : M. Moulonguet. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Lenoel. — *Clinique ophtalmologique* : M. Fage. — *Anatomie* : M. M. Dhourdin et Lefort. — *Physiologie* : M. Scribe. — *Hygiène et thérapeutique* : M. N.. — *Histoire naturelle* : M. Bernard. — *Chimie et toxicologie* : M. Bor. — *Pharmacie* : M. Debionne. — *Physique* : M. Dubois — *Médecine opératoire* : M. Trépant. — *Matière médicale* (falsifications) : M. Pajot. — *Gynécologie* : M. Trépant. — *Clinique des maladies d'enfants* : M. Dhourdin. *Chimie des métaux* : M. Moynier de Villepoix. — *Chirurgie d'armée* : M. Trépant. — *Hygiène publique et privée* : M. Decamps. — *Histologie* : M. Fournier. — *Histoire naturelle* (invertébrés) : M. Dewèvre.

Travaux pratiques.

Travaux anatomiques (Dissection) : M. Lefort. — *Physique* : M. Pancier. — *Chimie* : M. Pancier. — *Micrographie* : M. Moynier de Villepoix. — *Histoire naturelle et physiologie* : M. Dewèvre. *Prosecteur d'anatomie* : M. Lefort. — *Chef des laboratoires de*

© BIU Santé

physiologie, d'histologie et de bactériologie : M. N.... — *Préparateur de chimie* : M. Landrieu. — *Préparateur de pharmacie* : M. N.... — *Préparateur de physique* : M. Muzart. — *Préparateur d'histoire naturelle* : M. Planque.

Les cours ont commencé le lundi 4 novembre. — Une affiche ultérieure indiquera la date de la séance de rentrée. Dans cette séance seront décernés les médailles des concours de fin d'année et les prix accordés par l'Administration des hôpitaux aux élèves externes. Les élèves suivent, pendant le semestre d'hiver, les cours communaux de chimie et de physique. Outre la bibliothèque de l'école, la bibliothèque communale leur est ouverte.

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*).

Directeur : M. Legludic.

Histologie : M. Bahuaud, professeur. — *Clinique interne* : M. Feillé, professeur. — *Pathologie interne* : M. Jagot, professeur. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Guignard, professeur; M. Monprofit, suppléant, chargé du cours. — *Physiologie* : M. Legludic, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Thézée, suppléant, chargé du cours. — *Anatomie* : M. Marreau, professeur. — *Pathologie externe* : M. Douet, professeur. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Raimbault, professeur. — *Chimie organique et Toxicologie* : M. Tesson, professeur. — *Physique* : M. Sarazin, suppléant, chargé du cours. *Clinique externe* : M. Dezanneau. — *Professeurs suppléants* : M. Thibault, suppléant, chaire de médecine, chargé du cours d'hygiène. — M. Monprofit, suppléant, chaire de chirurgie, chargé du cours de médecine opératoire. — M. Sarazin, suppléant de physique et chimie. — M. Labesse, suppléant de pharmacie et matière médicale. — M. Thézée, suppléant d'histoire naturelle. — M. Charier, suppléant d'anatomie, chargé du cours d'histologie — M. Boquel, chef des travaux anatomiques. — M. Lemesle, chef des travaux physiques. — M. Royer, chef des travaux de physiologie. — M. Thézée, chef des travaux d'histoire naturelle. — X... chef des travaux de médecine opératoire.

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; — Gynécologie, 12 lits. — L'hôpital a huit 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.

Bactériologie. — Un préparateur. — Laboratoire spécial du professeur. Laboratoire pour les élèves.

Chimie. — Un chef des travaux, un préparateur en chef, trois aides-préparateurs, 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), bactériologie. — 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. L'Ecole est, en outre, autorisée à donner l'enseignement préparatoire au *certificat d'études physiques, chimiques et naturelles*. Nombreuses collections. — Jardins botaniques.

Ecole (*réorganisée*) **de Besançon.**

ANNÉE SCOLAIRE 1897-98.

Directeur : M. Druhen. — *Directeur honoraire* : M. Saillard. *Secrétaire* : M. Suffren. — *Professeurs honoraires* : MM. Coutenot et Bruchon.

Professeurs titulaires.

Anatomie descriptive : M. Manderreau, chef du cours. — *Physiologie* : M. Bolot, professeur. — *Chimie médicale et biologique, toxicologie* : M. Boisson, professeur. — *Botanique médicale* : M. Magnin, professeur. — *Clinique médicale* : M. Gauderon, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. Chapoy, professeur. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Druhen, professeur. — *Pathologie interne* : M. Roland, professeur. — *Pathologie externe* : M. Saillard, professeur. — *Matière médicale* : M. Thouvenin, professeur. — *Physique médicale et biologique* : M. Colléatte, chargé du cours. — *Histologie normale, embryologie, travaux pratiques* : M. Prieur, — *Anatomie descriptive* (leçons complémentaires) : M. Manderreau, chef des travaux anatomiques. — *Travaux pratiques d'anatomie* : M. N..., chef des travaux anatomiques. — *Travaux pratiques de micrographie appliquée* : M. Thouvenin, professeur. — *Travaux pratiques de physiologie* : M Bolot, professeur. — *Travaux pratiques de botanique* : M. Magnin, professeur. — *Travaux pratiques de physique* : M. Colléatte, chargé du cours.

Professeurs suppléants chargés de cours.

Anatomie et histologie pathologiques, séméiologie médicale : M. Bruchon, professeur suppléant. — *Travaux pratiques d'histologie pathologique et de bactériologie*, M. Bruchon, professeur suppléant. — *Anatomie chirurgicale ou topographique* : M. Heitz, professeur suppléant. — *Chimie organique* : M. Morin, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de chimie* : M. Morin, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de zoologie* : M. N..., prof. suppléant. — *Travaux pratiques de pharmacie* : M. N..., prof. suppléant. — *Travaux pratiques de médecine opératoire* : M. Heitz, prof. suppléant.

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.

Les emplois ci-après seront confiés à des étudiants : un prosecteur au traitement annuel de 250 fr. ; un aide d'anatomie au traitement annuel de 150 fr. ; quatre préparateurs au traitement annuel de 250 fr. chacun.

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 ; l'hôpital Saint-Jacques dispose de quatre places d'internes rétribués et de six places d'externes. — 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 6 000 volumes, est à la disposition des élèves, qui peuvent emporter les livres. — Le *Jardin botanique* est dépendant de l'École. — L'École 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.

Ecole de Caen.

Directeur : M. Auvray. — *Secrétaire* : M. Gallou.
Professeur honoraire : M. Lepetit.

Les cours ont recommencé le 3 novembre.

Professeurs. — *Anatomie* : M. Gidon. — *Physique* : M. Demerliac. — *Histologie* : M. Catois. — *Pathologie générale et séméiologie* : M. Moutier. — *Clinique médicale* : M. Auvray. — *Clinique obstétricale* : M. Guillet. — *Clinique chirurgicale* : M. Barette. — *Chimie et toxicologie* : M. Louise. — *Physiologie* : M. Fayel. — *Matière médicale* : M. Charbonnier. — *Botanique* : M. Pihier.

Professeurs suppléants.

Cours complémentaires : *Anatomie descriptive* : M. Vigot, suppléant. — *Chimie* : M. Besson, suppléant. — *Anatomie pathologique* : M. Gosselin, suppléant. — *Pharmacie* : M. Gramont, suppléant. — *Zoologie* : M. Chevrel, suppléant.

Cours annexes : *Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes* : M. Noury, chargé de cours, et M. Osmont, suppléant.

Travaux pratiques.

Dissection, médecine opératoire et histologie normale : M. X..., chef des travaux anatomiques. — *Chimie biologique* : M. Perrier, chef des travaux. — *Physiologie et bacteriologie* : M. Vigot, chef des travaux. — *Micrographie* : M. Chevrel, chef des travaux.

© BIU Santé

Emplois de l'Ecole accessibles aux Etudiants (après concours). — Prosecteur d'anatomie. Aide d'anatomie. Préparateurs de physique, chimie et histoire naturelle.

Concours annuels. — Prix pour les différentes années d'études : médecine, pharmacie, sages-femmes. Prix pour les travaux pratiques de chimie. Prix Le Sauvage (médaille d'or et livres). Prix Dan de La Vauterie.

Prix à décerner en 1900. — Prix Le Sauvage, 2.000 francs. Recherche et étude des vers parasites susceptibles d'être introduits par l'alimentation dans le corps humain. Etude histologique des altérations qu'ils peuvent déterminer dans l'organisme. Moyens de défense de l'organisme contre leur introduction et leurs ravages. Indications thérapeutiques et hygiéniques. — *N.-B.* Les mémoires, *écrits en français*, devront être envoyés *franco* au secrétaire de l'Académie, le 31 décembre 1899, au plus tard. Chaque manuscrit devra porter une devise, laquelle sera répétée sur un pli *cacheté* contenant le nom de l'auteur. Les membres titulaires de l'Académie ne peuvent prendre part à ce concours.

Ecole réorganisée de Clermont-Ferrand.

Année scolaire 1897-1898, *commençant le* 5 *novembre.*

Directeur : M. le Dr D.-H. Bousquet. — *Secrétaire* : M. Rochette.
Professeur honoraire : M. le Dr Fredet.

Semestre d'hiver.

Clinique chirurgicale : M. Bousquet, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 7 heures du matin. — *Clinique médicale* : M. Dourif, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures du matin. — *Anatomie* : M. Tixier, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 heures du soir. — *Chimie* : M. Huguet, prof., lundi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Pharmacie* : M. Rocher, professeur, mercredi, jeudi et samedi, à 11 heures du matin — *Pathologie interne* : M. Fouriaux, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Accouchements* : M. Planchard, lundi et vendredi, à 5 heures du soir. — *Histologie* : M. Lepetit, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 11 heures du matin. — *Physique médicale* : M. Truchot, professeur, mardi et jeudi, à 9 heures et demie du matin.

Cours complémentaires.

Anatomie : M. Dubois, chef des travaux anatomiques, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures du soir. — *Petite chirurgie* : M. Bide, professeur suppléant, jeudi, à 5 heures du soir. — *Histoire naturelle médicale* (Zoologie) : M. Bruyant, professeur suppléant, jeudi et samedi, à 8 heures du matin.

Semestre d'été.

Clinique médicale : M. Dourif, lundi et jeudi, à 8 heures du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Bousquet, mardi et vendredi, à 7 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. Planchard, mercredi et samedi, à 7 heures du matin. — *Physiologie* : M. Bardier, chargé de cours, lundi, mercredi et vendredi, à 3 heures du soir. — *Pathologie externe* : M. Gagnon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Histoire naturelle médicale* (Botanique) : M. Girod, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 11 heures du matin. — *Chimie biologique* : M. Huguet, mardi, à 11 heures du matin. — *Physique biologique* : M. Truchot, samedi, à 11 heures du matin.

Cours complémentaires.

Histoire naturelle médicale (Parasitologie) : M. Bruyant, professeur suppléant, jeudi, à 11 heures du matin. — *Chimie et toxicologie* : M. Mosnier, professeur suppléant, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Pathologie interne* : M. Maurin, professeur suppléant, mercredi et samedi, à 4 heures du soir. — *Médecine opératoire* : M. Bide, professeur suppléant, jeudi, à 3 heures du soir. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Lafont, professeur suppléant, mardi et samedi, à 8 heures du matin.

Prix annuels.

Prix Fleury (dit prix d'observations). — Valeur 100 fr., dont une médaille en vermeil.

Prix Nivet. — Une médaille de 22 fr. et 38 fr. de livres à l'élève en médecine classé premier au concours de fin de 2e année. Une médaille de 22 fr. et 18 fr. de livres à l'élève en pharmacie classé premier au concours de fin de deuxième année.

Prix Bertrand. — Une somme de 360 fr. de rente annuelle a été léguée par M. Bertrand pour être divisée entre les étudiants en médecine et en pharmacie classés premiers à la suite des concours.

Prix Renoux. — Notes prises au cours. Valeur 100 francs.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs et de 6 suppléants. Il y a, en outre, 5 chefs des travaux et trois chefs de clinique.

Les travaux pratiques de dissection sont obligatoires pendant tout le semestre d'hiver, ils ont lieu tous les jours, de 1 heure à 4 heures, sous la direction du chef des travaux anatomiques. Grâce au voisinage de la maison centrale de Riom et des asiles d'aliénés de Sainte-Marie et de la Cellette, les cadavres sont assez nombreux pour suffire à tous les besoins du service ; les élèves peuvent disséquer jusqu'à l'époque des examens d'anatomie. Pendant l'été, les ressources de l'amphithéâtre sont utilisées pour les travaux de médecine opératoire.

D'après le nouveau régime d'études médicales qui sera inauguré le 1er novembre courant, les étudiants en médecine peuvent subir, devant l'école à laquelle ils appartiennent, les examens de doctorat qui concernent l'anatomie et la physiologie. Deux sessions d'examen ont lieu à cet effet en avril et en août, elles sont présidées par un professeur de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse. Les étudiants ont ensuite tout intérêt à faire leur troisième année à l'école de Clermont, il leur sera difficile, en effet, de trouver des services de clinique mieux fournis.

L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand dans lequel sont installées les cliniques, a en outre deux services de médecine, un service de chirurgie et un dispensaire de maladies d'enfants. Cet hôpital reçoit les indigents du département du Puy-de-Dôme et l'absence de tout autre grand hôpital dans la région du centre en fait le rendez-vous de tous les cas chirurgicaux intéressants de cette région. Du reste les statistiques de la clinique chirurgicale, dans ces deux dernières années, accusent un total supérieur à trois cents grandes opérations annuellement.

Dans les jardins même de l'Hôtel-Dieu se trouve la maternité qui appartient à l'Ecole de Médecine du 15 mars au 15 novembre ; les étudiants de troisième année peuvent assister à tous les accouchements ainsi qu'aux opérations obstétricales.

L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand met chaque année 6 places d'internes au concours, les titulaires reçoivent cinquante francs par mois comme appointements, et sont nourris les jours de garde. Les places de prosecteur, de préparateur de physique et de chimie, sont rétribuées et données au concours.

Ecole réorganisée de Dijon.

Circonscription de l'École (Côte-d'Or, Haute-Marne, Nièvre, Yonne, Saône-et-Loire).

Directeur : M. Deroye. — *Secrétaire* : M. A. Bossu. — *Directeur honoraire* : M. Gautrelet. — *Professeurs honoraires* : MM. Fleurot, Maillard et Hebert.

Professeurs titulaires.

Anatomie : M. Pauffard. — *Histologie* : M. Collette. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. Broussolle. — *Pathologie interne* : M. Misset. — *Clinique obstétricale, maladies des femmes et des enfants* : M. Gautrelet. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Viallanes. — *Histoire naturelle médicale* : M. Laguesse. — *Chimie minérale et toxicologie* : M. Pigeon. — *Physique biologique* : M. Brunhes. — *Clinique médicale* : M. Deroye. — *Physiologie* : M. Tarnier. — *Clinique chirurgicale* : M. Parizot.

Professeurs suppléants.

Pharmacie et matière médicale : M. Vincent. — *Anatomie topographique* : M. Lagoutte. — *Histoire naturelle médicale* : M. Bonnabeaud. — *Anatomie pathologique et bactériologie* : M. Dubard. — *Anatomie et physiologie générales* : M. Cottin. — *Chimie biologique et toxicologie* : M. Bellier.

Chefs de travaux.

Travaux pratiques de physiologie : M. Quioc. — *Travaux pratiques de chimie, de physique et de pharmacie* : M. Voisenet. — *Travaux pratiques d'anatomie* : M. Zipfel. — *Médecine opératoire* : M. Lagoutte. — *Travaux pratiques d'histologie* : M. Zipfel. — *Travaux pratiques d'histoire naturelle* : M. Michaut.

Chefs de clinique :

Clinique médicale : M. Deroye. — *Clinique chirurgicale* : M. Parizot. — *Clinique obstétricale, maladies des femmes et des enfants* : M. Gautrelet.

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,

© BIU Santé

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.

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. Le service des enfants malades est confié aux professeurs de l'Ecole de Médecine depuis 1890.

Grâce à l'administration des hospices, les services de chirurgie répondent aux exigences de l'antisepsie pour les installations de la pratique des grandes 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 opérations 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, suivre les visites des médecins de l'établissement.

Chaque année, il y a un concours pour des places de préparateurs, de prosecteurs et d'aides d'anatomie. A l'Hôpital, il y a également des concours pour les places d'internes (au nombre de deux) et d'externes (au nombre de quatre).

Le stage fait par les internes leur compte dans leur scolarité auprès des Facultés, de sorte que les étudiants peuvent, jusqu'à leurs derniers examens, continuer leurs études de doctorat et préparer leur thèse pendant leur internat.

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 3.000 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 réorganisée de Grenoble.

Directeur : M. Bordier.
Directeur honoraire : M. Berger.
Professeurs honoraires : MM. Michaud, Breton et Berger.

Semestre d'hiver 1896-1897.

Les cours de ce semestre ont commencé le 3 novembre 1894.

Clinique médicale : M. Porte, professeur ; mardi et vendredi, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Girard, professeur, lundi, jeudi, à 10 heures. — *Anatomie* : M. Allard, professeur, lundi, mercredi, jeudi, samedi, à 1 h 1/2. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Verne, professeur, mardi, vendredi, à 8 heures 3/4. — *Chimie et Toxicologie* : M. Labatut, chargé de cours, lundi et jeudi, à 2 heures. — *Pathologie médicale* : M. Pegoud, professeur, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, à 5 heures. — *Histoire naturelle (Zoologie)* : M. Bordier, professeur-directeur lundi, jeudi, à 10 heures. — *Physique* : M. Pionchon, mercredi, samedi, à 9 heures. — *Clinique obstétricale et Gynécologie* : M. Gallois, professeur, mercredi, samedi, à 10 heures. — *Anatomie cours complémentaire* : M. Perriol, chef de travaux d'anatomie, mardi, vendredi, à 1 h. 1/2. — *Conférences de bactériologie* : M. Berlioz, professeur, lundi, mardi, à 4 heures. — *Pathologie élémentaire* : M. Pegoud, professeur, mercredi, à 3 heures. — *Chimie (métalloïdes)* : M. G. Dodero, chargé de suppléance, jeudi, à 9 heures. — *Ophtalmologie* : M. Deschamps, professeur suppléant, vendredi, à 11 heures.

Travaux pratiques.

Semestre d'Hiver.

Dissection : M. Perriol, chef des travaux anatomiques, tous les jours de 2 heures à 5 heures 1/2. Les dissections ont lieu sous la direction de M. le chef des travaux anatomiques, sauf le samedi. — *Chimie* : M. Romeyer, chef des travaux chimiques, mercredi, samedi, à 2 heures. — *Histoire naturelle* : M. Paul Dodero, professeur suppléant, mardi, samedi, à 3 heures. — *Pharmacie* : M. Babois, professeur suppléant, vendredi, à 2 heures. — *Bactériologie* : M. Berlioz, professeur, samedi, à 2 heures.

Circonscription de l'Ecole de Grenoble : Isère, Drôme, Hautes-Alpes, Ardèche, Savoie, Haute-Savoie, Ain.

Les étudiants en médecine, inscrits dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées, subissent le 1er et le second examen de doctorat devant l'Ecole à laquelle ils appartiennent. Il est présidé par un professeur de Faculté désigné par le Ministre. Ils passeront le troisième examen devant une Faculté, mais se prépareront à l'Ecole réorganisée pendant leur troisième année d'études. Les sessions d'examen ont lieu, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le Ministre. Les modifications relatives à la réorganisation des études médicales ne sont mises à exécution qu'à partir du 1er novembre 1895.

Les aspirants inscrits avant cette époque subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878, c'est-à-dire à l'Ecole de Grenoble, réorganisée, mais sur les matières exigées par ce décret de 1878. Ils devront, en se faisant inscrire, justifier soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat d'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique. L'aspirant au titre de pharmacien de première classe doit produire un diplôme de bachelier. L'aspirant au titre de pharmacien de deuxième classe doit produire en s'inscrivant le certificat d'études et le certificat de validation du stage. Le registre des inscriptions sera ouvert pour le premier trimestre du 20 octobre au 5 novembre inclusivement et pendant les quinze premiers jours des trois 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 exercices 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 les 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 pour les étudiants en médecine : à 15 francs par rimestre pour la première année ; à 10 francs par trimestre pour les deuxième et troisième années et 5 francs pour la quatrième année.

Les élèves en pharmacie qui aspirent au titre de pharmacien de première 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 deuxième classe sont tenus de prendre douze inscriptions. Ces étudiants ne seront admis à prendre les cinquième et neuvième inscriptions qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année. Les travaux pratiques sont obligatoires pendant les trois annés de cours. La rétribution à verser a été fixée à 25 francs par trimestre. Les sessions d'examens définitifs auront lieu aux époques suivantes : En août, pour les officiers de santé, les sages-femmes, les pharmaciens de deuxième classe et les herboristes ; en novembre, pour les mêmes, ajournés ou empêchés de se présenter. L'examen de validation de stage aura lieu aux mêmes époques. 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.

Grenoble, le 27 octobre 1897.

Mon cher Rédacteur en chef,

La nouvelle Ecole de Médecine, due à l'initiative d'une municipalité intelligente, a été inaugurée au mois d'août 1896.

L'ensemble de l'installation a coûté près de 350.000 francs. Son aménagement intérieur est très bien compris ; les laboratoires sont vastes et bien outillés et ils ont mérité les éloges des personnes compétentes et en particulier de M. Liard.

A quelque distance de l'Ecole de Médecine se trouve un Institut de Sérothérapie, approuvé par les pouvoirs publics, et dont les laboratoires sont ouverts aux étudiants en médecine. L'amphithéâtre d'anatomie est très vaste pour le nombre d'élèves, qui s'élève à 80 environ, tant en médecine qu'en pharmacie. Les cadavres, qui ne font jamais défaut, sont envoyés

© BIU Santé

par les établissements hospitaliers de Grenoble et par l'important asile d'aliénés de Saint-Robert.

Les services de cliniques sont très abondamment pourvus puisque le nombre des malades soignés à l'hôpital, non compris ceux qui sont soignés dans le bel asile des vieillards situé à la Tronche, est d'environ 4.000 par an. Ces services seront incessamment pourvus de laboratoires de bactériologie et d'histologie. Les maternités enregistrent 300 accouchements par an.

En somme, à tous les points de vue, les étudiants pourraient faire trois bonnes années d'études à Grenoble, au lieu d'aller s'entasser dans les laboratoires déjà insuffisants de la Faculté de Médecine de Paris et dans les services hospitaliers où les nouveaux arrivés voient à distance et en se levant sur le bout des pieds.

Bien à vous, X. . .

Ecole de Limoges.

Directeur : M. Chénieux.
Directeur honoraire : M. Raymondaud.
Secrétaire : M. Pillault.
Bibliothécaire : M. le Dr Bleynie.
Circonscription de l'école : Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne et Lot.

ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898.

L'Ecole a été réorganisée àpartir du 1er novembre 1895, donne l'enseignement préparatoire pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Les cours ont commencé le 3 novembre 1897.

Programme des cours.

Semestre d'hiver. — *Clinique interne :* M. P. Lemaistre, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures du matin, en congé et remplacé par M. Albert Thouvenet, suppléant. — *Clinique externe :* M. Chénieux, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures du matin. — *Anatomie :* M. J. Lemaistre, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à midi et demi. — *Pathologie interne :* M. Dérignac, professeur, mardi, mercredi, vendredi; conférence, samedi, à 2 heures. — *Physique générale :* M. Gusse, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — *Physique biologique :* M. Gusse, professeur, jeudi, à 5 heures. — *Histologie :* M. Gilbert Raymondeau, professeur, lundi, mardi, jeudi, conférence, samedi à 4 heures. — *Clinique obstétricale et gynécologie :* M. L. Bleynie, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi à 4 h. — *Chimie minérale,* Biais, professeur suppléant, lundi, mardi, vendredi, conférence, samedi à 10 heures et demie. — *Sciences naturelles : zoologie botanique :* Devaux, professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi à 9 heures et demie.

Semestre d'été. — *Clinique externe :* M. Chénieux, professeur, directeur de l'école, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin. — *Clinique interne :* M. P. Lemaistre, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. du matin, suppléé par M. A. Thouvenet, professeur suppléant. — *Physiologie :* M. Thouvenet, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. — *Pathologie externe :* M. Raymond, professeur, lundi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 3 heures. — *Sciences naturelles :* M. Boudet, professeur, mardi, mercredi, vendredi; conférence samedi, à 5 heures du soir. — *Pharmacie et matière médicale :* M. Pillault, professeur, lundi, mardi, vendredi ; conférence, samedi, à 10 h. du matin. — *Chimie organique, chimie biologie, toxicologie :* M. Peyrusson, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. — *Physique générale :* M. Gusse, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — *Physique biologique :* M. Gusse, prof., jeudi, à 5 heures. — *Clinique obstetricale et gynécologie :* M. L. Bleynie, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à 4 heures.

Professeur honoraire : M. Raymondaud, directeur honoraire.

Cours complémentaires et conférences.

Travaux pratiques de micrographie, herborisations, M. Devaux, professeur suppléant, lundis et jeudis, de 7 h. à 11 h. du matin.

Anatomie générale, histologie et embryologie. — M. Eymeri, professeur suppléant, les lundis, mercredis, vendredis, à 2 h.

Conférences et manipulations chimiques et analytiques. — M. Besnard, chef des travaux chimiques. Du 15 novembre au 15 mars, Mercredi et jeudi, de 1 h. à 4 heures ; samedi de 8 heures à midi.

Conférences et travaux chimiques et physiques : M. Besnard, chef des travaux chimiques, M. Biais. Du 15 avril au 31 juillet : Mercredi et jeudi, de 1 h à 5 h.; samedi, de 8 h. à midi.

Cours complémentaires d'anatomie : M. Mariau, chef des travaux anatomiques. Mardi et jeudi à midi 1/2 ; *Conférence :* Lundi et vendredi à 2 h.

Minéralogie et Hydrologie. — M. Laroulandie, professeur suppléant, mercredi, vendredi,

Physique, travaux pratiques. — M. Biais, professeur suppléant, mercredi, à 2 heures.

Physiologie, travaux pratiques. — M. Delotte, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi à 4 heures.

Bactériologie. — M. Albert Thouvenet, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Professeurs suppléants : MM. G. Eymeri, Delotte, Devaux, Albert Thouvenet, Laroulandie, Biais. — *Chef des travaux anatomiques* : M. Mariau. — *Chef des travaux chimiques :* M. Besnard. — *Prosecteur :* M. Ansonneau. — 3 *Préparateurs de physique, chimie, pharmacie, histoire naturelle et 2 Chefs de clinique.*

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. La Maternité vient d'être totalement reconstruite avec tous les aménagements réclamés par les progrès de l'hygiène moderne. 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'Ecole ; elle est ouverte tous les jours aux élèves.

Ecole réorganisée de Poitiers.

Année scolaire 1897-1898.

Directeur : M. Chédevergne. — *Secrétaire* : M. Roche.

Les Cours du semestre d'hiver commencent le 3 novembre et finissent le 15 mars — Les Cours du semestre d'été commencent le 15 mars et se terminent à la fin du mois de juillet.

Semestre d'hiver. — Clinique médicale : M. Chedevergne, leçons du professeur, les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Anatomie* : M. Buffet-Delmas, leçons du professeur, les lundis, mardis, jeudis et samedis, à midi 3/4. — M. Latrille, suppléant, leçons et conférences, les mercredis et vendredis, à midi 1/2; les mardis et jeudis, à 4 heures. — M. Berland, leçons et conférences les lundis, mercredis, vendredis, samedis, à 4 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Chrétien, leçons du professeur, les mardis et vendredis, à 9 h. 1/2. — *Pathologie médicale* : M. de La Garde, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures. Conférence le samedi à la même heure. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Jouteau, les mardis, jeudis et samedis, à 2 heures. — *Clinique obstétricale* : M. Roland, leçons du professeur, les lundis et jeudis à 9 h 1/2. — *Physique (pharmacie)* : M. Garbe, les mardis, de 10 h. à 11 h. — *Chimie (pharmacie)* : M. Guitteau, les lundis, mercredis, à 1 h. — *Botanique (pharmacie)* : M. Maurice Léger, les lundis et vendredis, de 9 heures à 10 heures. — *Physique (médecine)*, jeudi, de 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Garbe. — Cours libre de clinique ophthalmologique, jeudi, à 4 h. 1/2, M. Latrille.

Semestre d'été. — Clinique chirurgicale : M. Chrétien, les mardis, et vendredis, à 9 h. 1/2. — *Clinique medicale* : M. Chédevergne, leçons du professeur, les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Physiologie* : M. Delaunay, les lundis, mardis et vendredis de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Conférence les samedis, à 5 h. — *Pathologie chirurgicale* : M. Poisson, leçons du professeur, les mercredis, jeudis et samedis à 1 h. 1/2 ; M. Malapert, chargé du cours. — *Clinique obstétricale* : M. Roland, les lundis et jeudis, à 9 h. 1/2. — *Histologie* : M. Brossard, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. Conférence le vendredi, à 5 h. 1/2. — *Médecine opératoire* : M. Poisson, professeur, les mercredis et samedis à 1 h. ; M. Malapert, chargé du cours. — *Zoologie* : M. Poirault, les lundis, mercredis et vendredis, de 5 à 6 heures. — *Herborisations* : M. Poirault, le dimanche. — *Chimie biologique* : M. Guitteau, les vendredis, de 4 à 5 heures. — Cours libre de clinique ophthalmologique, jeudi, à 4 h. 1/2, M. Latrille.

Conférences et cours complémentaires.

Les cours complémentaires sont faits et les travaux pratiques sont dirigés par les suppléants et les chefs des travaux.

Chimie et physique, M. L. Guitteau, mercredi, à 2 h. — *Chirurgie militaire* (petite chirurgie) : M. Malapert, semestre d'hiver, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h. — *Cours de médecine dentaire* : M. Moore, jeudi, à 8 h. 1/2, matin. — *Conférences de Minéralogie et hydrologie* : M. Llaguet, les mardis et samedis, à 8 h. — *Hygiène,* conférences : M. Faivre, mardis, jeudis, à 5 h. — *Matière médicale* : M. Llaguet, mardi, samedi, à 8 heures.

© BIU Santé

Travaux pratiques.

Etudiants en médecine 1re, 2e, 3e année : *Anatomie* : M. Berland. — 2e et 3e année : *Histologie* : M. Berland. — 2e et 3e année : *Physiologie* : M. Latrille. — 3e année : *Médecine opératoire* : M. Berland. — 2e année : *Physique biologique* : M. L. Guitteau.

Etudiants en pharmacie. 1re et 2e année : *Chimie* : M. L. Guitteau. — 3e année : *Physique* : M. Guitteau, — 3e année : *Histoire naturelle* : M. Léger.

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, les travaux de dissection, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques d'histoire naturelle. — *Pendant le semestre d'été* : Les cours de clinique externe, de physiologie, d'histoire naturelle, de physique, de pathologie externe, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques de physique.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (2e année). — *Pendant le semestre d'hiver* : Les cours de clinique externe, de pathologie interne, de thérapeutique, d'anatomie, les travaux de dissection. — *Pendant le semestre d'été* : Les cours de clinique interne, de physiologie, d'accouchement et de maladies des femmes et des enfants, d'hygiène, d'histoire naturelle, de pathologie externe.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (3e année). — *Pendant le semestre d'hiver* : Les cours de clinique externe, de clinique interne, de pathologie interne, de thérapeutique, les travaux de dissection. — *Pendant le semestre d'été* : les cours de clinique interne, d'accouchement et de maladies des enfants, d'hygiène.

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'École 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 L. Guitteau, fils, licencié ès 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 (*réorganisée*).

(1897-1898)

Directeur : M. le Dr Henrot. — *Secrétaire* : M. le Dr A. Pozzi.

La circonscription de l'Ecole de Reims comprend, pour les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes de 2e classe, les départements de la Marne, des Ardennes, de la Meuse, de Seine-et-Marne et de l'Aube. L'Ecole a ouvert ses cours le lundi 8 novembre, selon le programme suivant.

Semestre d'hiver.

Anatomie : M. L. Harman, professeur, tous les jours de 11 h. à midi. — *Clinique minérale* : M. A. Pont, suppléant, les mardis, et vendredis, à 10 heures. — *Physique* : M. Bagnérit, agrégé des Facultés de Médecine, suppléant, les lundis, mercredis, vendredis, à 9 heures. — *Pharmacie* : M. Lajoux, professeur, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures. — *Pathologie externe* : M. A. Pozzi, professeur, les mardis, jeudis et samedis à 5 heures. — *Zoologie* : M. Laurent, suppléant, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 heures. — *Histologie* : M. Hache, professeur, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures. — *Pathologie générale* : M. Jacquinet, suppléant, les lundis et jeudis, à 4 heures. — *Matière médicale* : M. Cordier, suppléant, les lundis, mardis et mercredis, à 4 heures. — *Toxicologie* : M. Grandval, professeur, les samedis, à 4 heures.

Semestre d'été.

Physiologie : M. Langlet, professeur, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures. — *Pathologie interne* : M. Colleville, professeur, les lundis, vendredis et samedis, à 4 heures. — *Botanique* : M. Géneau de Lamarlière, docteur ès-sciences, professeur, les lundis, jeudis et samedis, à 5 heures. — *Physique médicale* : M. Chevy, professeur, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures. — *Histologie* (technique histologique) : M. Hache, professeur, les mercredis, à 4 heures. — *Bactériologie* : M. Cordier, suppléant, les mercredis et vendredis, à 5 h 1/2. — *Médecine opératoire* : M. A. Pozzi, professeur, les mardis, jeudis et samedis de 3 heures à 5 heures. — *Chimie organique et toxicologie* : M. Grandval, professeur, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. 1/2. — *Hydrologie* : M. Lajoux, professeur, les jeudis à 5 heures. — *Chimie biologique* : M. X..., suppléant, les lundis et mercredis, à 3 heures. — *Chimie minérale* : M. Pont, suppléant, les mardis et samedis, à 5 heures. — *Herborisation* le dimanche.

Toute l'année.

Clinique médicale : M. E. Luton, chef de clinique ; M. H. Henrot, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. A. Decès, professeur ; M. de Bovis, suppléant. — *Clinique obstétricale* : M. A. Panis, professeur ; M. de Bovis, suppléant.

Travaux pratiques.

Semestre d'hiver.

Anatomie : M. M. Luton, chef des travaux, tous les jours (dimanche excepté) de 2 heures à 5 heures. — *Botanique* : M. Géneau de Lamarlière, chef des travaux, les jeudis, de 2 heures à 5 heures. — *Zoologie* : M. Laurent, chef des travaux, les mardis de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Chimie* : M. Pont, chef des travaux, les mardis et jeudis, de 2 heures à 4 heures. — *Pharmacie* : M. Cordier, chef des travaux, les lundis et mardis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2.

Semestre d'été.

Physiologie : M. E. Wiet, chef des travaux, les samedis, à 4 heures. — *Physique* : M Bagnéris, chef des travaux, les mercredis et vendredis, de 8 heures à 10 heures. — *Chimie* : M. Pont, chef des travaux, les jeudis et samedis, de 2 heures à 4 heures. — *Histologie* : M. E. Luton, chef des travaux, les mardis et jeudis, de 3 heures à 5 heures. — *Pharmacie* : M. Cordier, chef des travaux, les mardis et vendredis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Botanique* : M. Géneau de Lamarliere, chef des travaux, les jeudis et vendredis, de 2 heures à 5 heures. — *Zoologie* : M. Laurent, chef des travaux, les mardis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2.

Reims, le 25 octobre 1897.

Mon cher Rédacteur en chef.

La situation de l'Ecole de Médecine de Reims ne s'est pas sensiblement modifiée depuis l'année dernière. Le nombre des élèves s'y maintient et le recrutement qui commence par le certificat d'études du P. C. N. permet à l'Ecole de continuer à vivre dans les mêmes conditions favorables. Aussi la ville de Reims, désireuse de mettre les constructions en rapport avec les besoins de l'enseignement, s'est décidée à faire de nouveaux sacrifices. Dans un emprunt voté par le Conseil et qui n'attend plus que la consécration légale du Parlement, une somme assez considérable (73.000 francs) a été prévue pour l'amélioration des services d'anatomie, pour la création et l'extension de laboratoires de chimie, de physique et de physiologie.

Voilà déjà plusieurs fois que des travaux du même genre sont entrepris dans le même but et s'il y a quelque chose à regretter dans ces dépenses successives, c'est que nos édiles n'aient pas, en la matière, assez d'audace et de confiance. S'il on eût fait en une seule fois les constructions qui viennent par petits paquets, mais qui viennent néanmoins, on n'eût probablement pas dépensé davantage, mais on eût pu, par une vue d'ensemble et des plans combinés, obtenir des résultats évidemment meil-

© BIU Santé

leurs au point de vue de l'aménagement intérieur et au point de vue de l'esthétique. Mais, ce qui importe le plus, c'est que les étudiants seront à l'aise, c'est qu'ils ne seront plus forcés d'aller chercher en particulier leurs laboratoires de chimie loin de l'école et que la centralisation des services leur rendra le travail plus fructueux et moins pénible. La bibliothèque prend un développement considérable. Le classement des livres s'y fait et le catalogue sera bientôt à jour ; on y peut, grâce aux nombreux périodiques qu'elle reçoit, faire des recherches pour les travaux en cours.

Enfin le laboratoire de bactériologie placé dans l'Ecole elle-même, près des laboratoires d'histologie, met à la portée des élèves et des médecins son matériel et son enseignement.

Ecole de Rouen (*réorganisée*).

ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898.

Circonscription de l'École. — Départements : Seine-Inférieure, Eure, Seine-et-Oise.

Date de la rentrée solennelle : le 4 novembre à 2 heures.

Directeur honoraire : M. DELABOST. — Professeur honoraire : M. BLANCHE.

Directeur : M. BRUNON. — Secrétaire : M. ROSSIGNON.

Semestre d'Hiver (5 novembre au 15 mars).

Clinique interne (Hôtel-Dieu) : M. OLIVIER. — *Clinique externe* (Hôtel-Dieu) : M. CERNÉ. — *Clinique obstétricale et gynécologique* (Hospice Gén.) : M. A. MARTIN. — *Travaux anatomiques* (Laboratoire) : M. BATAILLE. — *Pathologie externe* (Ecole de médecine) : M. Fr. HUE. — *Médecine opératoire* (Laboratoire) : M. Fr. HUE. — *Anatomie* (Laboratoire) : MM. TINEL et BATAILLE. — *Physique médicale* (Ecole de médecine) : M. BUGUET. — *Physique médicale* (Manipulations) : M. BUGUET. — *Histoire naturelle* (Ecole des sciences) : M. MESNARD. — *Chimie et Toxicologie* (Ecole de médecine) : M. GASCARD. — *Histologie végétale* (Ecole de médecine) : M. DUMONT. — *Travaux chimiques* : M. GASCARD. — *Bactériologie* (Cours libre. — Laboratoire) : M. C. NICOLLE. — *Clinique des maladies chirurgicales de l'enfance* (Cours libre) : M. Fr. HUE.

Semestre d'Eté (Du 16 mars au 31 juillet).

Clinique interne (Hôtel-Dieu) : M. OLIVIER. — *Clinique externe* (Hôtel-Dieu) : M. CERNÉ. — *Clinique obstétricale et gynécologique* (Hospice Gén.) : M. A. MARTIN. — *Anatomie pathologique* (Cours compl. Hôtel-Dieu) : M. NICOLLE. — *Physiologie* (Ecole de médecine) : M. PENNETIER. — *Pathologie interne* (Ecole de médecine) : M. BRUNON. — *Anatomie générale et Embryogénie* (Cours compl. Hôtel-Dieu) : M. BATAILLE. — *Histologie* (Ecole de médecine) : M. LEUDET. — *Chimie médicale* (Ecole de médecine) : M. GASCARD. — *Histoire naturelle* (Ecole de médecine) : M MESNARD. — *Travaux chimiques* (Ecole de médecine) : M. GASCARD. — *Matière médicale* (Cours compl., Ecole de médecine) : M. POUCHIN. — *Histologie végétale* (Cours compl., Ecole de médecine) : M. DUMONT. — *Pharmacie* : M. POUCHIN. — *Physique médicale* : M. BUGUET. — *Bactériologie* (Cours libre. — Laboratoire) : MM. LEUDET, C. NICOLLE. — Profes. suppléants : MM. NICOLLE, BUGUET, DUMONT, BATAILLE. — Chef des travaux anatomiques : M. BATAILLE. — Chefs de clinique : MM. PELLERIN, Victor PETIT, N...

Ecole de Tours.

Directeur : M. D. BARNSBY. — Secrétaire : M. GIRARD

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

Clinique médicale : M. Hip. THOMAS, professeur. Mercredi et samedi, à 9 h. du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. L. THOMAS, professeur. Lundi et vendredi, à 9 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. THIERRY, professeur. Mardi et jeudi, à 9 h. du matin. — *Ophtalmologie* : M. L. THOMAS, professeur. Jeudi, à 3 heures. — *Pathologie interne* : M. MEUNIER, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Hygiène* : M. ARCHAMBAULT, professeur suppléant. Mardi, samedi, à 4 heures. — *Anatomie* : M. LEDOUBLE, professeur. Lundi, mercredi, samedi, à midi et demi. M. LAPEYRE, professeur suppléant Mardi, vendredi, à midi et demi. M. GILLES, chef des travaux. Conférences. Lundi, vendredi, à 3 heures. — *Physique* : M. WOLFF, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à une heure. — *Sciences naturelles (Zoologie)* : M. AUGIS, professeur suppl. Lundi, vendredi, à 3 h. — *Chimie et toxicologie* : M. GRANDIN, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. — *Physique biologique* : M. WOLFF, professeur. Cours et Manipulations. Samedi à 3 heures. — *Histologie* : M. PARISOT, chef des travaux. Mardi et vendredi, à 5 heures.

Travaux pratiques. — Semestre d'hiver.

Travaux anatomiques : M. GILLES, chef des travaux. Tous les jours à une heure et demie. — *Micrographie végétale* : M. AUGIS, prof. suppl. Lundi et vendredi, de 1 heure à 3 heures. — *Chimie* : M. PASQUIER, professeur suppléant. Mardi, mercredi, de 2 h. à 4 h., et samedi, de 2 h. à 5 h.

Semestre d'été.

Clinique médicale : M. Hip. THOMAS, professeur. Mercredi et samedi, à 9 h. du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. L. THOMAS, professeur. Lundi, vendredi, à 9 heures. — *Clinique obstétricale* : M. THIERRY, professeur. Mardi et jeudi, à 9 heures du matin. — *Physiologie* : M. GUIBBAUD, professeur. Mardi, jeudi, vendredi, à 4 heures. — *Thérapeutique* : M. BODIN, professeur. Lundi, jeudi samedi, à 3 heures. — *Sciences naturelles* : M. BARNSBY, professeur. Botanique : mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Herborisations : le dimanche ou le jeudi. — *Pathologie externe* : M. HERPIN, professeur. Mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. — *Pharmacie* : M. LENORMAND, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures un quart. — *Clinique des Maladies mentales* : M. ARCHAMBAULT, suppl. Mardi, à 10 heures. — *Matière médicale* : M. FARÉ, prof. suppl. Mardi et jeudi, à 4 heures un quart. — *Médecine opératoire* : M. DELAGÉNIÈRE, professeur suppléant. Lundi à 4 heures et samedi à 5 heures. — *Chimie biologique* : M. GRANDIN, professeur. Samedi, à 4 heures. — *Histoire naturelle des parasites* : M. AUGIS, suppléant. Jeudi, à 4 heures. — *Physique* : M. PASQUIER, suppléant. Lundi, à 1 heure.

Travaux pratiques. — Semestre d'été.

Chimie : M. PASQUIER, professeur suppléant. Mardi, mercredi, de 1 heure à 3 heures. — *Physique* : M. PASQUIER, prof. suppléant. Lundi, de 2 heures à 5 heures, et vendredi, de 1 heure à 3 heures. — *Physiologie* : M. PARISOT, chef de travaux. Lundi, de 1 h. à 3 h. — *Histologie* : M. GILLES, chef de travaux. Jeudi, de 1 h. à 3 h. — *Médecine opératoire* : M. LAPEYRE, chef de travaux. Mardi et vendredi, à 2 heures.

Emplois de l'École accessibles aux Étudiants.

Prosecteur. — Aide d'anatomie et de physiologie. — Préparateur de chimie. — Préparateur d'histoire naturelle. — Préparateur de physique.

Concours annuels.

Internat en médecine (6 titulaires). Externat en médecine (12 titulaires). — Internat en pharmacie (5 titulaires et 2 provisoires). — Prix pour les différentes années en médecine et en pharmacie (Médailles de bronze, d'argent et de vermeil). — Prix pour les travaux pratiques de chimie, de physique, de botanique, d'anatomie, d'histologie et de physiologie.

Fondation de Mme Vve Riffault. — *Prix L. Tonnellé.* — *Une médaille d'or de 150 francs* sera décernée à la suite d'un concours annuel entre les étudiants en médecine de 3e et 4e années, inscrits à l'Ecole et internes à l'Hôpital de Tours.

ECOLE PRINCIPALE DE MEDECINE NAVALE ET COLONIALE DE BORDEAUX.

Directeur : M. BOURRU, directeur du service de santé de la marine. — *Sous-directeur* : M. AMBIEL, médecin principal. — *Pathologie externe. Accouchements* : M. DUFOUR, médecin de 1re classe, professeur. — *Anatomie. Médecine opératoire* : M. TOREL, médecin de 1re classe, professeur. — *Histologie normale et pathologique. Bactériologie* : M. LE DANTEC, médecin de 1re classe, professeur. — *Pathologie interne. Thérapeutique* : M. PLANTÉ, médecin de 1re classe, professeur. — *Physiologie. Hygiène. Médecine légale* : M. LE MÉHAUTÉ, médecin de 1re classe, professeur. — *Physique, Chimie, Histoire naturelle médicales* : M. LERAY, pharmacien de 1re classe, professeur.

Ecole principale du Service de santé de la Marine

Les jeunes gens qui désirent entrer dans la médecine navale, doivent satisfaire aux obligations universitaires en ce qui concerne les diplômes de bachelier et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Ils demandent alors au Ministre de la Marine d'être admis comme étudiants à l'une des écoles-annexes de Brest, Rochefort ou Toulon, pour y faire leur première année d'études de médecine. A la fin de cette

© BIU Santé

année ils se présentent à un concours pour entrer à l'école principale du service de santé qui est établie à Bordeaux.

Dans cette école, ils reçoivent l'enseignement de la Faculté de Médecine secondé par les conférences et répétitions qui sont données dans l'école. Quand ils ont acquis leurs seize inscriptions, c'est-à-dire après quatre ans d'études, il leur est accordé trois mois pour achever les examens de doctorat et soutenir la thèse.

Une fois docteurs, ils sont nommés médecins stagiaires à l'Ecole d'application de Toulon, où il reçoivent l'instruction pratique sur la chirurgie d'armée, l'hygiène navale, la pathologie exotique, etc.

Enfin après un dernier concours pour déterminer leur classement, ils sont nommés médecins de 2e classe de la marine.

Toutefois, à la sortie de l'Ecole de Bordeaux, un certain nombre d'entre eux sont nommés médecins de 2e classe des colonies et employés immédiatement dans le service colonial.

Les élèves en pharmacie peuvent accomplir dans les écoles-annexes de la Marine leurs trois années de stage, mais il doivent y faire au moins la dernière année. Après l'examen de validation de stage, ils concourent pour l'Ecole principale et, à leur sortie, ils peuvent, comme leurs camarades de médecine, être placés dans le service de la Marine ou dans le service des Colonies.

ÉCOLES D'APPLICATION DE MÉDECINE NAVALE.

Ces Ecoles reçoivent pendant une année les étudiants qui se destinent à la marine et qui y sont acceptés par le Ministre en nombre proportionné aux besoins du recrutement ; puis les élèves du service de santé de la marine sont admis, après concours, à l'Ecole principale de Bordeaux ; ils suivent alors les cours de la Faculté et sont envoyés comme médecins stagiaires à l'Ecole d'application de 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. Auffret. — *Sous-Directeur* : M. Friocourt.

Cours professés aux Etudiants de 1re année.

Anatomie descriptive: MM. Vergos, médecin de 1re classe, professeur. — *Histologie et Physiologie :* M Salanoue-Ipin, médecin de 1re classe, professeur. — *Séméiologie médicale et chirurgicale. Petite chirurgie* : M. Valence, médecin de 1re classe, professeur. — *Physique biologique* : M. Rouhaud, pharmacien principal, professeur — *Chimie biologique* : M. N..., pharmacien de 1re classe, professeur. — *Démonstrations. Ostéologie. Syndesmologie* : M. Avérous, médecin de 2e classe, prosecteur.

Ecole de Rochefort.

Directeur : M. Guès.

Cours professés aux étudiants du 1re année.

Anatomie descriptive : M. Gorron, médecin de 1re classe. — *Physiologie et histologie* : M. Grand-Moursel, médecin de 1re classe. — *Séméiologie médicale et chirurgicale* : M. Lassabattie, médecin de 1re classe. — *Physique biologique*: M. Bourdon, pharmacien de 1re classe. — *Chimie biologique* : M. Lapeyrère, pharmacien principal.

Ecole de Toulon.

Directeur: M. Merlin.

Ecole annexe de Médecine navale.

Anatomie descriptive et Dissection : M. Bousquet, professeur. — M. Bousquet, professeur ; M. Crozet, prosecteur. — *Histologie et Physiologie*: M. Girard, professeur. — *Chirurgie élementaire*: M. Boutin, professeur. — *Séméiologie médicale*: M. Suard, professeur. — *Physique biologique*: M. Sauvaire, professeur. — *Chimie biologique* : M. Chalmé, professeur.

Ecole d'application des Médecins stagiaires.

Chirurgie militaire et navale: M. Coquiard, professeur. — *Pathologie exotique et hygiène navale* : M. Gueit, professeur. — *Législation et administration* : M. Mathis, professeur. — *Clinique médicale* : Galliot, professeur ; M. Suard, chef de clinique. — *Clinique chirurgicale* : M. Fontan, professeur ; M. Boutin, chef de clinique. — *Bactériologie:* M. Laffont, professeur. — *Applications de la physique à la médecine:* M. Sauvaire, professeur. — *Essai des denrées alimentaires:* M. Chalmé, professeur.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES DE LANGUE FRANÇAISE.

A. Belgique.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE BRUXELLES (1).

Président : M. Kufferath. — Secrétaire : M. Destrée.

Examen de candidat en médecine. (Art. 22 de la loi).

Histologie générale et spéciale: MM. G.-A.-V. Rommelaere, prof. ord. Mardi, jeudi et vendredi à midi. — *Exercices micrographiques* : MM. G.-A.-V. Rommelaere, prof. ord. Mardi et jeudi à 11 heures. — *Anatomie humaine systématique (Ostéologie, syndesmologie, névrologie)* : M. Sacré, professeur ord. Lundi, mardi et mercredi à 1 h. — *Anatomie humaine systématique (Myologie, angéiologie et splanchnologie)* : M. Lucien Wilmart, suppléant. Jeudi, vendredi et samedi à 1 h. — *Anatomie humaine topographique* : MM. Th. Hauben, prof. ord. Samedi à 11 h. et vendredi à 2 h. — *Démonstrations anatomiques* : M. Sacré, prof. ord., assisté du chef des travaux anatomiques. Tous les jours de 9 h. à midi. — *Physiologie spéciale et physiologie générale et embryologie :* MM. Heger, prof. ord. Mardi, jeudi et vendredi, à 11 h. 1/4. Spehl, prof. extraord. Mercredi et samedi, à 11 h. 1/4. Héger, prof. ord., lundi à 11 h. 1/4. — *Eléments d'anatomie comparée:* M. Yseux, prof. ordin. Lundi à 2 h. — MM. N..., chef des travaux anatomiques. Gallemaerts, préparateur aux cours d'histologie. Brunin, prosecteur au cours d'anatomie humaine systématique. Houssa, prosecteur au cours d'anatomie humaine topographique.

Premier examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi).

Thérapeutique générale et pharmaco-dynamique : M. E. Destrée, professeur extraordin. Mercredi et vendredi à 1 heure. *Pathologie et Thérapeutique spéciales des maladies internes*, MM. J. Crocq profes. ordin., lundi, mercredi, jeudi et vendredi, à midi, et E. Carpentier, prof. ordin., mardi et samedi, 1 heure, — *Psychiatrie :* M. Jos. Desmeth, prof. ordin. Lundi, à 1 heure. — *Pathologie générale* : M. Jos. Desmeth, prof. ordinaire. Lundi à une heure, mardi et samedi, à midi. — *Anatomie pathologique et exercices pratiques d'anatomie pathologique* : MM. L. Stiénon, prof. ord. Mercredi et vendredi à deux heures. — *Eléments de pharmacologie :* M. V. Jacques, prof. ordin. Lundi et mardi, à deux heures. Vanderveldе, préparateur aux cours d'anatomie pathologique.

Deuxième examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi)

Pathologie chirurgicale, générale et spéciale : M. Thiriar, prof. ordinaire. Lundi, mercredi et vendredi, à onze heures. — *Théorie des accouchements* : M. E. Kufferath, prof. ordin. Lundi, mercredi et vendredi, à midi. — *Hygiène publique et privée* : M. Edouard de Smet, profes. ordinaire. Lundi, mercredi et vendredi, à une heure. — *Médecine légale* : M. Dallemagne, prof extraord. Lundi et mercredi, à trois heures. Funck, préparateur au cours d'hygiène.

Troisième examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi).

Clinique médicale (à Saint-Jean) : M. L. Stiénon, prof. ord. Lundi, mercredi et vendredi, à huit heures. — *Clinique chirurgicale* (à Saint-Jean) : M. Gallet, agrégé. Lundi et mercredi de neuf heures et demie à onze heures. — *Clinique médicale* (à Saint-Pierre) : M. G.-A.-V. Rommelaere, professeur ord. Mardi, jeudi et samedi de 8 heures à 9 heures. — *Clinique chirurgicale* (à Saint-Pierre) : M. Thiriar, profes. extraordin. Mardi, jeudi et samedi de 9 heures à 10 heures. — *Clinique obstétricale* (à la Maternité) : M. Kufferath, prof. ord. Mardi, jeudi et samedi, à deux heures. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : M. Laurent, prof. extr. Mardi, jeudi et samedi à midi. — *Exercices pratiques de médecine operatoire* : M. Laurent, prof. extr. Lundi, mercredi 3 h., vendredi, à 2 heures. — *Anatomie des régions et démonstrations* : M. Th. Hauben, prof. ord. Lundi et mercredi à deux heures. — *Ophtalmologie et clinique ophtalmologique* : M. J.-B. Coppez, profes. extr. Vendredi, à neuf heures et demie. — *Exercices pratiques d'ophtal-*

(1) Pour plus de détails sur les Universités de Belgique, voir le *Numéro des Etudiants* des années précédentes, en particulier celui de 1886.

© BIU Santé

moscopie et d'ophtalmométrie : M. COPPEZ, professeur ordinaire, Dimanche, à 11 heures. M. HOUSSA, prosecteur au cours d'anatomie des régions.

Cours complémentaires.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées (à Saint-Pierre): M. Edouard DE SMET, prof. ord., mardi, samedi, de 10 h. à 11 h. 1/2. — *Clinique des maladies des voies urinaires* (à Saint-Pierre) : M. Edouard DE SMET, prof. ordinaire. Jeudi de dix heures à onze heures et demie. — *Clinique externe des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) : M. le Dr CHARON, chirurgien de l'hôpital. Jeudi, de 9 heures à 10 heures — *Clinique interne des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) : M. E. TORDEUS, agr., jeudi, de 9 à 10 h. — *Clinique de diagnostic chirurgical* (à Saint-Jean) : M. LAVISÉ, agrégé, Jeudi, à 4 heures. — *Clinique psychiatrique* (à Saint-Jean) : M. DE BOECK, agrégé. Jeudi, à 3 h. 1/2. — *Clinique otologique* (à Saint-Jean) : M. Ch. DELSTANCHE, doct. agrégé. Mardi à quatre heures et demie. — *Clinique laryngologique et rhinologique* (à Saint-Pierre) : M. A. CAPART, agrégé. Mardi, jeudi et samedi, de dix heures à midi. — *Clinique gynécologique* (à Saint-Jean) : M. ROUFFART, agrégé. Mardi, à 3 heures et demie. — *Clinique interne* (à l'hôpital de Molenbeek-Saint-Jean) : M. J. CROCQ, prof. ordin. Lundi, mercredi et vendredi, à sept heures et demie. — *Clinique thérapeutique* (à Saint-Jean) : E. DESTRÉE, professeur extraord. Mardi à trois heures et demie. — *Clinique des maladies nerveuses* (à Saint-Pierre) : M. E. SPEHL, profes extr. Jeudi à neuf heures. — *Exploration clinique et diagnostic médical* (à Saint-Pierre) : M. E. SPEHL, prof. extr. Dimanche à huit heures. — *Bandages et appareils* (à Saint-Pierre) : M. J. THIRIAR, profes. ordinaire. Dimanche à 9 heures. — *Clinique obstétricale*, à la Maternité) : M. TOURNAY, agr. Vendredi, à quatre heures et demie. — *Clinique chirurgicale* (hospice de l'infirmerie) : M. DEPAGE, agrégé. Vendredi, à 3 heures.

Cours libres.

Syphilis du système nerveux : M. BAYET, agrégé. Samedi à huit heures du soir.— *La voix et l'ouïe (physiologie, pathologie)* : M. CHEVAL, agrégé. Mardi à 5 h. 1/4. — *Physiologie et pathologie de la cellule* : M. DEMOOR, agrégé. Mardi à quatre heures. — *Pathologie chirurgicale (inflammation)* : M. DEPAGE, agrégé. Mercredi à quatre heures. — *Ophtalmoscopie, Histologie, Embryologie (démonstrations pratiques)* : M. GALLEMAERTS, agrégé. Vendredi à quatre heures, lundi à quatre heures, vendredi à quatre heures. — *Pathologie externe (conférences préparatoires aux concours de l'internat et de l'externat)*: M. GALLET, agrégé. Jeudi à huit heures du soir. — *Orthopédie infantile (à l'hospice des Enfants-Assistés)* : M. GEVAERT, agrégé. Dimanche, à 9 h. — *Anthropologie* : M. le Dr HOUZÉ, agrégé. Mardi à huit heures du soir. — *Gynécologie* : M. ROUFFART, agrégé Samedi à trois heures et demie. — *Pathologie de la grossesse* : M. TOURNAY, agrégé. Jeudi à 1 h. (à partir du 1er janvier). — *Principes de mécanique appliquée à l'obstétrique* : M. COCQ, agr., lundi, à 4 h. 1/2. — *Exercices pratiques d'obstétrique (manœuvres, instruments)* : M. COCQ, agr., mercredi, à 4 h. 1/2. — *Névrologie. Hypnologie* : M. CROCQ, agrégé. Jeudi, à 1 h. — *Les indications du traitement mécanique* (à Saint-Jean) : M. LE MARINEL, agrégé. Mardi, à 5 h. — *Bactériologie* : M. FUNCK, agr., samedi, à 4 h 1/2. — *Etiologie et diagnostic histologiques des tumeurs malignes* : M. VANDERVELDE, agr., Mercredi, à 3 h. (à partir du 1er janvier).

Institut de Physiologie.

Exercices pratiques de Physiologie : M. HEGER, professeur ordinaire. Mardi, jeudi et samedi de trois heures et demie à cinq heures. M. SPEHL, professeur extraordinaire. Tous les jours, de 9 h. à 11 h. — *Exercices pratiques de physique médicale* : M. GÉRARD, professeur. Lundi, mercredi et vendredi de trois heures à cinq heures. — *Exercices pratiques de chimie physiologique* : M. SLOSSE, chargé de cours. Tous les jours de trois heures à 5 h.

MM. GLUGE, professeur émérite ; HYERNAUX, professeur honoraire ; PIGEOLET, professeur émérite.

Les Instituts scientifiques de Bruxelles.

Bruxelles a récemment célébré l'inauguration officielle des Instituts scientifiques annexés à son Université libre. L'administration communale a donné le branle secondée par le corps professoral ; les étudiants sont entrés dans le mouvement et la population a suivi d'autant mieux disposée que l'Université, rehaussant le prestige de la capitale, n'a cessé depuis soixante ans de contribuer au développement de sa prospérité.

Les instituts sont au nombre de quatre. Le premier en date (1891), fondé et dirigé par le professeur Léo Errera, est l'*Institut Botanique* spécialement consacré à la physiologie végétale. Puis est venu l'Institut Ernest Solvay, dirigé par le Pr Paul Heger. Il a un double but : le développement des travaux de *Physiologie* pure et la vérification expérimentale d'une thèse *a priori* du promoteur M. Ernest Solvay, qui se dit intimement convaincu que tous les phénomènes de la vie, végétale, animale, humaine, voire la conscience et la pensée, doivent pouvoir s'expliquer par les forces physiques normales et notamment par l'électricité. Il écrivait un jour au Dr Heger : « Pour moi, l'homme est un moteur électrique. » Dans une conférence donnée il n'y a pas longtemps, il a complété l'exposé de sa conception ; mais il entend qu'elle soit soumise au contrôle de l'observation et des faits, à l'Institut dont il a provoqué la création et assuré l'existence par une donation princière, et qui déjà est le centre de recherches scientifiques d'un haut intérêt.

Ces deux initiatives ont suscité de généreuses émulations. MM. Alfred Solvay, Georges Brugmann, Léon Lambert et Fernand Jamar ont fait les premiers fonds d'un *Institut de Bactériologie et d'Hygiène* et M. Raoul Warocqué ceux d'un *Institut d'Anatomie*. L'Institut botanique communique avec le jardin botanique de l'État. Les trois autres instituts ont été construits par la ville au parc Léopold (ancien jardin zoologique). Ces instituts sont admirablement installés, comme nous avons pu nous en assurer en les visitant nous-même au mois de septembre dernier.

ÉCOLE SPÉCIALE DE PHARMACIE DE BRUXELLES.

Examen de pharmacien. (Art. 25 de la loi).

Eléments de chimie toxicologique. Chimie pharmaceutique. Pharmacie pratique : M. J.-B. DEPAIRE, prof. ord. Lundi, mardi et mercredi de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. — *Pharmacognosie, altérations et falsifications des drogues simples et des substances alimentaires. Recherches microscopiques. Recherches des falsifications et des altérations des substances alimentaires.* M. A. HERLANT, prof. ord. Jeudi et vendredi, de 8 heures et demie à 9 heures et demie et de 9 heures et demie à 11 heures. Mardi et mercredi de 1 heure à 5 heures. — *Eléments de chimie analytique qualitative et quantitative. Opérations chimiques. Opérations analytiques* : M. E. VAN ENGELEN, prof. extr. Jeudi et vendredi, de 11 h. à midi. Lundi, mardi, mercredi, de 9 heures et demie à midi et demi.

POLICLINIQUE LIBRE DE BRUXELLES.

40, rue de Ruysbroek.

Les cliniques spéciales, inaugurées dans le courant de l'été 1891, seront reprises en novembre 1897 et continuées trois fois chaque semaine. Ces cours, essentiellement pratiques, permettent aux praticiens l'étude ou la revision rapide de différentes branches de la médecine. Ils auront une durée de deux mois et demi, et seront repris trois fois par an : en novembre, en janvier et en avril. On est prié de se faire inscrire à la Policlinique tous les jours, de 9 à 10 heures, ou par correspondance.

Programme des cours du trimestre d'hiver (1897).

Mercredi, de 9 h. à 10 h. *Chirurgie infantile. Orthopédie*, M. le Dr HENDRIX. — De 10 à 11 h. *Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge*, M. le Dr HIGGUET. — De 11 h. à 12 h. *Démonstrations microscopiques et diagnostic d'anatomie pathologique spéciale* (maladies des femmes, MM. les Drs POPELIN et CITTADINI assistants). — De 2 h. à 4 h. *Maladies des femmes*, M. le Dr C. JACOBS, agrégé à la Faculté.

Samedi, de 9 h. à 10 h. *Opérations gynécologiques* (à l'Institut gynécologique, 12, rue Puits-St-Guidon, à Anderlecht), M. le Dr JACOBS. — De 11 h. à 12 h. *Maladies nerveuses. Electrothérapie*, M. le Dr GLORIEUX. — De 2 h. à 4 h. *Maladies de la peau*, M. le Dr DUBOIS-HAVENITH, agrégé à la Faculté. — De 4 h. à 5 h. *Maladies des voies urinaires, Endoscopie. Cystocopie*, M. le Dr J. VERHOOGEN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Doyen : M. R. LEBOUCQ. — Secrétaire : M. F. HEYMANS.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

PREMIÈRE ANNÉE. — *Eléments de zoologie*, M. F. PLATEAU, professeur. — *Anatomie humaine systématique*, M. H. LEBOUCQ, professeur. — *Démonstrations anatomiques macroscopiques*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. C. VAN BAMBEKE, prof. — *Physiologie générale*, M. E. LAHOUSSE, prof. — *Histologie générale*, M. C. VAN BAMBEKE, prof. — *Embryologie*, M. C. VAN BAMBEKE, prof. — *Exercices pratiques de zoologie*, M. F. PLATEAU, professeur.

© BIU Santé

SECONDE ANNÉE. — *Physiologie spéciale*, M. E. LAHOUSSE, prof. — *Anatomie humaine systématique*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Démonstrations anatomiques macroscopiques*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. C. VAN BAMBEKE, prof. — *Psychologie*, M. J. VAN BIERVLIET, prof. — *Histologie spéciale*, M. C. VAN BAMBEKE, prof. — *Anatomie topographique*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Eléments d'anatomie comparée*, M. F. PLATEAU, prof. — *Exercices pratiques d'anatomie comparée*, M. F. PLATEAU, professeur.

Doctorat en médecine, en chirurgie et en accouchements.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Pathologie générale*, M. C. VERSTRAETEN, prof. — *Thérapeutique générale*, M. J. HEYMANS, chargé de cours. — *Pathologie chirurgicale générale*, M. E. BOUQUÉ, prof. — *Anatomie pathologique*, M. D. VAN DUYSE, chargé de cours. — *Démonstrations microscopiques d'anatomie pathologique*, M. VAN DUYSE, prof. extr.

DEUXIÈME ÉPREUVE. — *Pathologie chirurgicale spéciale*, M. E. BOUQUE, prof. — *Pathologie médicale et thérapeutique spéciale des maladies internes, y compris les maladies mentales*, M. E. EEMAN, prof. — *Pharmacodynamique*, M. J. HEYMANS, profes. ordinaire. — *Eléments de pharmacologie*, M. J. HEYMANS, prof. ord.

TROISIÈME ÉPREUVE. — *Théorie des accouchements*, M. C. VAN CAUWENBERGHE, prof. — *Médecine légale*, M. E. VAN ERMENGEM, prof. — *Clinique médicale*, M. R. BODDAERT, prof. — *Clinique chirurgicale*, M. A. DE COCK, prof. et M. F. VAN IMSCHOOT, chargé de cours. — *Clinique gynécologique*, M. C. VAN CAUWENBERGHE, prof. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales*, M. V. DENEFFE, prof. — *Démonstrations d'anatomie des régions*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Ophtalmologie et clinique ophtalmologique*, M. V. DENEFFE, prof. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées*, M. C. VERSTRAETEN, prof. — *Policlinique chirurgicale, bandages, etc.*, M. A. DE COCK, prof., EVAN INSCHOOT, prof. extr. — *Policlinique médicale*, M. C. VERSTRAETEN, prof. — *Hygiène publique et privée*, M. E. VAN ERMENGEM, prof. — *Démonstrations macroscopiques d'anatomie pathologique*, M. VAN DUYSE, prof. extraordin. — *Clinique obstétricale*, M. C. VAN CAUWENBERGHE, prof.

COURS FACULTATIFS. — *Bactériologie*, M. E. VAN ERMENGEM, prof. — *Otologie, laryngologie et rhinologie*, M. E. EEMAN, prof.

Les élèves des trois doctorats en médecine pourront de plus s'exercer tous les jours, de 8 à 10 heures, au maniement du laryngoscope, etc.

ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE A GAND.

Examen de pharmacien.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Eléments de chimie analytique qualitative et quantitative. Eléments de chimie, toxicologie*, M. GILSON, prof. extr. — *Chimie pharmaceutique*, M. DELACRE, prof., M. E. GILSON, prof. extraord. — *Pharmacognosie, altérations et falsifications des substances médicamenteuses*, M. L. GILSON, prof. extraord. — *Falsifications des denrées alimentaires*, M. DELACRE, prof.

SECONDE ÉPREUVE. — *Opérations chimiques. Recherches microscopiques. Falsifications des médicaments*, MM. DELACRE, prof. et GILSON, chargé de cours. — *Analyses, opérations toxicologiques, falsifications des denrées alimentaires*, M. GILSON.

Le laboratoire d'analyses chimiques est ouvert aux élèves tous les jours de l'année, depuis 8 h. du matin.

TROISIÈME ÉPREUVE. — *Pharmacie pratique. Préparations pharmaceutiques*, M. GILSON, prof. extr.

FACULTÉ DE MEDECINE DE LIÈGE.

Doyen : M. L. FREDERICQ, professeur ordinaire. — Secrétaire : M. NUEL, professeur ordinaire.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

Histologie générale : M. Ch. JULIN, char. de cours. — *Embryologie* : M. ED. VAN BENEDEN, prof. ordin. — *Anatomie comparée* : M. CH. JULIN, chargé de cours. — *Psychologie* : M. A. GRAFÉ, profes. extraord. — *Anatomie humaine systématique* (ostéologie, myologie, syndesmologie, angéologie et névrologie) : M. F. PUTZEYS, prof. ordin. — *Anatomie humaine systématique* (splanchnologie, organes des sens) : M. A. SWAEN, prof. ordin. — *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. FREDERICQ, prof. ordin. — *Exercices d'anatomie comparée* : M. ED. VAN BENEDEN, prof ordinaire et M. Ch. JULIN, chargé de cours.

Doctorat en médecine, chirurgie et accouchements.

Pathologie et thérapeutique générales : M. X. FRANCOTTE, prof. ordinaire. — *Pathologie et thérapeutique générales des maladies infectieuses* : M. F. HENRIJEAN, ch. de cours. — *Pharmaco-dynamique, pharmacologie et éléments de pharmacie* : M. J. VAN AUBEL, prof ord. et M. F. HENRIJEAN, ch. de cours. — *Anatomie pathologique, y compris les éléments de parasitologie. Parasitologie* (notions complémentaires). *Démonstrations d'anatomie pathologique. Exercices pratiques d'autopsies. Exercices pratiques microscopiques d'anatomie pathologique. Travaux d'anatomie pathologique et de microbiologie* : M. CH. FIBKET, prof. ord. — *Pathologie médicale et thérapeutique spéciale des maladies internes, y compris les maladies mentales* : M. C. VANLAIR, prof. ordin. — *Pathologie chirurgicale générale* : M. A. VON WINIWARTER, professeur ordin. — *Hygiène publique et privée* : M. F. PUTZEYS, prof. ord. — *Ophtalmologie* : M. P. NUEL, professeur ordin. — *Obstétrique* : M. F. FRAIPONT, chargé de cours. — *Médecine légale* : M. J. VAN AUBEL, professeur ordin. — *Psychiatrie envisagée au point de vue médico-légal* : M. X. FRANCOTTE, prof. ordinaire. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : M. A. VON WINIWARTER, prof. ord. *Démonstrations d'hygiène et excursions*, F. PUTZEYS, prof. ord. — *Clinique médicale. Policlinique médicale. Exercices de clinique propédeutique* : M. V. MASIUS, prof. ord. — *Démonstrations d'anatomie des régions* : M. CH. JULIN, chargé de cours. — *Clinique chirurgicale. Policlinique chirurgicale* : M. A. VON WINIWARTER, prof. ord. — *Clinique ophtalmologique* : M. P. NUEL, prof. ord. — *Clinique obstétricale. Policlinique obstétricale. Opérations obstétricales. Clinique gynécologique* : M. F. FRAIPONT, chargé de cours. — *Clinique des maladies des vieillards* : M. C. VANLAIR, professeur ordinaire. — *Clinique des maladies des enfants* : M. V. MASIUS, prof. ordin. — *Clinique des maladies mentales* : M. X. FRANCOTTE, prof. ordin. — *Clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles* : M. SCHIFFERS, chargé de cours. — *Exercices pratiques de médecine opératoire* : M. VON WINIWARTER, professeur ordinaire.

Pharmacie.

Pharmacognosie, chimie pharmaceutique, altérations et falsifications des médicaments. Exercices pratiques de pharmacie : M. A. GILKINET, professeur ord. — *Chimie analytique qualitative et quantitative. Exercices pratiques de chimie analytique* : M. L. DE KONINCK, prof. ordin. — *Altérations et falsifications des substances alimentaires. Exercices pratiques d'analyse des substances alimentaires. Pharmacie pratique, y compris la préparation des médicaments inscrits dans la pharmacopée. Exercices pratiques de pharmacie* : M. ARM. JORISSEN, chargé de cours. — *Eléments de chimie toxicologique. Exercices pratiques de chimie toxicologique* : M. TH. CHANDELON, chargé de cours.

B. Suisse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE.

M. le Professeur A.-H. VAUCHER, doyen.

ANNÉE 1897-98.

I. — Semestre d'hiver.

Cours.

Anatomie normale : M. le prof. LASKOWSKI. Six heures par semaine. — *Conférences pratiques d'anatomie normale* : Le même professeur. Tous les jours de 10 à 11 h. — *Exercices pratiques de dissection* : Le même professeur. Tous les jours. — *Anatomie et physiologie pathologiques générales* : M. le prof. F.-G. ZAHN. Six heures par semaine. — *Cours d'autopsies et démonstrations pathologiques* : Le même prof. Quatre heures par semaine. — *Travaux pratiques dans le laboratoire d'anatomie pathologique, y compris la bactériologie* : Le même professeur. Tous les jours. — *Histologie normale* : M. le Professeur ETERNOD. Deux heures par semaine. — *Embryologie* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale* : Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même prof. Tous les jours. — *Physiologie* : M. le prof. J.-L. PREVOST. Six heures par semaine. — *Démonstrations et exercices pratiques* dans le laboratoire, avec conférences pratiques, tous les jours. — *Pathologie interne* : M. le prof. D'ESPINE. Trois heures

© BIU Santé

par semaine. — *Cours pratique d'auscultation et de percussion* (cours libre) : Le même professeur. Une heure par semaine. — *Pathologie externe* : M. le prof. J.-L. REVERDIN. Trois heures par semaine. — *Médecine opératoire* : Le même prof. Deux heures par semaine. — *Clinique et policlinique médicales* : M. le prof. REVILLIOD. Sept heures 1/2 par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales* : M le prof. JULLIARD. Sept heures 1/2 par semaine. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. le prof. Alf. VAUCHER. Cinq heures par semaine. — *Cours théorique d'accouchement* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Cours théorique de gynécologie* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Thérapeutique* : M. le prof. A. MAYOR. Trois heures par semaine. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours. — *Hygiène* : M. le prof. VINCENT. Deux heures par semaine. — *Médecine légale avec exercices pratiques* : M. le prof. GOSSE. Quatre heures par semaine. — *Matière médicale et pharmacologie* : M. le prof. X... Deux heures par semaine — *Cours et exercices pratiques dans le laboratoire de pharmacie et microscopie pharmaceutique* : M. le prof. J. BRUN. Quatre heures par semaine. — *Microscopie pharmaceutique* : Quatre heures par semaine. — *Pharmacognosie et pharmacie* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Psychiatrie* : M. le prof. J. MARTIN. Deux heures par semaine. — *Clinique ophtalmologique* : M. G. HALTENHOFF, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Ophtalmologie* : Le même professeur. Une heure par semaine. — *Démonstration et connaissance pratique des instruments de chirurgie. Bandages et appareils* : M. le Dr Aug. REVERDIN, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Maladies vénériennes et cutanées* : M. le Dr H. OLTRAMARE, professeur extraord. Une heure par semaine.

Cours de privat-docents.

Obstétrique : M. le Dr CORDÈS. Deux heures par semaine. — *Pathologie cérébrale* : M. le Dr LADAME. Deux heures par semaine. — *Maladies des enfants* (Hospice du chemin Gourgas) : M. Ed. MARTIN. Une heure par semaine. — *Des empoisonnements au point de vue médico-légal* : M. le Dr L. MÉGEVAND. Une heure par semaine. — *Cours pratique de diagnostic chirurgical avec conférences de pathologie externe* : M. le Dr KUMMER. Deux heures par semaine. — *Anomalies de la vision et détermination des lunettes* : M. le Dr SULZER. Deux heures par semaine. — *Répétitoire de médecine interne* : M. le Dr RUEL. Deux heures par semaine. — *Répétitoire d'obstétrique* : M. le Dr PATRU. Deux heures par semaine. — *Cours pratique de diagnostic médical* : M. le Dr THOMAS. Deux heures par semaine. — *Cours pratique de chirurgie infantile* : M. le Dr BUSCARLET. Une heure par semaine. — *Anatomie normale et pathologique des régions dans leurs rapports avec la chirurgie* : M. le Dr DUPRAZ. Deux heures par semaine. — *Cours d'otologie et de policlinique otolaryngologique* : M. le Dr WYSS. Deux heures par semaine. — *Thérapeutique d'urgence en cas d'accident et de maladie subite* : le même professeur. Deux heures par semaine. — *Thérapeutique gynécologique en général. Traitement des affections gynécologiques spéciales* : M. le Dr BÉTRIX. Une heure par semaine. — *Cours théorique et pratique de bactériologie* : M. le Dr CRISTIANI. Deux heures par semaine. — *Répétitions pratiques d'ophtalmologie* : M. le Dr FRŒLICH. Deux heures par semaine. — *Gymnastique suédoise et massage spécialement en gynécologie* : M. le Dr BOURCART. Deux heures par semaine. — *Discussion des cas obstétricaux* : M. le Dr O. BEUTTNER. Deux heures par semaine. — *Maladies de la nutrition* : M. le Dr S. KESER. Une heure par semaine. — *Hygiène et diététique de l'enfance* : M. le Dr AUDÉOUD. Une heure par semaine. — *Répétitoire d'obstétrique. Policlinique obstétricale* : M. le Dr DE SEIGNEUX. Une heure par semaine.

II. — Semestre d'été.

Anatomie normale : M. le prof. LASKOWSKI. Six heures par semaine. — *Anatomie pathologique spéciale des organes* : M. le prof. ZAHN. Six heures par semaine. — *Cours pratique d'histologie pathologique* : Le même professeur. Six heures par semaine. — *Travaux pratiques dans le laboratoire d'anatomie pathologique* : Le même professeur. Tous les jours. — *Histologie normale* : M. le prof. ETERNOD. Quatre heures par semaine. — *Travaux pratiques d'histologie normale*. Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale* : Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours. — *Physiologie* : M. le professeur SCHIFF. Six heures par semaine. — *Exercices pratiques dans le laboratoire*, tous les jours. — *Pathologie interne* : M. le professeur D'ESPINE. Deux heures par semaine. — *Pathologie externe* : M. le professeur J.-L. REVERDIN. Deux heures par semaine. — *Médecine opératoire* : Le même professeur. Six heures par semaine. — *Clinique et policlinique médicales* : M. le professeur REVILLIOD. Sept heures et demie par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales* : M. le professeur JULLIARD. Sept heures et demie par semaine. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M le prof. Alf. VAUCHER. Cinq heures par semaine. — *Cours d'opérations obstétricales* : Le même professeur. Quatre heures par semaine. — *Cours d'opérations gynécologiques* : Le même professeur. Quatre heures par semaine. — *Thérapeutique* : M. le professeur PRÉVOST. Trois heures par semaine. — *Cours et travaux pratiques au laboratoire de pharmacie* : M. le professeur J. BRUN (Suite des cours d'hiver). — *Microscopie, pharmacognosie et pharmacie*. Le même professeur. Six heures par semaine. — *Psychiatrie* : M. le professeur OLIVET. Deux heures par semaine. — *Clinique ophtalmologique* : M. G. HALTENHOFF, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Ophtalmologie* : Le même professeur. Une heure par semaine. — *Démonstration et connaissance pratique des instruments de chirurgie. Bandages et appareils* : M. le Dr Aug. REVERDIN, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Maladies vénériennes et cutanées* : M. le Dr H. OLTRAMARE, prof. extraord. Une heure par semaine. — *Embryologie* : (1re partie) M. le Professeur ETERNOD. Une heure par semaine. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : M. le prof. PREVOST. Tous les jours. — *Stomatologie* : Le même professeur. Deux heures par semaine.

Cours de privat-docents.

Répétitoire d'ophtalmologie : M. le Dr FRŒLICH. Une heure par semaine. — *Des empoisonnements au point de vue médico-légal* : M. le Dr L. MEGEVAND. Deux heures par semaine. — *Traitement des maladies des femmes par la méthode de Thure Brand* : M. le Dr BOURCART. Une heure par semaine. — *Cours pratique de chirurgie infantile* : M. le Dr BUSCARLET. Deux heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologique des régions dans leurs rapports avec la chirurgie* : M. le Dr DUPRAZ. Deux heures par semaine. — *Cours ophtalmoscopique* : M. le Dr SULZER. Deux heures par semaine. — *Obstétrique* : M. le Dr CORDÈS. Deux heures par semaine. — *Pathologie cérébrale* : M. le Dr LADAME. Une heure par semaine. — *Maladies des enfants* : M. le Dr Ed. MARTIN. Une heure par semaine. — *Pathologie externe, avec exercices pratiques de diagnostic chirurgical* : M le Dr KUMMER. Une heure par semaine. — *Chimie appliquée au diagnostic médical* : M. le Dr Paul BINET. Une heure par semaine. — *Cours théorique et pratique de bactériologie* : M. le Dr CHRISTIANI. Deux heures par semaine. — *Répétitoire de médecine interne* : M. le Dr RUEL. Trois heures par semaine. — *Maladies de la nutrition* : M. le Dr KESER. Une heure par semaine. — *Maladies des fosses nasales, du pharynx et du larynx*. M. le Dr E. GUDER. Deux heures par semaine.

Conditions d'admission. — Sont admis à l'immatriculatiou comme *étudiants* dans la Faculté de Médecine : 1° Les personnes qui ont obtenu le certificat de maturité de l'une des sections du Gymnase de Genève ; 2° Les bacheliers ès lettres et les bacheliers ès sciences de l'Université de Genève ; 3° Les personnes qui par des diplômes justifient d'études équivalentes. Le Bureau, sur le préavis de la Faculté, statue sur l'équivalence. — N. B. Pour subir les examens fédéraux de médecine et de pharmacie, les candidats doivent produire un certificat de maturité conforme au Règlement fédéral. Peuvent suivre les cours comme *auditeurs*, sans qu'aucun titre soit réclamé pour leur inscription, les personnes âgées de 18 ans accomplis. Les auditeurs ne peuvent pas postuler de grades. Sauf autorisation spéciale du professeur, les cliniques et cours pratiques ne sont accessibles qu'aux personnes qui justifient d'études médicales régulières.

ECOLE DENTAIRE DE GENEVE.

I. — Cours.

Première année.

Premier semestre (HIVER).

Physique expérimentale. M. le Pr C. SORET (Faculté des sciences). Quatre heures par semaine. — *Chimie inorganique*. M. le Pr C. GRÆBE (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Botanique médicale et pharmaceutique*. M. le Pr R. CHODAT (Faculté des sciences). Deux heures par semaine. — *Physiologie botanique*. M. le Pr THURY (Faculté des sciences). Deux heures par semaine. — *Zoologie et anatomie comparée des animaux invertébrés*. M. le Pr C. VOGT (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Anatomie normale*. M. le Pr LASKOWSKY (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Laboratoire d'anatomie*. M. le Pr LASKOWSKI. Tous les jours.

© BIU Santé

Deuxième semestre (Eté).

Physique expérimentale. M. le Pr C. Soret (Faculté des sciences). Quatre heures par semaine. — *Chimie organique.* M. le Pr C. Græbe (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Botanique médicale et pharmaceutique.* M. le Pr R. Chodat (Faculté des sciences). Quatre heures par semaine. — *Anatomie comparée et zoologie des animaux vertébrés* : M. le Pr C. Vogt (Faculté de sciences). Cinq heures par semaine. — *Anatomie normale.* M. le Pr Laskowski (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie.* M. le Pr Schiff (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Laboratoire de chimie analytique.* M. le Pr D. Monnier (Faculté des sciences). Tous les jours.

A la fin du deuxième semestre, examen propédeutique (partie scientifique).

Deuxième année.

Troisième semestre (Hiver).

Histoire normale. M. le professeur A. Eternod (Faculté de médecine). — Deux heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologique de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. Partie normale.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Embryologie.* Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Anatomie normale.* M. le Pr Laskowski (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie.* M. le Pr Schiff (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Laboratoire d'anatomie.* — M. le Pr Laskowski. Tous les jours.

Quatrième semestre (Eté).

Histologie normale. M. le Pr A. Eternod (Faculté de médecine). Quatre heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologique de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. Partie pathologique.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Anatomie normale.* M. le Pr Laskowski (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie.* M. le Pr Schiff (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales.* M. le Pr G. Julliard (Faculté de médecine). Sept heures et demi par semaine. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale.* M. le Pr Eternod. Tous les jours, sauf le jeudi.

A la fin du quatrième semestre, examen propédeutique (partie médicale).

Troisième année.

Cinquième semestre (Hiver).

Anatomie et physiologie pathologiques générales. M. le Pr Zahn (Faculté de Médecine). Six heures par semaine. — *Pathologie chirurgicale générale.* M. le Pr J. Reverdin (Faculté de Médecine). Trois heures par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales.* M. le Pr G. Julliard (Faculté de Médecine). Sept heures et demie par semaine. — *Prothèse.* M. E. Metral (Ecole dentaire). Travaux pratiques dans les ateliers, tous les jours après midi.

Sixième semestre (Eté).

Pathologie chirurgicale. M. le Pr J. Reverdin (Faculté de Médecine). Deux heures par semaine. — *Clinique dentaire.* M. le Pr C. Redard (Ecole dentaire). Neuf heures par semaine. — *Pathologie et thérapeutique des maladies de la bouche.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Hygiène et matières médicales en rapport avec l'art dentaire.* Le même professeur. Une heure par semaine. — *Conférences et répétitions.* Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Prothèse.* M. E. Métral (Ecole dentaire). Travaux pratiques, dans les ateliers, tous les jours. — *Prothèse dentaire (celluloïde, vulcanite, métallurgie, procédés divers). Prothèse buccale (restauration faciale et palatine).* — Le même professeur. Une heure par semaine. — *Obturation et aurification.* M. E. Métral. Travaux pratiques, tous les jours après midi. *Matières plastiques et amalgames. Différents procédés d'aurification.* Le même professeur. Une heure par semaine.

Quatrième année.

Septième semestre (Hiver).

Clinique dentaire. M. le Pr C. Redard. Neuf heures par semaine. — *Pathologie et thérapeutique des maladies de la bouche.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Hygiène et matières médicales en rapport avec l'art dentaire.* Le même professeur. Une heure par semaine. — *Conférences et répétitions.* Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Prothèse.* M. E. Métral. Travaux pratiques dans les ateliers, tous les jours. — *Prothèse dentaire (celluloïde, vulcanite, métallurgie, procédés divers). Prothèse buccale (restauration faciale et palatine).* Le même professeur. Une heure par semaine. — *Obturation et aurification.* M. E. Metral. Travaux pratiques, tous les jours après midi. — *Matières plastiques et amalgames. Différents procédés d'aurification.* Le même professeur. Une heure par semaine.

A la fin du septième semestre, examen professionnel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE.

Semestre d'hiver.

M. Brunner, professeur ordinaire. *Chimie inorganique,* 5 heures ; *Chimie analytique* (volumétrie), 1 heure ; *Toxicologie,* 1 heure ; *Travaux au laboratoire de chimie,* 3 après-midi. — M. Henri Dufour, professeur ordinaire. *Physique expérimentale* : Physique générale, thermique, acoustique, optique géométrique, 5 heures. — *Travaux pratiques au laboratoire,* 1 après-midi. — M. J. Dufour, professeur extraordinaire. *Botanique générale,* 3 heures ; *Laboratoire de microscopie botanique,* 1er cours, 2 heures. — M. Wilczek, professeur extraordinaire. *Botanique systématique* : Morphologie externe et cryptogames vasculaires, 1 heure. — *Laboratoire de botanique systématique* : étude de familles naturelles choisies, 1 après-midi. — M. Blanc, prof. ord. *Zoologie* : Notions générales. Anatomie et systématique des invertébrés, 5 heures ; *Laboratoire de zoologie et d'anatomie comparée,* 4 heures ; *Anatomie et physiologie générales,* 3 heures. — M. Bugnion, professeur ord. *Anatomie descriptive* : Le squelette et les muscles ; mécanisme du corps humain, 5 heures ; *Anatomie descriptive* : Splanchnologie (cours donné par M. Aug. Roud, chef des travaux anatomiques), 3 heures) ; *Travaux de dissection* : La salle est ouverte chaque jour, le dimanche excepté, de 8 heures du matin à 7 heures du soir ; *Conférences anatomiques* (gr.), 1 heure. — M. Herzen, prof. ord. *Physiologie* : Introduction générale ; digestion ; sécrétion, 6 heures ; *Répétitions,* 1 heure. — M. Lœwenthal, prof. extr. *Histologie,* 3 heures ; *Technique histologique,* 1 h. 1/2. — M. Stilling, prof. ord. *Anatomie et physiologie pathologiques générales* (pathologie générale), 4 heures. *Cours pratique d'anatomie pathologique* (démonstrations et autopsies), 4 heures ; *Travaux de laboratoire,* pour les étudiants avancés, tous les jours. — M. de Cérenville, prof. ord. *Clinique médicale,* 7 h. 1/2. *Cours d'auscultation et de percussion* ; Méthodes d'exploration clinique, 2 à 3 heures. — M. Roux, prof. ord. *Chirurgie générale* : Inflammations chroniques, 3 heures. *Clinique chirurgicale et gynécologique,* tous les jours. *Cours pratique de pansements,* par le chef de clinique, 2 heures. — M. Rapin, professeur extr. *Clinique obstétricale,* 4 h. 1/2 ; *Obstétrique,* 2e partie, 2 heures. *Gynécologie,* 2 h. *Opérations obstétricales,* 2 h. — M. Dufour, prof. ord. *Clinique ophtalmologique et méthodes d'examen,* 4 heures. *Ophtalmologie* : Appareil externe, conjonctive et cornée, 1 heure. — M. Demiéville, prof. extr. *Policlinique,* 3 fois par semaine. — M. Bourget, prof. ordin. *Thérapeutique,* 2 h. *Séméiologie,* théorie et pratique des diverses méthodes d'exploration clinique ; auscultation et percussion (suite du cours du semestre d'été), 3 heures. *Chimie physiologique et pathologique* (laboratoire), 1 h. après-midi. — M. Rabow, prof. extr. *Clinique psychiatrique,* 1 h. 1/2 ; *Psychiatrie,* 1 h. — M. Nicolas, prof. extr. *Hygiène et police sanitaire,* 1re partie, 2 h. — M. Dind, prof. extr. *Clinique dermato-vénéréologique,* 2 h. ; *Névroses génito urinaires* (gr.), 1 h. — — M. Larguier, prof. extr. (ne professe pas ce semestre). *Médecine légale.* — M. L. Secretan, prof. extr. *Laryngologie* : Cours pratique, 2 heures. — M. Eperon, privat-docent. *Diagnostic des maladies des yeux* (exercices pratiques), 1 heure. — M. Verrey, privat-docent. *Sujets d'ophtalmologie,* théorie et pratique (gr.), 1 heure. — M. G. Rossier, privat-docent. *Diagnostic gynécologique,* cours théorique, 1 heure. *Opérations gynécologiques au mannequin,* 2 heures. *Examen gynécologique,* cours pratique, 4 h. — M. Berdez, privat-docent. *Electrothérapie* (gr.), 1 heure. — M. E. de la Harpe, privat-docent. *Balnéothérapie* (gr.), 1 heure ; *Climatothérapie de la phtisie pulmonaire* (gr.), 6 conférences. — M. M. Muret, privat-docent. *Physiologie et pathologie de l'enfant nouveau-né* (gr.), 1 heure ; *Cours pratique de diagnostic obstétrical au mannequin,* 2 h. ; *Thérapeutique gynecologique,* cours théorique (gr.), 1 heure. — M. Combe, privat-docent. *Maladies des voies digestives chez l'enfant,* 2e partie (gr.), 1 heure. — M. Aug. Dufour, privat-docent. *Ophtalmoscopie* (gr.), 1 heure. — M. Perret, privat-docent. *Fractures et luxations* (suite et fin) (gr.), 1 à 2 heures. *Cours d'orthopédie, avec présentation de malades,* à l'hospice orthopédique (gr.), 1 heure.

© BIU Santé

Lausanne, 23 octobre 1897.

Monsieur le Dr BOURNEVILLE, directeur du *Progrès médical*.

Très honoré et cher confrère,

Je vous adresse le programme des cours de la Faculté de Médecine de Lausanne pour le prochain semestre d'hiver. Vos lecteurs ont été tenus au courant, par mes précédentes correspondances, du développement progressif de notre jeune Faculté, qui est, actuellement, en pleine prospérité, tant au point de vue du nombre et de la valeur du personnel enseignant que de la fréquentation par les élèves suisses et étrangers.

L'enseignement a été très heureusement complété, dans le courant de cette année. D'abord, par la création d'une chaire de bactériologie, dont le titulaire est M. Galli-Valerio (un de nos compatriotes tessinois). Ensuite, par l'adjonction à l'hôpital cantonal d'un service de pédiatrie, à la tête duquel se trouve placé M. le Dr Combe, un jeune confrère très distingué, que ses travaux sur l'hygiène scolaire, entre autres, ont déjà fait connaître hors de notre pays.

Dans ma dernière lettre, je vous parlais déjà des lenteurs apportées à la réalisation du projet de Rumine, soit la construction de bâtiments universitaires. Ce n'est pas qu'à Paris que les « études » de l'administration et des architectes sont de longue durée. Voilà encore un an écoulé, et le premier coup de pioche se fait toujours attendre. Il semble pourtant que la question ait fait un pas sensible. Les architectes lausannois commis à l'élaboration des plans et devis définitifs d'exécution ont déposé leurs conclusions : il manquerait encore environ 350.000 fr. au fonds de Rumine pour atteindre la somme totale que doit coûter la construction du monumental édifice conçu par M. André. La commune de Lausanne les donnera-t-elle, de façon qu'on puisse se mettre à l'œuvre immédiatement ? C'est ce que l'on saura après les prochaines élections municipales.

Je rappelle à ceux de vos lecteurs que cela peut intéresser que la Faculté de Médecine de Lausanne, comme les autres facultés suisses, décerne deux sortes de diplômes bien distinctes. D'abord le grade de docteur en médecine, qui s'obtient à la suite d'examens suffisants sur les diverses branches des sciences médicales et la présentation d'une thèse. Ce diplôme confère un titre purement scientifique, et ne donne en aucune façon le droit de pratiquer dans notre pays. Pour l'avoir, il faut subir les examens dits professionnels, ou fédéraux, qui se font devant une commission d'experts, choisis, en partie, en-dehors du personnel enseignant de la Faculté.

Les étudiants étrangers qui désirent obtenir chez nous le grade de docteur en médecine, sans avoir fait leurs études médicales ou préparatoires en Suisse, sont admis facilement aux épreuves nécessaires, à la condition qu'ils justifient d'une instruction classique, scientifique et médicale suffisante. Il en est autrement pour ceux qui désirent subir les examens professionnels et obtenir, par là, le droit d'exercer la médecine en Suisse : leurs titres et diplômes sont examinés de près par la commission des examens fédéraux, qui statue en dernier ressort sur leur valeur.

Ces questions d'équivalences se règlent, du reste, en général, sans difficultés, les étudiants suisses ayant l'habitude, de temps immémorial, de faire une partie de leurs études dans les universités étrangères. Les inscriptions régulières qu'ils y prennent sont admises sans contestation par la commission ; il en est de même pour celles des étudiants ressortissants de pays étrangers. En retour, la plupart de ceux-ci acceptent couramment les inscriptions prises dans les Facultés suisses par leurs nationaux, ou des élèves suisses. Cet échange de bons procédés est conforme à l'esprit moderne, qui est de faciliter de toutes façons les relations internationales, et j'aime à espérer que la France, bien qu'elle puisse se suffire largement à elle-même, s'y associera tôt ou tard. Ceux de vos jeunes compatriotes qui seraient désireux de venir passer quelques « semestres » sur les bords du Léman y trouveront, en tout cas, un accueil hospitalier, et, je crois pouvoir l'affirmer, des ressources scientifiques qui ne le cèdent en rien à celles qu'on peut offrir ailleurs.

Agréez, très honoré et cher confrère, mes civilités respectueuses et bien cordiales.

Votre dévoué, Dr EPERON.

C. Canada.

FACULTÉ DE MÉDECINE (UNIVERSITÉ LAVAL) DE MONTRÉAL.

Président : J.-P. ROTTOT. — Secrétaire : L.-D. MIGNAULT.

Pathologie et clinique internes : J.-P. ROTTOT, DEMERS, GUÉRIN. — *Physiologie* : DUVAL. — *Anatomie descriptive* : L.-D. MIGNAULT. — *Matière médicale* : DESROSIERS. — *Toxicologie* : N. FAFARD. — *Clinique chirurgicale* : A.-T. BROSSEAU, W.-H. HINGSTON. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : J.-A.-S. BRUNELLE. — *Anatomie pratique* : J.-P. CHARTRAND. — *Hygiène et Pédiatrie* : S. LACHAPELLE. — *Clinique d'oculistique et d'otologie* : L.-E. DESJARDINS et A. FOUCHER. — *Clinique obstétricale* : A. DAGENAIS et J.-B.-A. LAMARCHE. — *Jurisprudence médicale et de maladies mentales* : L.-B. DUROCHER.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL DE QUÉBEC.

Doyen : M. LEMIEUX. — *Secrétaire* : M. MAROIS.

Anatomie : M. LEMIEUX. — *Physiologie* : M. SIMARD. — *Pathologie générale* : M. SIMARD. — *Pathologie interne* : M. VERGE. — *Pathologie externe* : M. CATELIER. — *Toxicologie* : M. VALLÉE. — *Médecine opératoire* : M. HAERN. — *Matière médicale* : M. WELLS. — *Histologie* : M. TURCOT. — *Hygiène* : M. BROCHU. — *Médecine légale* : M. LAVOIE. — *Histologie* : M. HAMEL. — *Clinique chirurgicale* : M. LEMIEUX. — *Maladies des yeux et des oreilles* : M. SIMARD. — *Maladies des enfants* : M. VERGE. — *Clinique chirurgicale* : M. CATELIER. — *Maladies mentales* : M. VALLÉE. — *Maladies des vieillards* : M. HAERN.

D. Turquie d'Asie.

FACULTÉ FRANÇAISE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BEYROUTH (TURQUIE D'ASIE).

Année scolaire 1897-1898.

Distribution des cours. — Chaires.

Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie : M. ROUVIER (3 fois par semaine). — *Pathologie interne, générale et Anatomie pathologique* : M. H. de BRUN (3 fois par semaine). — *Anatomie, Physiologie et Histologie* : M. NÈGRE (5 fois par semaine). — *Pathologie externe, opérations et appareils* : M. HACHE (3 fois par semaine). — *Hygiène et Thérapeutique* : M. BOYER (3 fois par semaine). — *Conférences de Petite Chirurgie* : M. CHAKER-KHOURI (2 fois par semaine). — *Matière médicale et Pharmacie* : M. GUIGUES (2 fois par semaine). — *Histoire naturelle et Bactériologie technique* : M. BOULOUMOY (3 fois par semaine). — *Chimie* : M. SOULERIN (3 fois par semaine). — *Physique* : M. COLLANGETTES (3 fois par semaine).

Cliniques.

Clinique médicale : M. de BRUN (3 fois par semaine). — *Clinique chirurgicale* : M. HACHE (3 fois par semaine). — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. ROUVIER (3 fois par semaine). — *Polyclinique* : M. BOYER (3 fois par semaine). — *Clinique ophtalmologique* : M. CHAKER-KHOURI (1 fois par semaine).

Cette Faculté est un des beaux exemples des progrès accomplis par l'influence française à l'étranger, durant ces dernières années. Fondée, il y quatorze ans, sous le ministère de Jules Ferry, elle est parvenue aujourd'hui, au plus haut degré de sa prospérité. Faculté libre, elle est subventionnée par le Ministère des Affaires étrangères, qui exerce un contrôle par l'intermédiaire du Consul général de France à Beyrouth. Les règlements ont été faits, sur le modèle de ceux de l'Université de France, par le Ministère de l'Instruction publique. Ces deux Ministères interviennent dans la nomination des professeurs, qui doivent non seulement être de nationalité française, mais encore avoir de brillants états de service dans les hôpitaux et les facultés de France. Les chefs de clinique et préparateurs sont indigènes. L'enseignement est donné en langue française. Grâce aux innombrables établissements d'éducation primaire et secondaire français créés depuis de nombreuses années, en Syrie, à Beyrouth en particulier, et tous florissants, la langue française est aussi répandue dans toute cette région que dans la plupart des départements de la France.

L'inspection annuelle a été successivement confiée à des professeurs ou doyens des Facultés de Paris, Lyon, Bordeaux, et Toulouse : MM. Villejean, Landouzy, Rémy, Netter, Caubet

© BIU Santé

Lépine, Pitres et Lortet. Le sympathique doyen de Lyon est venu en 1891, 1893, 1895. Il a pris à cœur cette œuvre éminemment française.

Sur la demande du Ministre des affaires étrangères de France, le Ministre de l'Instruction publique a bien voulu consentir à prendre les mesures nécessaires pour que les élèves de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth puissent obtenir, à Beyrouth même, des diplômes équivalents à ceux que délivrent nos Facultés de France. Ces dispositions, qui ont été mises en pratique, dès le commencement de l'année 1895-96, consistent principalement dans l'envoi annuel à Beyrouth d'une commission d'examen, composée de 3 professeurs appartenant à des Facultés de l'Etat et auxquels sont adjoints les professeurs de la Faculté de Beyrouth, chacun pour sa spécialité. C'est l'enseignement sérieux, constaté par tous les inspecteurs qui se sont annuellement succédé, qui a déterminé le gouvernement français à accorder à la Faculté de Beyrouth un diplôme conférant tous les droits des diplômes des Facultés de l'Etat.

Le premier jury, de 1895-96, composé des professeurs Lortet, Gayet et Soulier, avait été fourni par la Faculté de Lyon qui va également fournir le Jury de 1897-1898.

La Faculté de Beyrouth a aujourd'hui des élèves établis en grand nombre en Egypte, et dans les provinces asiatiques de l'empire ottoman : à Smyrne, à Bagdad, mais principalement en Syrie, en Palestine et dans le Liban. Sous l'impulsion et les efforts combinés du nouveau Consul général de France. M. Souhart, et du nouveau chancelier (Doyen) le chiffre des élèves a considérablement augmenté en 1895-1896. La rentrée de 1896-1897 a été encore supérieure aux précédentes. Cette affluence d'élèves a rendu le local actuel, surtout les laboratoires et les amphithéâtres, absolument insuffisant. Il a fallu prendre d'urgence des mesures provisoires d'agrandissement, en attendant la construction d'un nouveau local, vaste et bien compris, répondant à toutes les exigences de l'enseignement médical moderne. Nous savons de bonne source que cette construction va être activement menée par l'administration de la Faculté qui ne reculera pas devant des sacrifices pécuniaires considérables.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.

Dans les précédents Numéros des Etudiants, nous avons donné de nombreux renseignements sur l'Enseignement de la médecine à l'étranger. Comme il n'est survenu aucun changement de grande importance, nous y renvoyons nos lecteurs.

DERNIERS RENSEIGNEMENTS

Enseignement médical dans les Hôpitaux.

Cours et Conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs.

Hôtel-Dieu. — M. le Dr Cornil, conférences d'anatomie pathologique, jeudi, 9 h. 1/2, laboratoire ; conférences de chimie clinique, samedi, 9 h. 1/2, laboratoire. — M. le Dr Ferrand, conférences de propédeutique et de thérapeutique clinique, jeudi, 10 heures, laboratoire de la salle Sainte-Anne. — M. le Dr Gingeot, clinique médicale, jeudi, 10 heures, salles Saint-Louis et Sainte-Marie. — M. le Dr Polaillon, clinique chirurgicale, tous les jours, 9 heures, salles Saint-Côme et Sainte-Marthe.

Pitié. — M. le Dr Albert Robin, leçons cliniques, lundi, 9 h. 1/2, amphithéâtre des cours. — M. le Dr Faisans, maladies des voies respiratoires, mardi et mercredi, 9 heures, salles Piorry et Lorrain ; jeudi, 10 heures, Amphithéâtre des cours. — M. le Dr André Petit, maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, salle Trousseau. — M. le Dr Babinski, maladies du système nerveux, samedi, 10 heures, Annexe de la salle Grisolle. — M. le Dr Thibierge, maladies de la peau et syphilis, vendredi, 10 h. 1/2, Amphithéâtre des cours ; conférences sur les maladies de la peau et du cuir chevelu, mercredi, samedi, 8 heures, salles des consultations spéciales ; opérations dermatologiques, mardi, 10 heures, salle Cruveilhier. — M. le Dr Tuffier, opérations, jeudi, 9 h. 1/2, Pavillon Gerdy ; visite des malades, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, salles Broca et Gerdy. — M. le Dr Doléris, obstétrique, suites de couches, et gynécologie, mardi et vendredi, 10 h. 1/2, dans le service.

Charité. — M. le Dr Gouraud, conférences cliniques (maladies du cœur), lundi et jeudi, 10 heures, au lit des malades. — M. le Dr Moutard-Martin, conférences de clinique médicale, tous les jours, 9 heures, salles Saint-Louis et Andral. - M. le Dr Oulmont, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades.

Saint-Antoine. — M. le Dr Brissaud, maladies du système nerveux, jeudi, 10 heures, salle des conférences. — M. le Dr Ballet, maladies du système nerveux, dimanche, 10 heures, salle des conférences. — M. le Dr Gaucher, maladies de la peau et syphilis, lundi, mercredi, samedi, 10 heures, salle des consultations spéciales. — M. le Dr A. Siredey, conférences de clinique médicale, tous les jours, 9 heures, salles Barth, Andral et Axenfeld ; maladies des femmes, vendredi, 9 heures, salle Barth.

Necker. — M. le Dr Rendu, leçons cliniques, jeudi 10 heures, amphithéâtre. — M. le Dr Henri Huchard, clinique et thérapeutique, mardi, 9 h., pavillon de la salle Delpech. — M. le Dr Cuffer, conférences de microbiologie, anatomie pathologique et urologie, lundi, 9 h. 1/2, pavillon Péter ; leçons de pathologie clinique, mardi, 10 h. 1/2, pavillon Péter ; leçons cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, lit des malades. — M. le Dr Barth, conférences de séméiotique élémentaire, mercredi, samedi, 9 h. 1/2, amphithéâtre ; clinique et thérapeutique, lundi, mardi, jeudi, vendredi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr Routier, leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires, mardi, 9 heures, amphithéâtre, à partir du 1er juin.

Cochin. — M. le Dr Chauffard, conférences de clinique médicale médicale, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, lit des malades. — M. Dr Delpech, leçons cliniques, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, lit des malades. — M. le Dr Schwartz, conférences de clinique chirurgicale, mercredi, 10 h. 1/2. — Quénu, clinique chirurgicale et opérations, tous les jours, 9 heures, lit des malades.

Beaujon. — M. le Dr Fernet, conférences cliniques, dimanche, 9 h. 1/2, amphithéâtre. — M. le Dr Rigal (suppléé par M. le Dr Florand), conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, lit des malades. — M. le Dr Troisier, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, lit des malades. — M. le Dr Debove, conférences cliniques, lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi, 9 h. 1/2, lit des malades. — M. le Dr Théophile Anger (Dr Lejars, assistant), clinique chirurgicale, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, amphithéâtre ; opérations de gynécologie, mardi, jeudi, 9 heures, pavillon Dolbeau — M. le Dr Championnière, clinique chirurgicale, mardi, 9 heures, amphithéâtre ; opérations abdominales, vendredi, 9 heures, pavillon Dolbeau. — M. le Dr Ribemont-Dessaignes, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, lit des malades. — M. le Dr Launois, conférences cliniques, jeudi, 9 h. 1/2, salle de la consultation.

Lariboisière. — M. le Dr Duguet, clinique médicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — M. le Dr Gouguenheim, clinique médicale, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, au lit des malades ; maladies du larynx et du nez (leçons théoriques), dimanche, 9 heures, salle Aran ; consultations des maladies du larynx et du nez, conférences cliniques, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, salle du larynx. — M. le Dr Landrieux, clinique médicale, samedi, au lit des malades ; consultation externe de gynécologie, jeudi, 9 heures, salle de gynécologie — M. le Dr Dreyfus-Brisac, conférences de pathologie clinique, mardi, 9 h. 1/4, amphithéâtre. — M. le Dr Tapret, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr Muselier, clinique médicale, tons les jours, 9 heures, au lit des malades. — M. le Dr Delens, maladies des yeux. Examen ophtalmoscopique, tous les jours, 9 heures, salle de l'ophthalmologie. — M. le Dr Peyrot, clinique chirurgicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — M. le Dr Paul Reynier, clinique chirurgicale, samedi, 10 heures, amphithéâtre Gosselin ; tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — M. le Dr Maygrier, clinique obstétricale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades.

Tenon — M. le Dr Brault, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr Bourcy, leçons clini, ques, mercredi, 10 h. 1/2, salle Lelong, tous les jours, 9 h. 1/2 au lit des malades. — M. le Dr Le Gendre, leçons de clinique et de thérapeutique, lundi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades, — M. le Dr Béclère, clinique médicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades, vendredi, 10 h. 1/2, salle Pidoux. — M. le Dr Giraudeau, leçons cliniques, jeudi, 9 heures, salle Axenfeld. — M le Dr Felizet, chirurgie infantile, tous les jours excepté le jeudi, au lit des malades. — M. le Dr Gerard-Marchant, clinique chirurgicale, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr Bazy, maladies des voies urinaires, consultation externe et examen des malades, mardi, samedi, 9 heures.

© BIU Santé

Laënnec. — M. le Dr LANDOUZY, séméiotique clinique et thérapeutique médicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; conférences de séméiotique, mardi, jeudi, 10 heures, Amphithéâtre. — M. le Dr MERKLEN, conférences de séméiotique, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades; leçons cliniques, mercredi, 10 h. 1/2, Amphithéâtre; conférences de bactériologie, lundi, 10 h. 1/2, amphithéâtre. — M. le Dr BARIÉ, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — M. le Dr HIRTZ, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; conférences de séméiotique et de thérapeutique, vendredi, 10 heures, Amphithéâtre. — M. le Dr RECLUS, thérapeutique chirurgicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; samedi, 9 h. 1/2, Amphithéâtre.

Broussais. — M. le Dr GILBERT, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, 10 heures, au lit des malades. — M. le Dr ŒTTINGER, conférences de clinique et de séméiotique, mardi, jeudi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr MICHAUX, clinique, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, au lit des malades; clinique chirurgicale et opérations, lundi, vendredi, 9 heures, salle d'opérations.

Saint-Louis. — M. le Dr HALLOPEAU, dermatologie et syphiligraphie (leçons cliniques), dimanche, 9 heures, salle des conférences du musée, janvier, février, mars et avril 1897; consultation clinique externe, lundi, 9 heures, 38, rue Bichat; jeudi, 1 heure, 38, rue Bichat. Examen des nouveaux malades et conférence clinique, mardi, 10 heures, laboratoire Bazin; visite générale, mercredi, vendredi, 9 heures, salles; traitement des teignes, samedi, 9 heures, salles. — M. le Dr TENNESON, consultation externe, mardi, 9 heures, 38, rue Bichat; examen des nouveaux malades, mercredi, 9 heures, laboratoire Alibert; opérations dermatologiques, vendredi, 9 heures, laboratoire Alibert. — M. le Dr DU CASTEL, conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi, 2 heures, salle des conférences; traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, 9 h. 1/2, laboratoire Cazenave; examen et discussion des nouveaux malades; policlinique, jeudi, 9 heures, salle Cazenave. — M. le Dr MARCHAND, clinique chirurgicale et opérations, samedi, 10 heures. — M. le Dr RICHELOT, conférences cliniques, lundi et vendredi, 9 heures; opérations gynécologiques, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. — M. le Dr NÉLATON, clinique chirurgicale et opérations, mercredi, vendredi, 9 heures. — M. le Dr BAR, examen des malades, tous les jours, 9 heures, salle Paul Dubois.

Ricord. — M. le Dr MAURIAC, syphilis et maladies vénériennes (clinique et thérapeutique), samedi, 9 h. 1/2, musée, à partir d'avril.

Broca. — M. le Dr DE BEURMANN. Leçons sur les affections cutanées et syphilitiques, mardi, 9 h. 1/2, salles; consultation et examen clinique des malades, mardi, jeudi, samedi, 10 h. 1/2, salle de la consultation, lundi, mercredi, vendredi, 10 h. salles. — M. le Dr BROCQ Examen clinique des malades atteintes d'affections cutanées, lundi, mercredi, vendredi, 8 h. 1/4, salle de la consultation; Conférences sur le traitement des maladies de la peau, mercredi, 8 h. 1/4, salle Vidal. — M. le Dr POZZI. Clinique gynécologique, lundi, vendredi, 10 heures, amphithéâtre du service. A partir d'avril 1897.

Enfants-Malades. — M. le Dr DESCROIZILLES, maladies infantiles, samedi, 9 heures, salle de consultation; mercredi, 9 h. 1/2, amphithéâtre ou salle Blache. — M. le Dr D'HEILLY, leçons cliniques, mardi, lit des malades. — M. le Dr MOIZARD, leçons cliniques, mercredi, samedi, lit des malades. — M. le Dr COMBY, leçon de thérapeutique clinique, mardi, 9 heures, salle de consultation; leçons cliniques, mercredi, 9 heures, salle de Chaumont. — M. le Dr BRUN, chirurgie infantile et orthopédie, tous les jours, lit des malades.

Trousseau. — M. le Dr JOSIAS, clinique infantile, mardi, vendredi, 9 heures, salles Blache et Barrier. — M. le Dr NETTER, clinique infantile, tous les jours, 9 h. 1/2, salle Bouvier. — M. le Dr VARIOT, clinique infantile, tous les jours, de 9 à 11 heures, salle Lugol. — M. le Dr RICHARDIÈRE, clinique infantile, tous les jours, 10 heures, pavillon Bretonneau. — M. le Dr LANNELONGUE (Dr Broca, assistant), conférences cliniques, mercredi, 9 h. 1/2, salle Giraldès; dimanche, 9 heures, salle d'opérations, conférences faites par le Dr Broca.

Enfants-Assistés. — M. le Dr KIRMISSON, leçons cliniques sur les difformités des membres, lundi, vendredi, 9 heures, couloir du bâtiment central, semestre d'hiver 1897-1898.

Salpétrière. — M. le Dr DÉJERINE, maladie du système nerveux, jeudi, 5 heures, salle de la consultation externe; Consultation externe-policlinique nerveuse, mercredi, 9 h. 1/2, salle de la consultation externe. — M. le Dr Jules VOISIN (voir p. 327). — Maladies mentales et nerveuses, jeudi, 10 heures, section Esquirol.

La Rochefoucauld. — M. le Dr DARIER, maladies de la peau. Conférences théoriques et pratiques, lundi, mercredi, vendredi, 8 heures, salle de la consultation externe.

Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la Diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le cours pratique sur tout ce qui concerne la *Clinique de la diphtérie* vient de recommencer sous la direction de M. le Dr SEVESTRE. Les élèves par séries de vingt viendront, pendant un mois chaque matin, se joindre à la visite des malades. Ils écouteront l'enseignement du maître. Après quoi on les exercera individuellement à la *technique microscopique* et aux pratiques du *tubage* et de la *trachéotomie*. Le tubage, qui doit entrer maintenant dans la pratique courante, est d'abord appris sur un mannequin ou sur un cadavre. Après quoi les élèves peuvent tuber sur les enfants qui en présentent la nécessité alors qu'ils sont à l'hôpital. Un chef de laboratoire surveille les manœuvres microscopiques et donne les éléments nécessaires pour faciliter le diagnostic bactériologique de la maladie.

Sessions d'Examens pour le Diplôme de Chirurgien-Dentiste.

Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, deux sessions d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvriront à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris pendant l'année scolaire 1897-1898; savoir : la première, le 8 novembre 1897; la deuxième, le 31 mai 1898.

I. — *Conditions d'admission.* — Sont seuls admis à se présenter à ces sessions : 1° Pour les trois examens, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des écoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893; 2° pour les deux derniers examens, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889; 3° pour le deuxième examen, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893.

II. — *Pièces à produire.* — Les candidats produiront les pièces suivantes : Un extrait authentique de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce; un extrait de leur casier judiciaire; et, suivant le cas : un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ou antérieurement au 1er janvier 1889; un certificat constatant qu'ils sont français; le diplôme qu'ils ont obtenu devant une école d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893; à ces pièces, les candidats élèves des écoles dentaires visés au paragraphe Ier de cette affiche devront joindre : 1° soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures, dans les conditions prescrites par les circulaires des 3 mai et 27 novembre 1895; 2° un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des écoles dentaires, des études complètes et régulières. A ce certificat sera joint un extrait des registres de l'école indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions, etc.; 3° un certificat individuel délivré par M. le directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certifiant justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.

III. — *Consignations.* — Les consignations seront reçues, au secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, aux dates ci-après désignées, savoir : 1° *Première session* : 1er examen, les 25 et 26 octobre 1897; 2e examen, les 22 et 23 novembre 1897; 3e examen, les 20 et 21 décembre 1897; 2° *Deuxième session* : 1er examen, les 16 et 17 mai 1898; 2e examen, les 6 et 7 juin 1898; 3e examen, les 27 et 28 juin 1898. Les candidats consigneront les droits d'examen de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894 (30 francs pour chaque examen, 20 francs, pour chaque certificat d'aptitude, et 100 francs pour le diplôme). Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

IV. — *Dates des examens.* — Les examens auront lieu aux dates ci-après désignées, savoir : 1° *Première session* : 1er examen, du 8 au 20 novembre 1897; 2e examen, du 6 au 18 décembre 1897; 3e examen, du 10 au 22 janvier 1898; 2° *deuxième session* : 1er examen, du 31 mai au 4 juin 1898; 2e examen, du 20 au 25 juin 1898; 3e examen, du 11 au 23 juillet 1898.

© BIU Santé

Faculté de Médecine de Paris.

Commission des Prix.

Prix Barbier. — MM. Guyon, Gariel, Le Dentu, Tillaux, Terrier (Berger, suppléant).

Prix Jeunesse (Histologie). — MM. Laboulbène, Duval, Cornil, Landouzy, Blanchard (Debove, suppléant).

Prix Jeunesse (Hygiène). — MM. Brouardel, Potain, Proust, Raymond, Hutinel (Pouchet, suppléant).

Prix Saintour. — MM. Brouardel, Bouchard, Fournier, Dieulafoy, Landouzy (Hayem, suppléant).

Prix Béhier. — MM. Potain, Jaccoud, Bouchard, Joffroy, Raymond (Fournier, suppléant).

Prix de thèses. — MM. Brouardel, Guyon, Fournier, Proust, Hayem, Gautier, Duval, Pinard, Debove, Terrier, Berger, Hutinel (Landouzy, suppléant).

Prix Chateauvillard. — MM. Brouardel, Laboulbène, Pinard, Le Dentu, Joffroy (Hutinel, suppléant).

Prix Corvisart. — MM. Jaccoud, Laboulbène, Hayem, Dieulafoy, Chantemesse (Joffroy, suppléant).

Ouverture de Cours (suite).

Conférences d'obstétrique. — M. BONNAIRE, agrégé, a commencé ces conférences le vendredi 5 novembre 1897, à 6 heures (grand Amphithéâtre de la Faculté); il les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie interne. — M. MÉNÉTRIER, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 12 novembre 1897, à 6 heures (petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Conférences de pathologie générale élémentaire (propédeutique).—M. ROGER, agr., commencera ces conf. le jeudi 11 nov. 1897, à 5 h. (petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis, jeudis à la même heure. Elles sont spécialement destinées aux étudiants de première année (nouveau régime).

Arrêté portant ouverture d'un Concours pour l'obtention des Bourses de Doctorat en Médecine.

Article premier. — 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 25 octobre 1897.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 16 octobre, à 4 heures.

Art. 3. — En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consisteront en compositions écrites.

Art. 4. — Sont admis à concourir : A. Régime du 31 juillet 1893. 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, angiologie); 2° les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note bien le premier examen probatoire. L'épreuve consiste: 1° En une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ; 2° en une composition d'histologie. B. Régime du 20 juin 1878. 1° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note bien le premier examen probatoire, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. Les épreuves sont : a) Une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie); *b*) une composition d'histologie; 2° les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note bien la premiere partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie, anatomie des régions); *b*) une composition d'histologie et de physiologie; 3° les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note bien la deuxième partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) Une composition de médecine; *b*) une composition de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5. — Les candidats qui justifient de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

Arrêté portant ouverture d'un Concours pour l'obtention des Bourses de Pharmaciens de première classe.

Article premier. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacien de première classe aura lieu au siège des écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de pharmacie le lundi 25 octobre 1897.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 16 octobre, à 4 heures.

Art. 3.— 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 1re et de 2e année et l'examen semestriel ; 2° les pharmaciens de première classe aspirant au diplôme supérieure.

Art. 4. — En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites portant sur les matières énumérées dans le programme suivant : Candidats au grade de pharmacien de première classe. Elèves à quatre inscriptions: 1° Physique et chimie ; 2° botanique. Elèves à huit inscriptions : 1° Chimie organique; 2° Matière médicale et pharmacie. Elève à douze inscriptions : 1° Pharmacie galénique; 2° chimie analytique et toxicologie. Candidats au diplôme supérieur. Section des sciences physico-chimiques : 1° Physique ; 2° chimie. Section des sciences naturelles : 1° Botanique; 2° zoologie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5. — Les candidats pourvus du grade de bachelier de l'enseignement secondaire classique ou de bachelier ès-lettres, ou de bachelier ès-sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la mention bien, peuvent obtenir sans concours une bourse de première année.

VARIA

Les « Nations » d'Etudiants en Suède.

En parcourant les rues de la petite ville d'Upsal qui a vingt mille âmes, dit *le Temps*, on est très frappé de l'aspect caractéristique de certaines maisons, dont quelques-unes ressemblent à de petits palais. Et chaque fois que l'on interroge son guide sur l'une d'elle : « C'est une nation, » répond-il, nation du Nordland, nation d'Ostrogothie, nation de Westrogothie, nation de Gœteborg, etc. Il y en a treize ainsi, correspondant aux treize provinces qui composent le royaume de Suède. Les étudiants se trouvent ainsi groupés en associations provinciales. Ces associations ont un caractère universitaire officiel. En se faisant immatriculer à l'Université, chaque étudiant suédois est tenu de se faire inscrire à sa « nation », c'est-à-dire de faire corps avec ceux de sa province. Il n'y a point d'*heimatlos*, point d'isolés ou de sauvages. D'ailleurs, les avantages qu'il trouve dans cette association provinciale sont tels qu'il aime sa nation comme sa patrie locale et sa maison, et il suffit, en effet, de visiter un de ces petits palais pour comprendre ce sentiment d'affection et d'orgueil. Celle de Nordland, qui compte de trois à quatre cents membres, est une construction à deux étages avec colonnades sur le devant, au rez-de-chaussée et belle terrasse au 1er étage. Elle a coûté cent vingt mille couronnes, c'est-à-dire près de deux cent mille francs. Au rez-de-chaussée, autour d'un large portique, salle de jeux, d'escrime, de gymnastique, de bain, etc. Un escalier monumental mène au 1er étage où se trouve une grande salle de fête pour concerts, bals, conférences; derrière, un salon Louis XVI, d'une véritable distinction, où la corporation reçoit ses invités de choix; puis une salle de lecture, une bibliothèque et une autre grande salle, fumoir ou salle de conversation, etc. Il y a des maisons encore plus luxueuses, comme celle de la nation de Gœteborg; mais il en est aussi de beaucoup plus modestes. Le mécanisme de cette organisation laisse bien loin derrière elle les *Corps* et les Burschenschaften des Universités allemandes. Ce sont de vrais clubs de gentlemen anglais ou américains !

Affaire Laporte (Appel).

M. le Dr Laporte se trouvait ces jours-ci dans un tel état d'abattement et de fatigue qu'il n'a pu se rendre au Palais, pour y signer son appel ; mais cette formalité est désormais remplie et il est absolument décidé à aller devant la Cour. M. Laporte a écrit au *Temps* la lettre ci-dessous :

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez publié une lettre par laquelle je semblais refuser les souscriptions ouvertes à mon occasion. Il n'en est rien. Primitivement j'avais mal compris la nature et l'esprit de ces souscriptions et, sur le conseil de ma mère, j'avais écrit aux journaux pour faire savoir que ma situation n'était pas absolument désespérée et que, sans avoir recours à une souscription publique, je pourrais vivre le quelque temps nécessaire pour attendre d'avoir trouvé une position me permettant de subvenir à mes besoins. Mais mes confrères m'ont fait comprendre que, si j'enrayais ce courant, je me priverais de ressources précieuses, tout en mécontentant mes bienfaiteurs, qui ne regardaient leurs souscriptions que comme un témoignage de sympathie en ma faveur : alors j'ai écrit une nouvelle lettre pour annuler la première. Mais comme je vois que

© BIU Santé

celle-ci prime encore dans l'esprit du public, je vous prie de vouloir bien publier cette nouvelle lettre, par laquelle je remercie mes confrères en acceptant leur généreuse initiative et en exprimant mes sentiments de reconnaissance envers tous ceux qui contribuent aux souscriptions ouvertes en ma faveur et auxquelles je ne m'oppose nullement aujourd'hui. Veuillez agréer, etc.

Dr LAPORTE.

Les Médecins dans les Duels.

On se souvient que, dans un récent duel, un différend s'éleva entre les médecins des adversaires (dont l'un venait d'être légèrement blessé), sur la question de savoir si le combat devait être, ou non, continué. Il continua, conformément à l'avis d'un des médecins, dont le client, finalement, l'emporta.

L'attitude de ce médecin fut-elle correcte, et les témoins des deux adversaires n'encouraient-ils pas, dans cette circonstance, une grave responsabilité? M. L. Perrée, du *Journal des Sports*, a procédé sur ce sujet à une enquête auprès de quelques hommes d'épée. L'opinion de notre excellent confrère Tavernier est intéressante à noter.

La blessure reçue par M. R... le mettait-elle dans le cas prévu par le procès verbal? Un médecin a dit oui, l'autre non. Les témoins ont dû être embarrassés. Ils ont décidé, après délibération, que le combat serait continué. J'estime qu'ils ont bien fait, si leur sentiment était conforme à celui du médecin, affirmant « sous sa pleine responsabilité » que le blessé était parfaiment en état de continuer le combat, ledit blessé ayant, d'ailleurs — chose indispensable — été consulté et ayant donné son avis conforme. N'oublions pas, en effet, que celui-ci est le seul qui puisse affirmer d'une façon *absolue* que la blessure ne le gêne nullement pour continuer la lutte. Il est vrai que l'amour-propre peut le pousser à surmonter la douleur, pour tâcher de reprendre une revanche possible. Aussi, n'est-ce, bien entendu, qu'en cas de désaccord entre les deux médecins, que l'opinion personnelle du blessé peut et doit influencer les témoins et les décider à reprendre le duel. Souvenons-nous d'ailleurs que les médecins, guidés par un sentiment humanitaire, et aussi par le sentiment de leur responsabilité, ont plutôt une tendance à exagérer la gravité de la blessure reçue.

M. Tavernier estime toutefois que, si le médecin dont l'avis n'a pas été suivi, a le droit de dégager sa responsabilité sur les suites de la rencontre, son devoir est de demeurer à portée des combattants, prêt à assister son client, en cas de besoin. Il y a là une question d'humanité, qui doit primer le point d'honneur professionnel. Notre confrère ajoute :

Toutes les précautions indiquées plus haut étant prises, la responsabilité des témoins et du médecin partisan de la continuation de la lutte, au cas où l'un des adversaires, et particulièrement l'adversaire déjà blessé, le serait grièvement, ne serait ni plus ni moins grande que si le combat avait eu immédiatement une issue funeste. Il va sans dire que je parle d'une responsabilité morale, de celle qu'on assume devant sa propre conscience et devant celle des honnêtes gens.

Les Ambulances municipales.

Le Conseil municipal va être invité par le Préfet de la Seine à procéder au renouvellement pour trois années, à compter du 1er janvier 1898, de l'adjudication en trois lots des transports nécessaires aux ambulances et étuves de la Ville de Paris, ainsi qu'aux divers services de la Préfecture de la Seine.

Le premier lot comprend les transports pour les *Ambulances municipales et urbaines*. Le deuxième concerne le service municipal de désinfection. Le troisième lot est relatif aux transports pour les divers services municipaux et départementaux et les divers établissements scolaires de la Ville de Paris.

Ces trois lots pourront être adjugés à la même personne ; mais l'administration se réserve le droit, en ce qui concerne le premier lot et en raison des *conditions spéciales* qu'il présente (*Service extra-rapide*), de n'admettre que les soumissionnaires qu'elle jugera aptes à assurer ce service.

Le cautionnement serait de 4.000 francs pour le premier lot, de 3.000 francs pour le second et de 1.000 francs pour le dernier.

L'entreprise dont il s'agit peut être évaluée approximativement, ainsi qu'il suit : Pour le premier lot, 100.000 francs par an ; pour le deuxième lot, 80.000 francs par an ; pour le troisième lot, 10.000 francs par an. Les prix de base sont les suivants :

Premier lot.

1° Pour la conduite des voitures : par voiture en service de jour, 7 fr.; par voiture en service de 24 heures, 14 fr. 2° Pour les chevaux : par cheval et par 24 heures, 9 fr.

Deuxième lot.

1° Pour la conduite des voitures : par voiture en service de jour, 6 fr. ; par voiture en service de 24 heures, 12 fr. 2° Pour les chevaux : par cheval et par 24 heures, 7 fr.

Troisième lot.

1° Journée de 7 heures du matin à 7 heures du soir : 1 voiture à 1 cheval avec conduite, 15 fr.; 1 voiture à 2 chevaux avec conduite, 24 fr. 2° Demi-journée de 6 heures du matin au soir (au gré de l'administration) : 1 voiture à 1 cheval avec conduite, 9 fr.; 1 voiture à 2 chevaux avec conduite, 15 fr. 3° Pour chaque heure supplémentaire après 7 heures par cheval, 1 fr. 50.

La Boulangerie de l'Assistance publique de Paris.

La maison Scipion-Sardini appartient depuis 1849 à l'Assistance publique, qui y a organisé une manutention et une minoterie mues à la vapeur. Depuis cette époque, elle fournit le pain pour les hôpitaux et tous les services qui dépendent de l'Assistance et elle est certainement, par la quantité journalière qu'elle livre, la plus importante boulangerie du monde. La maison Scipion, comme on l'appelle tout court, est située rue du Fer-à-Moulin, petite rue des environs du Jardin des Plantes, tout près de l'avenue des Gobelins. C'est une vieille demeure seigneuriale de la fin du seizième siècle qu'un Italien, venu dans la suite de Catherine de Médicis et qui s'enrichit prodigieusement grâce à la protection royale, s'était fait construire, hors de l'enceinte de la ville.

Cette maison de traitant est entrée de bonne heure dans le système hospitalier de Paris. Elle devint dès 1612 un dépôt de mendicité ; dix ans plus tard on la consacra aux vieillards infirmes ; en 1636, on y installa des pestiférés ; en 1656, Louis XIV l'adjoint comme boulangerie à l'hôpital général, ce qui n'empêche pas qu'en 1663 on y donne asile à des femmes indigentes et à des filles-mères ; en 1675, on rend rend l'hôtel Sardini à sa destination précédente en y ajoutant un abattoir et une fabrique de chandelles ; en 1801, on le réunit à l'administration des hôpitaux et hospices civils ; enfin en 1849, il subit son dernier avatar. L'édifice a perdu son caractère d'unité, car on l'a entouré de constructions, élevées sur les jardins pour les nécessités du service ; mais ce qui en reste est un curieux spécimen de l'architecture de la Renaissance prise à ce moment où la brique va remplacer la pierre de taille et où l'ornementation fait prévoir le style Louis XIII. Dans la cour, une aile tout en brique d'un rouge foncé est portée sur six arcardes surbaissées, entre lesquelles des pendentifs et quatre médaillons en pierre sculptée représentent des têtes d'un certain caractère.

La meunerie n'existe que depuis 1856. L'administration achetait avant cette époque des farines. La boulangerie proprement dite est installée au rez-de-chaussée ; l'hélice des pétrins mécaniques tourne nuit et jour et des bouches enflammées des fours sortent de 20 à 25.000 kilos de pain nécessaires à la consommation de chaque jour. A côté de la boulangerie s'ouvre une vaste pièce qui sert de paneterie. C'est à l'hôpital Scipion qu'on a fait une expérience concluante sur la conservation du blé ; on construisit, il y a quelques années, cinq silos de grandes dimensions, en pièces de fer boulonnées ; on y fait le vide et deux fois par an on change d'azote. Ces silos renferment chacun 600 hectolitres de blé ; le grain qui s'en écoule quand on ouvre le judas de prise est irréprochable. On emploie encore un système de mouture et un mode de séparation fort ingénieux, qui permettent de recueillir cette partie du grain, dure et résistante, particulièrement riche en azote, où se produit la germination, et qui, autrefois, restait adhérente au son et disparaissait sans être utilisée. Grâce à cette adjonction, le pain de l'Assistance publique acquiert des qualités nutritives très grandes. En somme, cet établissement est une véritable usine modèle, où tous les perfectionnements annoncés par les découvertes industrielles trouvent largement leur application. Il est appelé à rendre surtout dans les jours de crise, les plus précieux services, et un conseiller municipal, qui voit aujourd'hui Paris sous la menace des anciennes famines qui décimèrent la capitale, a pu proposer que 20.000 rations de pain à distribuer gratuitement aux nécessiteux, et 10.000 à donner à une société privée, fussent fabriquées, en supplément, par la boulangerie Scipion.

© BIU Santé

Les Hôpitaux et les fonds du pari mutuel pour 1898.

Le rapport de M. Lavertujon sur le budget de l'agriculture contient, en annexe, l'état des subventions accordées l'an dernier sur les fonds du pari mutuel. Le total des fonds distribués s'est élevé à 7 millions 584.944 francs. Les principales subventions sont : 125.000 fr. mis à la disposition du Ministère de l'Instruction publique pour être répartis entre divers établissements scientifiques pour la recherche des moyens préservatifs et curatifs des maladies virulentes, notamment de la tuberculose. 150 000 francs pour la reconstruction de l'hôpital de Digne. 150.000 francs pour la reconstruction de l'hospice des vieillards à Châteaudun. 50.000fr. pour l'agrandissement du sanatorium d'Arcachon. 80.000 francs pour l'hôpital marin de Pen-Brou. 400.000 francs pour la reconstruction de l'hospice Saint-Julien à Nancy. 400.000 francs pour les hospices de Lorient. 200.000 francs pour l'hôpital de la Charité-sur-Loire. 80.000 francs pour la construction d'un immeuble où auraient lieu à Constantinople les réunions des sociétés françaises de bienfaisance. 100.000 francs pour l'agrandissement de l'hôpial de la Roche-sur-Yon. 387.000 francs pour diverses œuvres ou établissements de la Seine.

Accidents alimentaires.

Parmi les accidents alimentaires les plus récents, rappelons les terribles épidémies de Quéant, de Souchez et d'Abbeville, remarquablement décrites par MM. les médecins-majors E. Darde et P. Viger. Un cas type, moins connu, mais aussi grave, a été communiqué par un médecin distingué de Givet, M. le Dr Beugnies. En 1885, un boucher de campagne annonce un beau jour, dans plusieurs villages des environs de La Capelle (Aine), du veau *superbe* à 25 centimes la livre. Le lendemain, une vingtaine de personnes se trouvent incommodées après avoir mangé de cet animal et présentent toutes des symptômes identiques (accidents gastro-intestinaux étranges), qu'elles attribuent sans hésitation à la viande de veau. Trois des malades succombent quelques jours après.

On ne tarda pas à avoir l'explication de cette mystérieuse épidémie; on apprit, entre temps, que le boucher avait une pustule charbonneuse à la main. Bientôt, le porteur de cette lésion significative dut avouer qu'il s'était infecté, en dépouillant son *superbe* veau, et qu'il avait acheté à vil prix cet animal atteint du charbon. D'après son médecin, M. le Dr Menesson, le boucher fut en grave danger de mort et resta plus d'un an malade. Après une longue enquête, il fut condamné par le tribunal correctionnel de Vervins à un an de prison, plus à une amende et à des dommages-intérêts s'élevant à 10.000 fr. environ. Il ne fut pas emprisonné parce qu'il était infirme et il ne paya rien parce qu'il était insolvable.

Un « Guérisseur » fin de siècle en Vendée.

Un pauvre hère, répondant au nom de Ragot (Louis-Victor), dit de Lebourg de Comte, âgé de 36 ans, vient de faire à la Chaume et aux environs des Sables de nombreuses dupes. Ce singulier individu se disait inspiré de Dieu et avait l'audacieuse prétention de guérir tous les maux. Le quartier général de Ragot était situé à Chaume (Vendée), dans une petite chambre appartenant aux époux Souriceau du Village-Neuf. Il a d'abord commencé par traiter la femme Souriceau dont la naïveté est amusante : « J'avais un violent mal de tête, a-t-elle raconté à la gendarmerie, lorsque mon logeur promit de me guérir. Il me fit asseoir sur une chaise, me mit la main droite sur une étoile qu'il avait, disait-il du moins, sur la poitrine. D'une main il me toucha le front tandis que de l'autre il tenait un crucifix. Après avoir récité à voix basse, « Notre Père, je vous salue Marie et je crois en Dieu », Ragot me toucha les joues et la tête; une demi-heure après mon tournement de tête avait disparu; pour moi cet homme, qui a une croix très apparente sur son poignet droit, tient du bon Dieu! » Qu'on ne jette pas la pierre à cette excellente femme! Elle n'est pas la seule qui se soit laissé prendre et des personnes occupant aux Sables une *importante situation* ont aussi donné dans le piège. Tous les jours, une foule nombreuse arrivait au domicile du *grand médecin;* ainsi l'appelait-on à la campagne. Parfois Ragot se rendait chez les malades. C'est ainsi qu'il fit la connaissance aux Sables, dernièrement, d'une jeune étrangère, d'une très bonne famille. Cette dame, âgée de 22 ans, rentière, vient chaque année prendre des bains aux Sables. Ayant entendu parler des exploits du « grand médecin », elle lui montra son enfant âgé de 3 ans, qui n'avait aucun appétit. Après les simagrées habituelles faites par Ragot, l'enfant, paraît-il, mangea bien. Alors se passa une chose extraordinaire. Le guérisseur prit un tel ascendant sur cette jeune dame, qu'il la contraignit de le suivre dans ses tournées à la campagne. L'étrangère consentit à accompagner Ragot et chaque jour le couple opérait à Luçon, à Talmont, à Jard, etc. A l'issue de chaque opération, la jeune dame faisait la quête pour les pauvres du « grand médecin ». Disons en passant que les remèdes prescrits par Ragot à ses malades consistaient invariablement en tisane de bourgeons de sapin (!) et de mousse perlée (!!). Ajoutons également que, dans la circonstance, la jeune étrangère, dont le mari est décédé, et qui est, nous le répétons, d'une des plus honorables famille de N..., était de bonne foi et qu'à l'heure actuelle elle regrette amèrement ce qui s'est passé. Le « grand médecin » continuerait certainement aujourd'hui encore son lucratif métier si la gendarmerie n'y avait mis un terme. Interrogé par les agents de l'autorité, Ragot a fait les aveux les plus complets. « Je n'ai aucun titre nobiliaire, a-t-il déclaré; la « croix que j'ai sur le côté gauche est le résultat d'une coupure; « je n'ai pas d'étoile sur le corps et je reconnais n'avoir aucun « pouvoir pour guérir les malades; je me nomme Ragot tout « court. » Ragot a été mis en liberté; mais il comparaîtra sous peu à l'audience pour exercice illégal de la médecine. Détails curieux! Aux environ de Luçon, Ragot, qui n'est connu que sous le titre de « grand médecin », passe pour être un comte très riche; ses guérisons seraient aussi nombreuses que merveilleuses. On cite, entre autres cas, deux jeunes filles de Saint-Hilaire-de-Talmont qui avaient complètement perdu l'usage de leurs membres, radicalement guéries par Ragot. On raconte également, là-bas, qu'un jour aux Sables, sur un simple geste, le « grand médecin » aurait fait revenir à la surface de l'eau le cadavre d'un jeune homme noyé dernièrement.

Les médicaments en 1708.

M. Georges de Dubor a découvert au département des manuscrits de la Bibliothèque nationale d'amusants documents inédits, qu'il publie dans la *Nouvelle Revue*. Il s'agit du mémoire des *médicaments* fournis au jour le jour, de septembre 1708 à mars 1709, à Son Altesse Henri-Jules de Bourbon, prince de Condé (fils du vainqueur de Rocroy), par le sieur Biet, premier apothicaire du corps du roy. Le premier apothicaire ajoutait aux ordonnances de savoureuses annotations, qui eussent fait la joie de Molière. En voici quelques échantillons.

Du 22 novembre 1708 : « Quatre bouteilles de tisane de corne de cerf; y ajouter le chiendent, de l'ordre de M. Helvétius; plus une pinte de tisane fait avec les coings, le sucre candi et la cannelle selon l'ordonnance de M. Helvétius. » (1).

Du 8 décembre suivant ; « Un pot d'opiat cordial et astringent composé avec le mastic en larmes, le corail rouge préparé, le sang le dragon en larmes, la pierre hématite préparée de la conserve de racines de grandes consoudes et le sirop de diaquod (*sic*), selon d'ordonnance de MM. les médecins » (2).

Malgré le mastic en larmes, le sang de dragon en larmes et autres médicaments aussi peu joyeux, la santé du prince, ajoute M. de Dubor, s'aggravait rapidement; les tisanes et les clystères adoucissants sont donnés avec une prodigalité qui eût réjoui maître Purgon; mais ils n'ont pas plus de succès et nous touchons à la dernière phase de la maladie. M. Biet continue à tenir un compte régulier de tous les médicaments adressés au malheureux prince :

15 mars. — « Son clystère réitéré avec l'huile d'œuf, plus pour Mgr le prince, sa tisane réitérée (de corne de cerf); plus son eau de pavot réitérée; du même jour, un clystère adoucissant fait avec un jaune d'œuf au lieu d'huile, selon l'ordonnance de M. Helvétius, plus un pot de confection d'hyacinthe de deux onces. » (Avec en note : pour fortifier le cœur et réparer les forces épuisées). — 16 mars. — « Un pot d'opiat composé avec la conserve de Kinnorhodon, le corail rouge préparé et la confection d'hyacinthe selon l'ordonnance de MM. Finot, Hecquet et Morel (pour arrêter le dévoiement et fortifier), plus une once d'eau alumineuse (pour resserrer et nettoyer), plus son clystère avec le jaune d'œuf réitéré selon l'ordonnance, plus, pour Mgr le prince, son eau de pavot réitérée : dudit jour sa tisane de corne de cerf réitérée. »

Au bout de six mois de clystères et de tisanes, l'infortuné prince finit par succomber. Les médecins firent son autopsie; et M. de Dubor a retrouvé aussi leur procès-verbal :

On a d'abord ouvert la poitrine et on a trouvé le poumon gauche adhérent de toute sa substance à la plèvre, dont on a eu peine de le séparer, laquelle substance du poumon nous a paru un peu flétrie, d'une tissure flasque et de couleur livide; le poumon droit, le cœur et tout le reste de la poitrine étaient en bon état. On a passé ensuite à l'examen du cerveau dans lequel on n'a rien retrouvé

(1) Annotation : « Propre pour fortifier l'estomac, réjouir le cœur (?), resserrer le ventre fortement. La cannelle bonne pour réveiller les esprits languissants (??) »

(2) Annotation : « Bon pour réparer les forces, pour arrêter le crachement de sang, le dévoiement et faire dormir. »

© BIU Santé

que de fort naturel. Dans le bas ventre, nous n'avons découvert autre chose que la vésicule du fiel remplie de bile d'une teinture extraordinairement foncée et tirant sur le noir ; l'estomac, les intestins, le foie, la rate, le pancréas, les reins et la vessie exempts de vice et de toute apparence d'abcès, de même que l'épiploon et le mésentère. D'où il suit que les causes de cette maladie n'ont été autres que le vice et l'âcreté des liqueurs qui avaient réduit le corps à l'extrême maigreur et consomption où il était. FINOT, HECQUET, PÉPIN, MOREL, PIQUELÉE, ROYER. »

La conclusion de ce procès-verbal n'est-elle pas un chef-d'œuvre ? — M. de Dubor, qui est un modèle d'impartialité, fait remarquer que les médecins, sous Louis XIV, était assez maigrement payés. Cela n'a pas changé beaucoup depuis.

Une mission scientifique en Malaisie.

M. Raoul, pharmacien de 1re classe de la marine, est de retour. Il avait été chargé par le Gouvernement d'aller chercher en Malaisie les plantes qui pourraient fournir de nouvelles matières premières au commerce et à l'industrie. La mission qu'il dirigeait a pu pénétrer dans des forêts encore inexplorées en Malaisie et elle rapporte, dans de petites caisses vitrées, des plantes précieuses destinées aux colonies françaises. Ce sont des textiles nouveaux, des caoutchoucs, des espèces de gutta-percha, dont quelques-unes étaient inconnues jusqu'alors, des arbres produisant des beurres et graisses végétales, des huiles, des résines, des vernis et des tannins. Ces plantes précieuses venaient à peine d'être cueillies que le chef de la mission tombait gravement malade et c'est avec les plus grandes précautions et mille difficultés qu'il put être transporté, presque mourant, sur le littoral distant de 13 jours de marche des forêts où se trouvait la mission. Les résultats de cette mission sont très importants au point de vue commercial et industriel, sans négliger le côté scientifique. L'île immense de Sumatra est presque déserte à l'intérieur. La mission y a trouvé de véritables richesses, entre autres de l'or qu'elle ne cherchait pas, et a constaté la présence du pétrole et trouvé d'immenses forêts d'arbres à résine, à caoutchouc et à gutta-percha. Faute de bras, toutes ces richesses demeurent inutilisées, parce que les indigènes sont apathiques, ignorants, et ne peuvent être employés comme travailleurs. Ceux de la suite de M. Raoul qui avaient été piqués en grand nombre par des serpents de diverses espèces ont pu être sauvés par des injections de sérum de l'institut bactériologique de Lille, dont on avait fait une ample provision.

Les médecins et leurs maladies.

Un médecin parisien a raconté la curieuse anecdote que voici sur Trousseau :

Le soir de la Mi-Carême de l'année 1867, Trousseau recevait à dîner chez lui. La conversation très brillante passait d'un sujet à l'autre, conduite par Trousseau lui-même, lorsque tout d'un coup elle fut interrompue par un mouvement brusque du célèbre clinicien : ce qui surprit tout le monde. Au moment de porter un morceau à sa bouche, il éloigna la fourchette par un mouvement rapide de la main, et sa main resta en l'air tenant la fourchette très haut. Ce fut un éclair ; tout le monde muet de surprise regardait Trousseau. Quelqu'un, rompant le silence, demanda : — Qu'avez-vous donc ? — Trousseau un peu ému esquissa un sourire : — Rien ! dit-il. Une idée vient de me traverser l'esprit au sujet d'un cas à contrôler dans un de mes livres. Me permettez-vous de me retirer dans ma bibliothèque ? Je ne vous demande que quelques minutes.

Au bout de quelques minutes Trousseau revenait, en effet, et reprenant sa place à la table : — J'ai trouvé, dit-il en s'asseyant. Et il reprit la conversation où il l'avait laissée. La soirée s'acheva, charmante.

Or, que s'était-il passé dans le cabinet de Trousseau ? Un drame intime et le plus poignant que l'on puisse imaginer. Le mouvement brusque de l'illustre praticien à table avait été motivé par une *douleur interne*, subite, violente, qui avait été pour Trousseau une révélation, le symptôme patent, irrécusable d'une maladie terrible. Aussitôt, dans sa bibliothèque, il saisit un de ses ouvrages, et courant à la page où le symptôme était décrit, il la lut avidemment. — Ça y est : j'ai un cancer, dit-il. — Et il laissa retomber le livre. Mais il se remit aussitôt, retrouva son assurance, sa placidité, et calme comme un homme qui, en une minute, minute suprême, a fait le sacrifice de sa vie, il rentra dans la salle à manger (1).

Quel est exactement le genre de *douleur* auquel Trousseau a fait allusion et a-t-il vraiment une valeur diagnostique ?

(1) *Echo méd. du Nord*, 1897, n° 36.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 8. — 1er de Chirurgien-dentiste : MM. Delbet, Sébileau, Retterer. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Ricard, Broca. — (2e *série*) : MM. Kirmisson, Segond, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Letulle, Widal.

MARDI 9. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse, Gley. — 1er de Chirurgien-dentiste : MM. Cornil, Quénu, Thiéry. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Campenon, Hartmann. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Charrin, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Marie. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

MERCREDI 10. — Médecine opératoire : MM. Kirmisson, Lejars, Walther. — 3e *de Doctorat* oral (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Tillaux, Marchand, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Terrier, Segond, Bonnaire.

JEUDI 11. — Médecine opératoire : MM. Panas, Le Dentu, Albarran. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Guyon, Bar, Hartmann. — (2e *série*) : MM. Tarnier, Berger, Nélaton. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Gilbert. — 1er définitif d'officiat : MM. Remy, Gley, Thiéry.

VENDREDI 12. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tillaux, Ricard, Widal. — (2e *partie*) : MM. Déjerine, Remy, Weiss. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Landouzy, Netter, Gilles de la Tourette. — 1er de Chirurgien-dentiste : MM. Terrier, Sébileau, Retterer. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 13. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ballet, Chassevant. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tarnier, Campenon, Hartmann. — 1er de Chirurgien-dentiste : MM. Rémy, Quénu, Thiéry. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Joffroy, Chantemesse, Marfan.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 10. — M. Aubert. Traitement de l'eczéma par l'acide picrique. — M. Morel. Ruptures et perforations de la paroi postérieure du vagin pendant l'accouchement.

NÉCROLOGIE

M. le Dr A. GADAUD (de Périgueux).

M. le Dr GADAUD, sénateur, qui depuis longtemps souffrait des suites d'une congestion cérébrale compliquée de diabète, est mort cette semaine à Périgueux. M. Antoine-Elie Gadaud était né à Saint-Maime-de-Péreyol (Dordogne), en 1841. Docteur en médecine, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1864), il vint exercer sa profession à Périgueux. Pendant la guerre de 1870-1871, il se fit attacher comme médecin-chirurgien à la troisième ambulance de la Société de secours aux blessés et prit part, en cette qualité, aux batailles de Gravelotte et de Coulmiers. Son dévouement lui valut la croix de la Légion d'honneur. Conseiller général, maire de Périgueux, M. Gadaud fut porté aux élections législatives de 1885 sur la liste républicaine de la Dordogne et élu. Il se fit inscrire à l'Union des gauches, dont il devint le vice-président, et prit une part active aux travaux parlementaires. Membre des commissions du budget, de l'armée, etc., il présenta des rapports très remarqués sur le budget de l'Algérie, la création d'une école militaire de santé, l'arbitrage international, etc. Le 19 avril 1891, M. Gadaud fut élu sénateur de la Dordogne en remplacement de M. Garrigat, décédé. Membre de la commission des finances, de la commission de l'armée, il faisait encore partie des commissions de l'organisation du crédit agricole, des enfants assistés. Au renouvellement sénatorial de 1894, M. Gadaud a été réélu au premier tour. Dans le premier ministère constitué sous la présidence de M. Félix Faure par M. Ribot, le 25 janvier 1895, M. Gadaud fut ministre de l'Agriculture. Pendant son passage au ministère, M. Gadaud eut un duel avec M. Mirman, député de Reims, qui accomplissait alors son service militaire.

Ces jours derniers ont eu lieu, à Périgueux, les obsèques de M. Gadaud. Le deuil était conduit par les deux fils et la fille du défunt. Une multitude de couronnes avaient été offertes. On remarquait notamment celles du conseil général, des diverses loges, du personnel primaire de la Dordogne, des anciens élèves du lycée, des professeurs du lycée, dont M. Gadaud avait été longtemps le médecin, des représentants de la Dordogne, etc. Après la cérémonie religieuse, célébrée à la cathédrale Saint-Front, le cortège s'est dirigé vers le cimetière Saint-Georges. Les cordons du poêle

© BIU Santé

étaient tenu par MM. Dusolier, sénateur, Theulier, député, président du conseil général, Guiller, maire de Périgueux, le docteur Rousselot, Cazals, président du Cercle radical, Chevalier, conseiller municipal. Le Parlement et le conseil général étaient représentés par plusieurs de leurs membres. Dans le cortège figuraient beaucoup de fonctionnaires, notamment M. Mascle, préfet. Suivant la volonté expresse du défunt, aucun discours n'a été prononcé sur la tombe. Un piquet d'infanterie a rendu les honneurs militaires, M. Gadaud étant chevalier de la Légion d'honneur. Des télégrammes de condoléances avaient été adressés à Mme Gadaud par l'Elysée et par M. Méline.

FORMULES

XXXI. — Cachets contre l'aménorrhée. — (M. H. C. Bloom).

Sulfate de strychnine.	0 gr. 12 centigr.
Acide oxalique.	0 gr. 60 —
Lactate de manganèse	} áá 8 grammes.
Peptonate de fer	
Extrait de coloquinte composé. . .	2 —

Mêlez et divisez en soixante cachets. — Prendre un cachet une heure environ après chacun des principaux repas.

XXXII. — Solution pour le traitement des affections choroïdiennes. — (M. Galezowski).

Cyanure de mercure. . . .	0 gr. 30 centigr.
Chlorhydrate neutre de cocaïne	0 gr. 25 —
Eau	275 grammes.
Eau de laurier-cerise . . .	25 —

F. S. A. — Usage externe.

XXXIII. — Un remède contre le hoquet.

Le *Journal d'Hygiène* indique un nouveau remède, ou plutôt un procédé nouveau, pour la guérison du hoquet. Il est dû au Pr Lépine (de Lyon), qui le désigne sous le nom *d'extension de la langue*. Au moment de l'accès, saisir la langue du patient, la tirer un peu fortement, de façon à sentir la résistance qu'oppose toujours en pareil cas la base de cet organe, et la maintenir tirée en dehors de la bouche aussi longtemps que l'exige la cessation du spasme. Sans chercher à établir l'explication physiologique du fait, le *Journal d'Hygiène* se contente de dire qu'il faut pratiquer l'extension simple et continue de la langue, et non exercer des *tractions rythmées* de cet organe, comme dans les cas où l'on cherche à rétablir la respiration.

XXXIV. — Produit contre la dyspepsie flatulente. (M. W. Murrell).

Bicarbonate de soude.	4 grammes.
Teinture de fèves de Saint-Ignace.	XL gouttes.
Teinture de seneçon.	} áá 30 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères.	
Alcool chloroformé à 10 0/0. . .	8 —
Eau.	180 —

Mêlez. — A prendre : trois cuillerées à bouche par jour.

La teinture de seneçon qui entre dans la composition de la potion ci-dessus formulée serait, d'après l'expérience de M. le Dr William Murrell, lecteur de matière médicale au Westminster Hospital de Londres, un excellent tonique de l'estomac.

XXXV. — Cachets antidiarrhéiques. — (M. A Pick.)

Alun	0 gr. 10 centigr.
Opium.	0 — 01 à 0 gr. 02 centigr.
Salicylate de bismuth	0 — 30 à 0 — 60 —

Mêlez. Pour un cachet. Faites dix cachets semblables. — A prendre : trois cachets par jour. Cette médication se montrerait efficace même dans les diarrhées les plus rebelles.

XXXVI. — Liniment contre les douleurs de l'arthrite blennorrhagique. — (M. E. Hirtz).

Acide salicylique	2 à 4 grammes.
Baume de Fioravanti	200 —

Mêlez. — Usage externe.

On fait avec ce liniment des frictions sur les points douloureux. (*Sem. méd.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 24 au samedi 30 octobre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.129, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 401, illégitimes, 104. Total, 585. — *Sexe féminin* : légitimes, 391, illégitimes, 153. Total, 554.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 24 au samedi 30 octobre 1897, les décès ont été au nombre de 837, savoir : 459 hommes et 378 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 2, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 2, F. 0, T. 2. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 1, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 6, T. 9 — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 127, F. 74, T. 201. — Méningite tuberculeuse : M. 16 F. 6, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 5, T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 35, T. 58. — Méningite simple : M. 5, F. 8, T. 13. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 17, F. 21, T. 38. — Paralysie, M. 2, F. 7, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 2, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 34, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 5, T. 14. — Bronchite chronique : M. 11, F. 8, T. 9 — Broncho-pneumonie : M. 7, F. 12, T. 19. — Pneumonie : M. 21, F. 14, T. 35. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 18, F. 14, T. 32. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 9, T. 26 — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 3, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 0, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 14, F. 11, T. 25. — Sénilité : M. 8, F. 23, T. 31. — Suicides : M. 10, F. 2, T. 12. — Autres morts violentes : M. 9, F. 3, T. 12. — Autres causes de mort : M. 79, F. 57, T. 136. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 3, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 16. Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 8. Total : 32.

Faculté des Sciences de Caen. — M. Besson, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Caen, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

École normale supérieure. — M. Cligny, agrégé préparateur de zoologie à l'Ecole normale supérieure, est maintenu dans ses fonctions pendant l'année scolaire 1897-1898.

Ecole de Médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira le 28 avril 1898, devant la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

Ecole de Médecine d'Angers. — Un concours s'ouvrira le 9 mai 1898, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire à ladite école. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdit concours.

Ecole de Médecine d'Amiens. — Un concours s'ouvrira le 2 mai 1898, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de Médecine de Besançon. — Un concours s'ouvrira, le 29 avril 1898, devant la Faculté de Médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine de Besançon.

Ecole de Médecine de Grenoble. — Un concours s'ouvrira le 9 mai 1898 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

Ecole de Medecine de Nantes. — *Prix.* — La séance solennelle de rentrée des Ecoles de plein exercice de Médecine et de Pharmacie et de l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres, et la distribution des prix aux élèves en médecine et en pharmacie a eu lieu le jeudi 4 novembre, à deux heures et demie précises, à l'Ecole des Sciences et des Lettres, rue Voltaire, sous la présidence de M. l'inspecteur d'Académie.

Ecoles d'application du Service de Santé de la Marine. — A la suite d'un concours qui vient d'avoir lieu à Brest, les

© BIU Santé

médecins de 2e classe AVEROUS et VIGUIER ont été reconnus admissibles avec les numéros 1 et 2 ont été nommés à l'emploi de prosecteur d'anatomie, M. Averous servira à l'Ecole annexe de Médecine navale à Brest, et M. Viguier à l'Ecole de Rochefort.

UNIVERSITÉ DE LIÈGE. — M. le Dr MASIUS, professeur de clinique médicale, est nommé recteur de l'Université de Liège.

L'UNIVERSITÉ DE CHICAGO.— Le grand exemple d'initiative donné à l'Université de Chicago n'est pas chose rare aux Etats-Unis. La plupart des universités se sont faites en dehors de l'Etat; elles résultent de fondations privées. A New-York, Colombia College a besoin d'une bibliothèque : de suite son président lui offre 5 millions de francs. A Princeton, l'université est théologique et littéraire; elle veut devenir scientifique ; elle sait trouver un M. Green qui lui donne des laboratoires. De même à Princeton, M. Marquand reconstruit à ses frais la bibliothèque. John Hopkins laisse à sa mort 17.500.000 fr. pour fonder l'université de Baltimore. M. Leland Stanford offre aux pouvoirs législatifs de la Californie 150 millions de francs, afin de créer, en souvenir de son fils, mort tout jeune, une université pour les familles heureuses qui ont conservé leurs enfants. M. Moissan voudrait qu'en France nous montrions, nous aussi, notre initiative. Depuis vingt ans, nous avons fait trop de diplômes et pas assez de recherches originales. Mais nos universités viennent de renaître; elles peuvent posséder; elles peuvent créer de nouveaux diplômes, former de nouveaux enseignements. « Pour agrandir la recherche scientifique, conclut M. Moissan, nous avons aujourd'hui l'indispensable, des laboratoires et la liberté. Que l'initiative privée vienne en aide à nos universités, et, riches des traditions d'un long passé, riches d'habitude de travail, leur rôle social grandira. »

UNIVERSITÉ DE PRINCETON. — L'université de Princeton aux Etats-Unis, dans le New-Jersey, a célébré récemment le 151e anniversaire de sa fondation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Prix.* — En 1898, la Société de Médecine de Paris décernera le prix Duparque (1.200 fr.) à l'auteur du meilleur mémoire sur une question de pathologie relative aux affections de l'abdomen.—Les mémoires inédits devront être déposés au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, à Paris, avant le deuxième samedi de janvier. Ils devront porter un épigraphe, et être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur.

RÉCOMPENSE. — Une *mention honorable*, pour acte de courage et de dévouement, a été décernée à M. le Dr AUBERTIN (de Sedan).

NOMINATIONS.— M. le Dr Maurice CAGAUD (de Vibraye, Sarthe), vient d'être nommé médecin des chemins de fer de l'Etat et médecin des enfants assistés de la Sarthe (canton de Vibraye).

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Les candidats militaires ont eu à traiter pour l'épreuve orale les questions suivantes : *Nerf sciatique poplité externe; Panaris.*

HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS. — *Concours pour l'Internat.* — Le mardi 14 décembre prochain à 2 h. 1/2, ce concours aura lieu, pour trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire. L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort, une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. (Questions ordinaires du concours d'externat des hôpitaux de Paris). Deux heures sont accordées pour cette composition L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain. Les internes titulaires reçoivent, outre le logement, la norriture, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu). Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé, et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le 1er janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se représenter aux concours ultérieurs. Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription. Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans. — *N. B.* Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

HOPITAL ET DISPENSAIRE FRANÇAIS DE LONDRES. — Adresse : Lisle-street, Leicester Square, W. 5, Panton-street, Haymarket, S. W.

HÔPITAUX DE BORDEAUX.— Sont nommés *internes titulaires* : MM. Vegely, Rothamel, Claude Martin, Laubie, Abadie, Cruchet, Castaing et Ginestous; *internes provisoires* : MM. de Fontguyon, Martinet; Mlle Nourrit; MM. Quintrie-Lamothe, de Richemont, Gentès, Regett, Bahans, Rocher et Sambuc.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours d'Internat.* — Ce concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine vacantes au 1er janvier 1898, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, AsileClinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif, et l'infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police aura lieu le lundi 6 décembre 1897, à midi précis, à la Préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures, du lundi 8 au samedi 20 novembre 1897 inclusivement.

ALIÉNÉS CRIMINELS. — M. le Dr Gibert (du Havre) pense que la leçon qui ressort de faits d'assassinat et de viols nombreux analogues à ceux du fameux tueur de bergers Vacher est celle-ci : 1° Les aliénés reconnus tels ne devraient pas être remis en liberté sur le simple visa du chef de service. Il faudrait, pour la remise en liberté, une consultation de plusieurs médecins auxquels serait toujours adjoint le médecin des familles; 2° La presse française, revenant de ses errements, devait se garder de jamais parler de séquestration illégale, avant d'avoir en mains cent preuves contre une de la vérité de cette accusation; 3° Des asiles spéciaux devaient être créés où seraient enfermés les êtres malades *depuis leur enfance avec des tares manifestes*, qui ne sont ni des aliénés ni des responsables, mais des êtres anormaux dont il faut se garer.

MALARIA EN ASIE. —, La malaria, qui a causé de si grands ravages dans l'Asie centrale depuis quatre ans, a pénétré cet été jusqu'au Caucase et continue encore à s'étendre. L'épidémie a causé de nombreux décès et dans beaucoup de localités où le nombre des malades admis à l'hôpital dépasse quatre cents par jour, le corps médical est absolument débordé. L'épidémie cause surtout des ravages dans les districts qui ne possèdent pas d'hôpitaux ou dans lesquels les hôpitaux sont très éloignés les uns des autres, car la population est alors complètement sans défense contre cette terrible maladie.

HYGIÈNE DES VILLES. — *L'eau à Paris.* — La Commission, instituée par le préfet de la Seine pour étudier les diverses questions qui se rattachent à l'alimentation de la ville de Paris et de la banlieue en eau potable, s'est réunie cette semaine sous la présidence de M. de Selves. Au nom de la population parisienne, M. de Selves a remercié les membres de la commission d'avoir bien voulu lui donner leur savante collaboration pour l'étude d'une question qui intéresse si vivement la salubrité de la capitale. Il a défini, en quelques mots, le but à atteindre. M. Humblot, directeur du service des eaux de la ville de Paris, a exposé la situation actuelle. A son avis, c'est vers l'année 1930 que Paris atteindra son maximum de population; elle s'élèvera, d'après sa prévision, à 3.300.000 habitants pour lesquels il faudrait 1.100.000 mètres cubes d'eaux de source et de rivière, soit 330 litres par habitant. En ce qui concerne plus spécialement l'eau de source, il estime que 120 litres par personne et par jour sont indispensables, c'est-à-dire 480.000 mètres cubes par vingt-quatre heures. La Dhuis, l'Avre et la Vanne fournissant, en temps normal, 260.000 mètres cubes et 200.000 en temps de sécheresse, il faut, en définitive, trouver une égale quantité. M. Guillain et les membres de la commission ont ensuite échangé des idées générales sur le programme exposé par le préfet de la Seine et sur un certain nombre d'autres points, notamment sur les moyens propres à éviter les pertes qui se produisent dans les canaux d'amenée et le gaspillage dans les maisons particulières. La commission va poursuivre activement ses études pour l'élaboration du projet que le préfet de la Seine veut soumettre au Conseil municipal et au Parlement.

LA STATUE DE LAVOISIER. — Sur la proposition de M. Levraud, une subvention de 3.000 fr. a été votée par le Conseil municipal de Paris, pour l'érection, à Paris, d'un monument à Lavoisier.

LE SUICIDE D'UN MÉDECIN. —Le coroner de Mile End à Londres, avait à statuer cette semaine, assisté d'un jury, sur le décès du Dr Mark Ringwood Rich qui s'était suicidé la veille dans son domicile de Roman road, en avalant une dose d'acide prussique. Le suicide de ce praticien, très connu dans la Cité, semble entouré de circonstances dramatiques et mystérieuses qui sollicitaient l'attention de la police. Agé de trente-neuf ans, marié il y a cinq ans environ à une toute jeune fille, M. le Dr Rich avait été l'objet d'une action en divorce qui se dénouait récemment par un jugement prononcé contre lui. L'enquête à laquelle ce procès avait donné lieu représentait le médecin comme un homme aux passions

© BIU Santé

violentes, capable d'abuser par la force des jeunes filles confiées à ses soins ou employées au service de sa maison. Dans la soirée de vendredi, dernier une dame Westney, mère d'une ancienne bonne du docteur, venait l'informer qu'un policeman l'accusait de violence sur sa fille Rose et que, devant les dénégations de la fillette, elle se résignait à la soumettre à un examen médical. Rich n'en écouta pas davantage. Il saisit sur sa table une fiole dont il avala le contenu, et tomba aussitôt inanimé. Précisément au moment où il se mourait, la police se présentait pour opérer son arrestation, sous l'inculpation de viol exercé sur Rose Westney et sur une autre jeune fille. Le jury n'en a pas moins rendu un verdict de suicide « en état d'insanité temporaire ».

UN CAS D'HYPNOTISME EN OMNIBUS A PARIS. — Un cas curieux d'hypnotisme s'est produit ces jours-ci dans un omnibus sur la ligne Madeleine-Bastille. La voiture était pleine de voyageurs. Une seule place était libre au milieu de la banquette de gauche. A la station du boulevard Saint-Denis, un homme, bien vêtu, de trente-cinq ans environ, monte et occupe cette place d'intérieur. En face de lui, était assise, une jeune femme de toilette et de tournures élégantes. Que faire, quand on ne lit pas, en omnibus? On regarde ses compagnons d'infortune. Le voyageur promena son regard autour de lui et l'arrêta sur son vis-à-vis. La jeune femme pâlit, rougit, puis ferma les yeux. M. X... se lassa de voir ces paupières obstinément closes, et, quand l'omnibus arriva place de l'Opéra, la plate-forme étant libre, il quitta sa place pour y venir allumer une cigarette. Au point terminus, tout près de la Madeleine, tout le monde descend, sauf une personne, la demoiselle, dont les cils projetaient leur ombre sur les ailes du nez. Le contrôleur s'approche d'elle pour l'avertir qu'on ne va plus loin. Elle ne répond pas. « Elle a le sommeil lourd, » se dit le brave homme, il lui touche avec précaution le bras; et, comme elle reste indifférente à ce nouvel avertissement, il la secoue un peu plus fort. Peine inutile. La dormeuse ne se réveille point. Le cas paraît bizarre. Les tentatives ordinaires que l'on fait en présence d'un sommeil profond restent vaines. L'aide d'un médecin est indispensable. Il s'en trouvait un, par hasard, parmi les voyageurs qui se rendaient dans la direction de la Bastille. Il donne aussitôt les soins nécessaires, et, au bout de quelques secondes les paupières battent, puis se relèvent. La jeune femme a quitté l'omnibus, un peu troublée par la curiosité dont elle était l'objet. L'inconnu qui l'avait hypnostisée et qui croyait avoir à se plaindre de l'indifférence de son vis-à-vis, ne s'est point douté de l'impression qu'il a produite. La jeune femme s'était penchée sous son regard et s'était perdue dans le rêve.

ASSISTANCE PUBLIQUE EN ALGÉRIE. — Une question semble avoir un peu préoccupé l'ancien Gouverneur de l'Algérie pendant son administration : c'est l'assistance publique. Il a largement doté les hôpitaux et fondé à Alger l'institut Pasteur et l'ambulance spéciale aux maladies contagieuses, qui répondent aux données et aux besoins de la science actuelle.

LES ARTISTES MÉDECINS. — *Michel-Ange ophtalmologiste.* — On annonce que M. le Dr Berger a découvert, dans la bibliothèque du Vatican, une collection de prescriptions et d'ordonnance sur les maladies d'yeux, que Michel-Ange rédigea de sa propre main. On sait qu'il était presque aveugle lorsqu'il mourut et l'on suppose que, dans le courant de sa maladie, il nota les conseils et les instructions de ses médecins. M. le Dr Berger a publié ces documents manuscrits dans leur texte original, c'est-à-dire italien, avec quelques notes en allemand. Ils sont déjà mentionnés par M. Pierre de Nolhac comme formant une addition aux poèmes manuscrits du grand sculpteur.

NÉCROLOGIE. — M. le Pr Paul GUTERBOCK, privatdocent de chirurgie à la Faculté de Médecine de Berlin. — M. le Dr HEIDENHAIN, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Breslau. — M. le Dr L.-A. BUCHNER, professeur de pharmacie à la Faculté de Médecine de Munich. — M. le Dr Aurelio SILVESTRI, privatdocent d'ophtalmologie à l'Ecole supérieure de Médecine de Florence. — M. le Dr Charles Smart ROY, professeur de pathologie à l'Université de Cambridge. — M. le Dr Edward Stamer O'GRADY, ancien lecteur d'anatomie à Carmichael School of Medicine de Dublin. — M. le Dr Arthur SCHEFFER, ancien professeur de chimie et de physique médicales à la Faculté de Médecine de Kiew. — MM. les Drs St. DANILLO et N. SHUKOW privat docenten de neurologie et de psychiatrie à l'Académie de Médecine de Saint-Pétersbourg.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

ANÉMIE, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale, *Biosine Le Perdriel.*

SAVON DENTIFRICE VIGIER, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

PHTISIE, *Bronchites chroniques.* — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

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. Pour nos abonnés, 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.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE

JOURNAL BI-MENSUEL

d'Assistance publique et privée, d'Hygiène, d'Économie, d'Intérêts professionnels et du Groupement du Personnel secondaire des Hôpitaux.

Rédacteur en chef : **Albin ROUSSELET**

BUREAUX : rue des Carmes, 14

(Les Bureaux sont ouverts de 10 h. du matin à 6 h. du soir, dimanches et fêtes exceptés.)

ABONNEMENTS : France. . . . **10** fr. par an. Étranger. . . **11** —

Librairie LEFRANÇOIS

9, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

(*Suite de l'annonce au recto de la couverture,* page XVI).

Lyon. — Clinique thérapeutique, 1897, 1 vol. in-8, 10 fr.
Lefert. — Aide-mémoire d'hygiène et de médecine légale, 1 vol., 1 fr. 75.
Lutaud. — Manuel de médecine légale, 5e édit., cart., 5 fr.
Vibert. — Manuel de médecine légale, 4e édit., cart., 7 fr.
Guiraud. — Manuel pratique d'hygiène, 1 vol., 4 fr.
Proust. — Traité d'hygiène, 1 vol., 2e édit.; in-8, 12 fr.
Arnould. — Traité d'hygiène, 1 vol. in-8, 2e édit., cart., 7 fr.
Langlois. — Traité élémentaire d'hygiène, in-18, 1 vol., 4 fr.

Gynécologie. Accouchements.

Pozzi. — Traité de gynécologie prat., in-8 av. fig., 2e édit. cart., 15 fr.
Auvard. — Traité prat de gynécol., in-8 av. fig. et 10 pl. col. 10 fr.
Lutaud. — Manuel pratique des maladies des femmes, avec fig., 5 fr.
Lefert. Aide-mémoire de gynécol., accouchem, chaque partie, 1 fr. 75.
Ribemont. — Traité pratique d'accouchem., in-8 avec fi., 2e éd., cart., 18 fr.
Tarnier et Budin. — Traité des accouchements, 2 vol. avec fig. 18 fr.
Pénard et Abelin. — Guide prat. de l'accouch. 7e éd. a. fi., cart., 4 fr.
Auvard. — Traité pratique d'accouchements, avec fig., 2e édition, 9 fr.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SERIE. T VI. N° 46. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 13 NOVEMBRE 1897.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

L'Actinomycose : 2e Étude clinique (*fin*) (1);

Par le Dr A.-H. PILLIET.

C. *Forme thoracique.* — C'est celle qui est consécutive à l'inoculation des poussières chargées de pacrasite. Elle est directement intra-alvéolaire, ou précédée d'une lésion du pharynx. Dans ce second cas elle peut prendre les allures d'une médiastinite; mais c'est le plus rare, et nous devons examiner d'abord ce qui se passe dans le poumon lui-même (2).

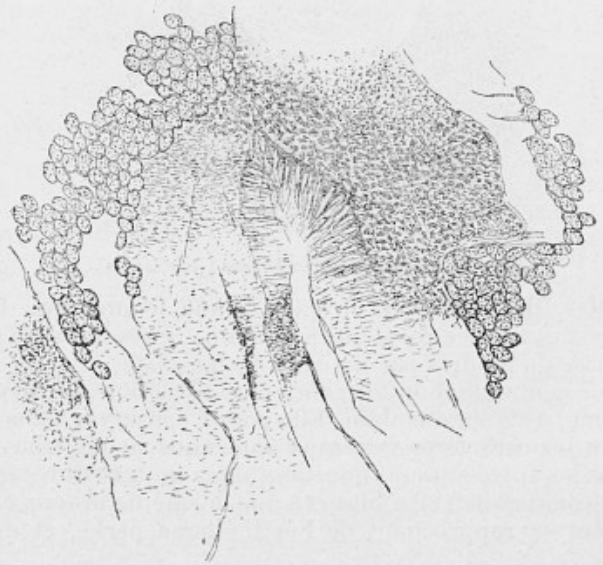


Fig. 28. — Pneumonie épithéliale développée autour d'un grain jaune radié, qui est écrasé et allongé par suite de la préparation (Naussac).

L'infection marchant toujours droit devant elle, comme dans le cæcum, envahit d'abord les bronches et poumons, puis la plèvre, la paroi costale et la peau qu'elle parsème de fistules; et, grâce à cette marche, présente comme dans les autres formes générales, un caractère insolite. On a déduit de cette marche quatre formes particulières qui se suivent, s'enchaînent et ne sont en réalité que quatre étapes successives de la même évolution. De la forme bronchique, dont on possède une observation, il y a peu de choses à dire, les symptômes n'offrent rien de spécial. La pneumo-actinomycose est plus nette. On y observe de la pneumonie épithéliale desquamative jointe à des lésions banales de broncho-pneumonie. Certaines étendues de lobules ainsi envahies peuvent suppurer, et ces abcès miliaires s'ouvrant dans les bronches se vident, laissant des cavernes et des cavernules que remplit le champignon. On le retrouve donc aisément dans les crachats.

Le poumon d'abord épais et retracté peut devenir petit et dur sous l'influence de la sclérose. Mais toujours la plèvre est épaissie en même temps, et son épaississement est tel que ses coupes rappellent celles d'une tumeur fibreuse ou fuso-cellulaire. Les deux plèvres une fois soudées, les lésions du thorax se déduisent. Il est à remarquer que l'accession d'un microbe pathogène, bacille de Koch, streptocoque, etc., active singulièrement la marche des lésions.

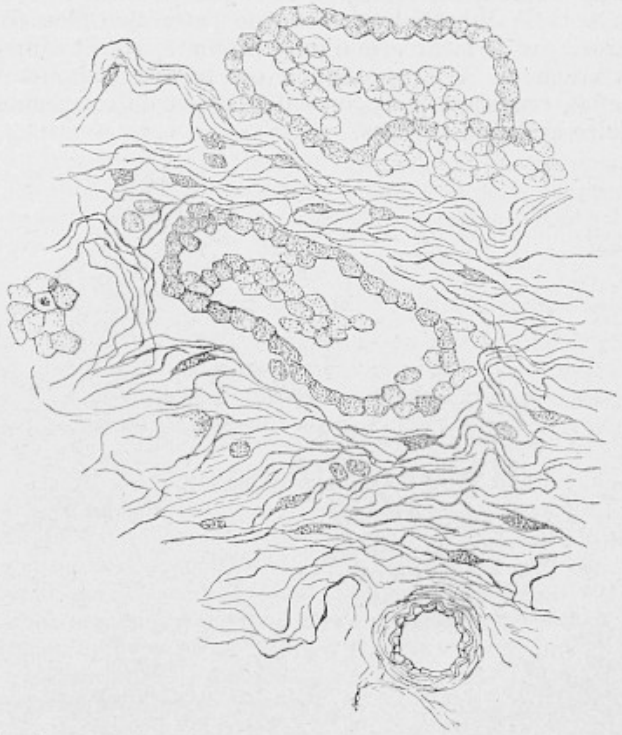


Fig. 29. — Traînées conjonctives et cellules embryonnaires de la plèvre (Naussac).

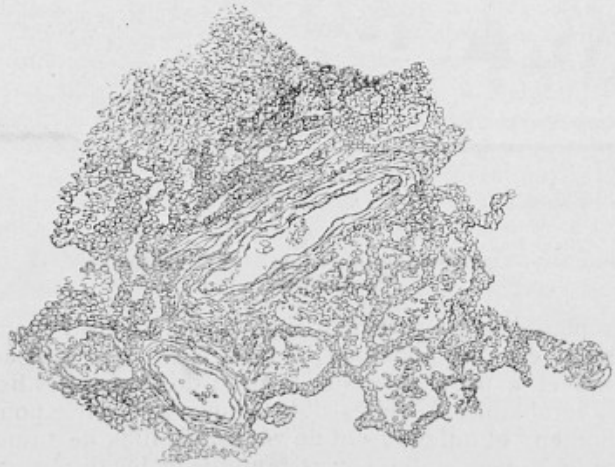


Fig. 30. — Bronche et lésions de broncho-pneumonie dans l'actinomycose bronchique (Naussac).

Les symptômes varient naturellement suivant la forme ou l'état d'évolution que l'on considère. Dans la forme bronchique, qui paraît surtout simuler une dilatation chronique des bronches, les crachats sont abon-

(1) *Progrès médical*, 23 et 30 octobre 1897.
(2) F. Naussac. — *De l'actinomycose pulmonaire.* Thèse, Lyon, 1896.

© BIU Santé

dants, d'une odeur repoussante; ils laissent déposer un sédiment jaune dans lequel on retrouve le parasite. Quand les alvéoles sont prises, on se trouve en présence d'une broncho-pneumonie bâtarde, tournante, à rémissions, sans hémoptysie en général, l'actinomycose respectant les vaisseaux. Puis, après plusieurs poussées aiguës, la maladie tourne à la pneumonie chronique, avec un cortège de douleurs paroxystiques, constrictives, qui est assez caractéristique et qui signale au clinicien la marche progressive de la médiastinite. Le facies du malade, la fièvre hectique secondaire font penser à la tuberculose tant que l'attention n'est pas attirée, par la bizarrerie d'un symptôme, sur l'examen des crachats. A l'auscultation on trouve le poumon submat, respirant peu, avec des zones de congestion lobaire assez passagères.

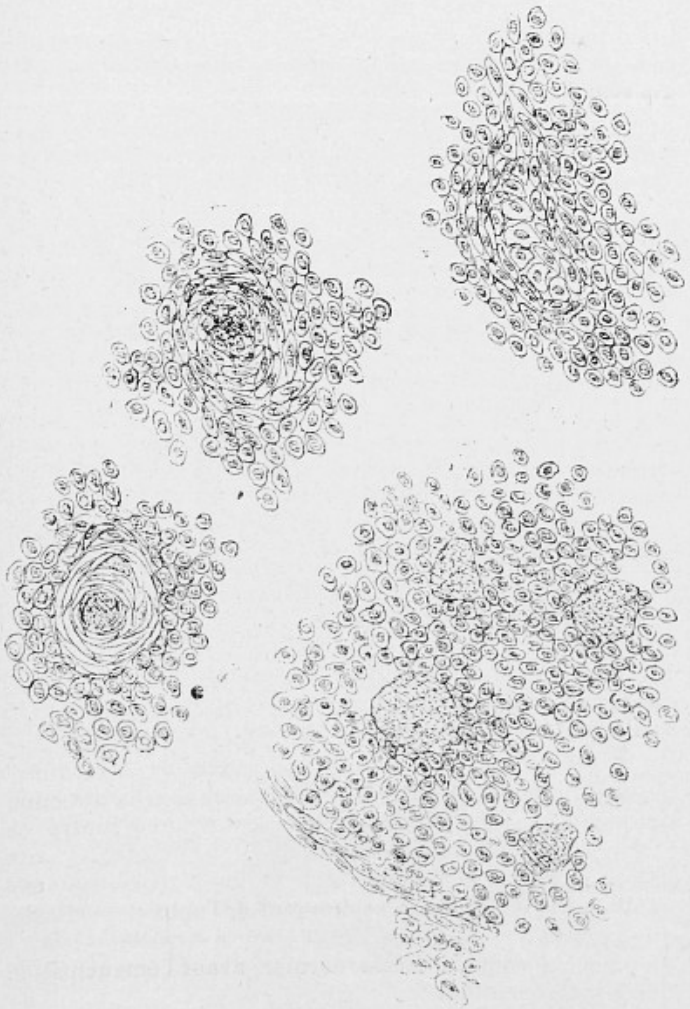


Fig. 31. — Globules épidermiques variés de la dermite perlée (Rouffiandis).

La pleurésie est rarement liquide; du moins l'épanchement est peu abondant. Il tend à se faire jour au dehors et à provoquer sur la peau du thorax des fistules semblables à celles dont nous avons parlé pour l'abdomen, et qui creusent de véritables nids de taupe entre les foyers pulmonaires ramollis et les différents points de la paroi.

La marche de la maladie est chronique et la guérison observée dans les 6/100 des cas environ. Le diagnostic doit être fait surtout par l'examen bactériologique.

D. *Forme cutanée.* — Un exemple typique de cette forme nous est donné par une observation de M. le Dr Guillemot (1), de Thiers, dans laquelle l'examen histologique fait par M. le Dr Dor vérifia le diagnostic clinique. Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, marchand de fruits, blessé à la joue par un des piquets en bois de son éventaire. Il vit survenir au bout d'un mois de vives douleurs, puis une tumeur cutanée d'un aspect particulier contenant des points fluctuants qui furent ouverts et donnèrent lieu à la production de fistules, curables d'ailleurs. Dans un autre cas, ancien, de

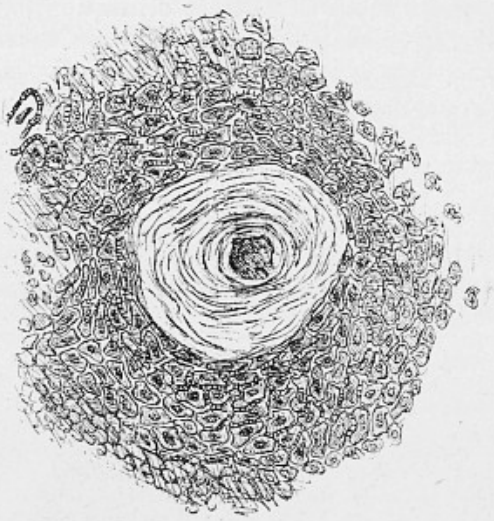


Fig. 32. — Globes épidermiques (Rouffiandis).

Müller, de Tubingen, il s'agit d'une femme qui fut prise des mêmes accidents à la main, après blessure de la base du medius par un éclat de bois.

La contamination directe, par effraction de l'épiderme, est donc établie. Elle paraît conserver dans la peau les caractères généraux que nous avons trouvés dans les autres tissus Pourtant, dans un travail récent, M. Rouffiandis (2) a observé une forme de lésions cutanées se rapprochant de l'épithélioma perlé, et due

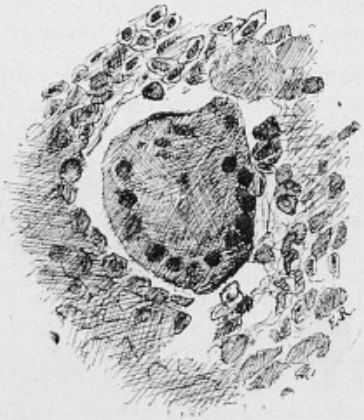


Fig. 33. — Globes à formes de cellules géantes (Rouffiandis).

aussi à l'actinomycose. Son travail, établi sur deux observations, nous montre, en effet, des ulcérations chroniques remplies d'éléments groupés en cercle, d'une nature assez particulière et dont les fignres donneront une idée bien plus nette que les descriptions. On verra que ces corps peuvent simuler tantôt des

(1) Guillemot. — *Actinomycose cutanée de la joue gauche. Lyon médical*, 26 janvier 1896.

(2) Rouffiandis. — *Sur une dermite perlée non décrite à allure d'actinomycose*. Thèse. Lyon, 1896.

© BIU Santé

globes épidermiques, tantôt des cellules géantes de la tuberculose. Ils contiennent des filaments d'actinomyces.

E. *Diagnostic et Traitement.* — Nous ne nous attarderons pas sur le diagnostic général de la maladie. Nous dirons seulement qu'elle a des formes hybrides, qui la relient aux autres infections nodulaires; qu'il existe en un mot des pseudo-actinomycoses. Le *pied de Madura* s'accompagne d'une suppuration à grains jaunes volumineux qui ressemble beaucoup à celle dont nous nous occupons et qui en a été distinguée par M. R. Blanchard et par M. Vincent (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1894). La tuberculose de Koch, d'après Cornil et Babes, peut montrer des formes bacillaires se rapprochant de l'actinomycose, ce qui n'est pas fait pour faciliter le diagnostic des deux affections. Toutes ces formes bacillaires semblent donc s'imbriquer les unes dans les autres, se relier par des transitions multiples; et il paraîtrait que tous les efforts faits pour isoler une espèce aboutissent au contraire à nous montrer sa ressemblance et la possibilité de sa communauté d'origine avec des espèces voisines.

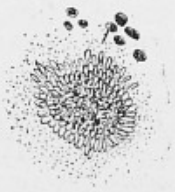


Fig. 34. — Grain jaune d'actinomycose. Picro-carmin.

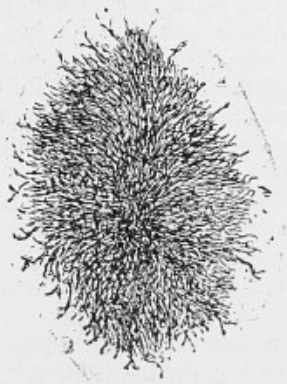


Fig. 35. — Pseudo-actinomycose à gros grains jaunes (Guignot).

Nocard a décrit dans le farcin du bœuf un streptothrix pathogène semblable à celui qui nous occupe. (Annales de l'Institut Pasteur, 1892). Enfin, récemment M. Guignot (2) a consacré un important travail à cette question et relevé des formes de mycose à grains jaunes différentes de la *Nocardia Bovis*. L'une produisant des concrétions dans le conduit lacrymal est due au streptothrix de Fœrster (Oospora Fœrsteri de Sauvageau et Radais). Une autre, observée par lui-même, sur trois observations, présente des grains jaunes beaucoup plus volumineux que l'actinomycose vraie et dont les filaments ne portent pas de renflements sensibles, bien que l'allure clinique la maladie soit celle de l'actinomycose vraie.

Le traitement médical, par excellence, de la lésion, c'est l'iodure de potassium, qui paraît agir ici comme dans la syphilis sur le tissu scléreux. Mais au bout d'un certain temps ce traitement résolutif ne donne rien. Aussi voit-on l'Ecole chirurgicale lyonnaise, à laquelle nous devons tant pour l'histoire de la maladie, insister surtout pour l'intervention minutieuse, réitérée, pour la surveillance armée de la maladie, et nul doute qu'elle ne doive à cette conduite ses cas de guérison.

(1) Babes et Levadit. — *Sur la forme actinomycosique du bacille de la tuberculose.* Note présentée par M. Cornil, Ac. de Médecine, 1897.

(2) J.-B. Guignot. — *Des pseudo-actinomycoses.* Thèse, Lyon, 1896.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours de Pathologie interne. — M. le Pr Debove.

L'ouverture de ce cours a eu lieu le 6 novembre 1897, à 3 heures de l'après-midi. Le professeur, après avoir remercié les étudiants des marques de sympathie qu'ils viennent de lui donner en l'applaudissant, constate que si l'élève doit beaucoup au maître, celui-ci doit également beaucoup à l'élève en ce sens que la préparation du cours lui permet de se remémorer ou de préciser dans son esprit un grand nombre de notions qu'il croyait connaître à fond. Le maître se sent pénétré en outre d'une ardeur nouvelle et de charmes qu'il puise dans le contact de la jeunesse.

Le professeur engage les étudiants au travail, afin que ceux-ci soient prêts pour le combat de la vie. Puis il aborde le sujet de son cours : les maladies du rein. Il fait auparavant l'anatomie macroscopique et microscopique de l'organe en citant quelques déductions pathologiques. Il remet à la leçon suivante le commencement de la pathologie rénale.

Cours d'Histologie. — M. le Pr Mathias Duval.

L'ouverture de ce cours a eu lieu le 6 novembre 1897, à 4 heures, c'est-à-dire samedi dernier. M. le Pr Mathias Duval a inauguré, dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté, devant un nombreux auditoire, ses leçons d'histologie.

Après avoir montré que le système nerveux est composé de cellules, il définit la cellule nerveuse : une cellule épithéliale qui s'est internisée. Il établit cette définition sur deux grands procédés de contrôle, l'histologie comparée et l'histogénèse. Remontant la série animale depuis l'Hydre, chez laquelle le système nerveux commence à apparaître, jusqu'à l'homme, et étudiant chez ce dernier les diverses phases de développement du système nerveux, il conclut que les cellules nerveuses sont d'origine ectodermique.

Clinique chirurgicale de la Charité. — M. le Pr Tillaux.

M. le Pr Tillaux a ouvert son cours le lundi 8 novembre 1897 par quelques considérations sur la façon dont il comprend la chirurgie. Pour M. Dieulafoy par exemple, dit-il, c'est au médecin qu'il appartient de déterminer l'intervention et le chirurgien doit opérer sous la direction du médecin. M. Tillaux s'élève avec force contre ce langage qu'on n'aurait pas tenu, dit-il, à Velpeau ni aux autres chirurgiens d'il y a vingt-cinq ans. Il se demande quelle est la cause de ce revirement de l'opinion médicale, qui tendrait à ramener les chirurgiens à la situation effacée qu'ils occupaient au siècle dernier, avant l'émancipation due à la Convention.

Pour lui, cette cause, c'est l'imprudence, l'audace un peu présomptueuse de beaucoup de jeunes chirurgiens, engagés dans une mauvaise voie. Ils ne se préoccupent plus que de l'acte opératoire; ils négligent la question du diagnostic; les médecins la reprennent. Il s'ensuivra certainement une diminution considérable dans le rôle social du chirurgien, si l'on n'essaye d'enrayer cette manie exclusivement opératoire née des progrès de l'antisepsie et de la technique moderne.

M. Tillaux crie donc casse-cou aux jeunes chirurgiens; il rappelle le mot de Roux : « Il faut six mois pour faire un opérateur, dix ans pour faire un chirurgien ». Le moyen de remédier à cet état de choses, c'est d'en revenir aux études de pathologie et à la pathologie tout entière. On ne peut accepter qu'un chirurgien s'occupe exclusivement de

© BIU Santé

l'abdomen par exemple et soit incapable de soigner une luxation du coude.

La préparation à la profession chirurgicale, la vraie, la plus sérieuse, c'est encore l'anatomie, à laquelle on a encore trop de tendance à renoncer toujours pour en arriver au plus vite à l'acte opératoire, sans perdre de temps. Ainsi, l'étude de l'anatomie, celle de la clinique au lit du malade sont indispensables, comme elles l'étaient autrefois, si l'on ne veut rabaisser les chirurgiens au rôle de simples manœuvres.

Le professeur examine ensuite un jeune homme atteint d'ectopie inguinale du testicule droit avec hernie congénitale et formule d'après les indications cliniques, qui sont, dans ce cas, la cure radicale de la hernie et l'ablation du testicule atrophié si on ne peut l'abaisser. Ajoutons que l'opération a permis de conserver le testicule.

Le cours se continuera les lundis et vendredis, le mercredi étant consacré à l'examen clinique des malades, fait par le professeur à l'Amphithéâtre. L'auditoire de M. Tillaux était comme toujours très nombreux et lui a prouvé par ses applaudissements qu'il appréciait autant son enseignement si clair, que la conscience qu'il a des devoirs du professeur et du médecin.

Cours de Pharmacologie. — M. le Pr Gabriel Pouchet.

Le cours a commencé samedi dernier, à 4 heures (Amphithéâtre de Pharmacologie), devant un nombreux auditoire. Le professeur a fait connaître sa tendance à réhabiliter en quelque sorte les préparations galéniques, en démontrant, à propos de beaucoup d'entre elles, qu'on ne saurait leur substituer *a priori* et dans tous les cas les alcaloïdes correspondants. En effet, les principes chimiques que l'on isole des plantes n'expriment pas toute la vertu physiologique de chacune de ces plantes. C'est ainsi que le suc total de la fausse oronge produit chez les animaux des accidents graves pouvant aller jusqu'à la mort, tandis que la muscarine d'une part, et les matières albuminoïdes d'autre part, sont incapables, *isolément*, de produire les mêmes effets. C'est donc que, dans le suc naturel, les matières albuminoïdes ont une activité particulière, qui, pour la fausse oronge, met l'organisme en état de subir l'action mortelle de la muscarine impuissante par elle-même. D'autre part, les alcaloïdes et autres principes chimiques qui sont devenus le point de mire de la thérapeutique moderne, témoignent parfois d'une variabilité d'action physiologique, suivant la méthode d'extraction chimique et la provenance des végétaux. C'est ainsi que dans le groupe *Atropa*, les Allemands ont fait naître maints alcaloïdes plus ou moins actifs, suivant qu'ils sont plus ou moins mélangés aux deux seuls principes stables découverts par feu le Pr Regnault : l'atropine et l'hyoscyamine. Il en est de même des digitalines, lesquelles sont loin d'être identiques les unes aux autres, des caféines, saponines, etc., etc. Le mode d'extraction des alcaloïdes est donc à reviser et à refaire ; et si l'honnêteté française pouvait s'unir à l'activité allemande en recherches de laboratoire, nul doute que notre industrie ne soit apte à saisir les données qui lui manquent. Malheureusement, il est certaines conditions économiques, telles que la cherté de l'alcool, qui entravent dans notre pays les progrès chimiques réalisables. Qu'on ne se méprenne pas sur la pensée du Dr Pouchet, lequel n'a nullement l'intention de faire revivre la vieille polypharmacie. Il s'agit uniquement de se garder des systèmes absolus. Dans l'état actuel des choses, il y a lieu de bien connaître et d'utiliser les préparations galéniques. Le discrédit dont elles souffrent tient à ce que le pharmacien, socialement transformé, ne les prépare plus lui-même, en petites quantités, c'est à-dire dans d'excellentes conditions d'activité et d'identité physiologiques ; tandis, au contraire, que l'industrie prépare en grand, c'est-à-dire dans des conditions mauvaises, quand il s'agit de manipuler des matières albuminoïdes. D'autre part, le médecin ne formule plus, parce qu'il ne sait pas ; et ces cours auront précisément pour but de le familiariser avec les préparations galéniques.

Cours d'Anatomie pathologique. — M. le Pr Cornil.

M. le Pr Cornil a consacré son premier cours d'anatomie pathologique à l'étude morphologique et physiologique de la cellule. La cellule est composée de deux parties : le noyau partie vivante, essentielle et active, et le protoplasma, partie nourissant le noyau. Le noyau lui-même possède une partie qui se colore en présence de quelques matières colorantes nucléaires, picro-carmin, hématoxyline et les substances basiques ; l'autre partie, achromatique, ne subit pas l'influence de ces réactifs. Le protoplasma se colore en présence d'autres réactifs : substances acides. Quant à la physiologie de la cellule, on sait qu'elle naît, croît, se nourrit, se multiplie et enfin meurt. L'alimentation de la cellule se fait par osmose principalement, mais exceptionnellement, elle se nourrit des corps solides, en poussant des prolongements et en englobant le corps solide. Elle a certaines prédilections pour diverses substances ; ce qu'on appelle chimio-taxie active. Il y a encore la chimio-taxie négative qui consiste en ce qu'elle repousse certaines substances. Avant de mourir, la cellule procrée ; elle se multiplie par division directe ou indirecte : kariokynèse. Certaines cellules, comme les cellules de l'épiderme, meurent plus vite, tandis que d'autres vivent plus longtemps, comme les cellules nerveuses. Le mouvement des cellules est total ou partiel. Elles possèdent la propriété des mouvements amiboïdes. En terminant son cours, M. le Pr Cornil a mentionné quelques expériences faites par lui et M. Ranvier en vue d'étude des diverses propriétés des cellules.

Cours d'Anatomie. — M. le Pr Farabeuf.

La leçon d'ouverture de M. le Pr Farabeuf a eu lieu le 8 novembre, à quatre heures de l'après-midi. Après avoir remercié les étudiants de l'accueil chaleureux qu'ils viennent de lui faire, il détaille le programme du cours qu'il entreprend. Puis il commence par le développement des vertèbres cervicales et dorsales, et il montre cette particularité très intéressante que le développement des vertèbres cervicales correspond point par point à celui des vertèbres dorsales, que la côte de ces dernières est représentée dans les vertèbres cervicales par les tubercules antérieurs de leurs apophyses transverses. Le professeur sait accompagner sa leçon par des dessins très clairs et exécutés avec son talent habituel. La fin de sa leçon a été marquée par les applaudissements répétés du très nombreux auditoire.

Cours de Clinique obstétricale. — M. le Pr Pinard.

M. le Pr Pinard, dont on se rappelle la déposition au cours du dernier procès Laporte, a procédé lundi dernier, en présence d'une assistance très nombreuse composée de ses élèves, de ses collègues et de praticiens de la ville

© BIU Santé

aussi, à la réouverture du cours de clinique obstétricale qu'il professe à la clinique Baudelocque de la Faculté de Médecine de Paris.

Il a cru ne pouvoir mieux faire que de traiter devant son auditoire cette question toute palpitante d'actualité : « *Des rapports de l'obstétrique avec la médecine légale en* 1897 ».

Répondant par anticipation à ceux qui l'accuseraient de choisir mal le lieu et le moment pour faire une semblable étude, M. Pinard a déclaré que cette thèse était un sujet clinique par excellence, puisque l'observation qu'il a à exposer, et qui lui servira de thème, montrera une malheureuse accouchée sur son lit de douleur et son accoucheur couché ensuite sur un lit de misère, si l'on peut appeler ainsi le lit de la prison ; donc, ce faisant, il fera de l'enseignement clinique. Quant au moment, il le juge absolument favorable, opportun, et il se reprocherait de laisser passer l'occasion qui s'est offerte ; il faillirait à sa tâche, selon lui, s'il ne s'efforçait au plus tôt « de parer au danger qui menace les médecins en général et les accoucheurs en particulier ».

Le rôle du professeur de clinique est en effet d'éclairer ceux qui doivent rendre la justice et non de les combattre. Seulement cette expertise compétente et contradictoire, M. Pinard la veut *dès le début de l'instruction, avant toute arrestation préventive. Toute la question est là.* Du reste, n'est-ce pas là ce que réclament depuis plus de dix ans M. Brouardel, M. Drioux, et plus récemment M. le Dr Ladreit de La Charrière? « Quelle que soit l'étendue des connaissances d'un médecin expert, il ne peut être omniscient, même agissant en vertu d'un mandat de justice. » Des salves très nourries d'applaudissements ont accueilli la péroraison du professeur.

Cours de Pathologie expérimentale et comparée. — M. le Pr Chantemesse.

Lundi soir, 8 novembre, à 5 heures, au grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique, M. le Pr A. Chantemesse a inauguré son cours de pathologie expérimentale.

Nous ne saurions citer les nombreux professeurs et agrégés venus pour applaudir aux débuts de la carrière professorale du brillant successeur du regretté Straus. Les médecins, les chirurgiens des hôpitaux, les praticiens de la ville, les étudiants avaient envahi l'Amphithéâtre et c'est après une triple salve d'applaudissements que M. Chantemesse a pu parler.

Le jeune professeur, qui n'est pas un ingrat, a commencé par rendre hommage à ses maitres, « à ceux qui l'ont pris par la main pour le conduire jusqu'à la haute situation qu'il occupe », a-t-il dit en propres termes. Ces maitres sont MM. Cornil, Grancher, Dieulafoy, etc., à la Faculté, Roux et Metchnikoff à l'Institut Pasteur. Il a fait ensuite l'éloge de son prédécesseur, M. Straus, le savant désintéressé et généreux, unanimement regretté de ses collègues, de ses élèves et de ses amis. Il a terminé par un exposé historique et critique des progrès et des résultats de la bactériologie. — Cette leçon mérite mieux qu'une analyse ; elle prouve que, si les maitres du professeur Chantemesse l'ont, comme il l'a dit lui-même (peut-être avec trop de modestie), pris par la main, c'était plus pour l'assurer de leur affection et de leur estime, que pour lui assurer un appui dont son opiniâtreté au travail et ses brillantes facultés lui permettaient de se passer.

Conférence de Pathologie externe. — M. le Dr Aug. Broca, professeur agrégé.

Le cours d'ouverture a eu lieu le 6 novembre 1897, à 5 heures. Les mardi, jeudi et samedi, à 5 heures, M. le Dr Broca continuera ses leçons, inaugurées au grand Amphithéâtre de la Faculté. La série de ces conférences aura trait à la *chirurgie des membres*. L'orateur s'occupera spécialement des enfants, car la chirurgie des membres concerne surtout ces derniers.

Il a d'abord donné quelques conseils aux étudiants sur la façon de « triturer » les enfants pour arriver à spécifier le siège du mal, à en noter la nature et l'évolution. Il a recommandé ensuite de bien diriger l'interrogatoire, en ne demandant aux enfants que ce qu'ils savent. Enfin, pour l'examen direct, il a engagé les élèves à examiner l'*enfant nu* et à faire l'examen comparatif des deux côtés.

Conférences d'Accouchements. — M. le Dr Bonnaire, professeur agrégé.

M. le Dr Bonnaire, professeur agrégé à la Faculté, a inauguré ses conférences vendredi 5 novembre à 6 heures, dans le grand Amphithéâtre, devant un nombreux auditoire.

Avec une grande clarté d'exposition, M. Bonnaire a commencé l'étude des accouchements par un exposé de l'anatomie de l'utérus ; nous regrettons que la nature même de la leçon ne permette guère d'en faire l'analyse. Aucun résumé, en effet, ne pourrait donner idée des qualités du professeur : netteté, clarté, simplicité, qui rendront ces conférences sur un sujet un peu aride, des plus intéressantes et des plus utiles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (*Suite*) (1).

(Paris, 18-23 Octobre 1897).

Séance du 23 octobre (matin).

Anévrisme cirsoïde de la région du sourcil.

M. le Dr Jacques Reverdin (de Genève). — J'ai observé un cas d'anévrisme cirsoïde de la région du sourcil, qui me paraît pouvoir éclairer la pathogénie, encore obscure, de cette maladie. Un homme de 31 ans est atteint, en mars 1895, d'une gastro-entérite infectieuse, caractérisée par un état typhoïde, une fièvre peu vive, des vomissements et de la diarrhée, des épistaxis, de l'albuminurie légère, suivie d'une névrite du médian, d'ascite et d'œdème des membres inférieurs. Au début de la maladie, il s'était produit un gonflement avec œdème et sensibilité à la pression à la racine du nez. La guérison s'était achevée et les forces étaient peu à peu revenues, lorsqu'au printemps suivant on remarqua à la partie interne du sourcil gauche une petite grosseur, qui augmenta peu à peu et prit les caractères d'un anévrisme cirsoïde : tumeur bosselée, laissant voir par transparence un lacis de vaisseaux dilatés et tortueux ; dilatation et état tortueux des artères voisines, souffle continu à redoublement, thrill. — Je pense qu'il faut interpréter ce fait de la façon suivante : au début de la maladie, artérite infectieuse causant la tuméfaction de la racine du nez, laissant comme trace une thrombose organisée d'une artériole constatée dans la pièce après l'opération ; cette artérite a d'autre part affaibli les parois des artérioles voisines et peu à peu celles-ci se sont laissé dilater et ont ainsi donné lieu à la formation de l'anévrisme cirsoïde. Je pense que très probablement, comme divers auteurs l'ont déjà supposé, les anévrismes cirsoïdes,

(1) Voir *Progrès médical*, nos 43 et 44.

© BIU Santé

consécutifs aux traumatismes, s'expliquent aussi par l'artérite; peut-être des lésions de même ordre sont-elles à l'origine des anévrismes cirsoïdes consécutifs aux *nævi* et peut-être enfin quelques-uns des anévrismes cirsoïdes qualifiés de spontanés sont-ils dus, comme dans mon cas, à des artérites de cause internes méconnues. La pathogénie des anévrismes cirsoïdes se trouverait ainsi unifiée.

Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la maladie de Little.

M. le Dr Lebrun (de Namur). — L'auteur décrit trois cas de maladie de Little, dans lesquels il est intervenu chirurgicalement, en suivant la méthode indiquée par M. Marfan en 1894, et d'une façon très analogue en 1896 par MM. La Bonnardière et Vincent (de Lyon). Cette méthode consiste dans l'éducation méthodique des membres, d'abord des mouvements passifs d'extension et de flexion, et, s'il existe des rétractions fibreuses des tendons, à pratiquer la ténotomie, et en même temps du massage; puis l'éducation des mouvements actifs, et enfin des exercices de marche facilités par des appareils orthopédiques. Dans les trois cas, il a obtenu une amélioration sensible, immédiate au point de vue de la motricité progressive et rapide au point de vue de la marche, enfin un retentissement favorable sur l'état général. Contrairement cependant à M. Vincent, l'auteur, après la ténotomie, ne prolonge pas l'immobilisation dans un appareil plâtré au-delà de 10 à 12 jours, c'est alors qu'il commence les massages, etc.

Tuberculose juxta-coxale.

M. le Dr V. Ménard (de Berck-sur-Mer). — J'ai rencontré un certain nombre de malades chez lesquels un foyer tuberculeux, développé sur le fémur ou sur le bassin dans le voisinage de la hanche, occasionnait des symptômes analogues à ceux de la coxalgie. Deux de ces malades offraient une affection tuberculeuse très étendue de l'ischion; un autre de la branche ischio-pubienne; un troisième de la partie supérieure des sourcils cotyloïdiens; chez un adolescent de 16 ans, l'ilium était tuméfié dans la plus grande partie de son étendue par un spina ventosa tuberculeux. Sur le fémur, les lésions tuberculeuses du grand trochanter sont assez rares chez l'enfant. Bien qu'il y ait une certaine analogie entre les symptômes de la tuberculose juxta-coxale et ceux de la coxalgie elle-même, le diagnostic différentiel entre ces deux localisations articulaire et juxta-articulaire est le plus souvent facile. On ne reconnaît l'affection juxta-articulaire qu'à la période d'abcès ou de gonflement. Les signes articulaires associés n'ont pas la gravité de ceux qu'on observe dans la coxalgie avec abcès ou avec empâtement. Le traitement opératoire des affections juxta-coxales conduit rapidement à la guérison.

De la correction des attitudes vicieuses et du raccourcissement dans la coxalgie.

M. le Pr P. Redard. — L'auteur recommande le redressement forcé sous le chloroforme avec de puissantes machines de traction qu'il décrit, et déclare, en suppuyant sur de nombreuses observations, que cette méthode est excellente, que, pratiquée dans de certaines conditions, elle est exempte de dangers et rendra de grands services dans la pratique de la chirurgie infantile.

Séance du 23 octobre (soir).

De l'hystérectomie abdominale totale et partielle.

M. le Dr F. Terrier. — L'auteur a pratiqué 14 opérations d'hystérectomie abdominale totale avec autant de succès pour fibromes utérins, épithélioma du corps utérin, grossesse extra-utérine; il a suivi, quoiqu'en la modifiant quelque peu, la méthode préconisée par M. H. Delagénière (du Mans); l'auteur décrit les différents temps de l'opération. Il a pratiqué également l'hystérectomie abdominale partielle ou sus-vaginale (qui consiste à ne conserver que le col utérin) chez les vierges et aussi dans les cas également où il ne pouvait compter sur une désinfection parfaite de la cavité vaginale.

Hystérectomie totale pour gros fibromes. Résultats de 57 cas opérés par mon procédé.

M. le Dr Le Bec (de Paris), chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph. — Mon procédé est basé sur la ligature préalable des vaisseaux utéro-ovariens, des artères utérines et la perforation des culs-de-sac, l'ablation des fibromes, du col et la suture du péritoine pelvien, ou bien le drainage selon les cas. Je l'applique aux gros fibromes non enlevables par le vagin. (Voir *Cong. de Chir.*, 1895, page 939, avec figures explicatives).

Je l'ai appliqué 57 fois; quelques fibromes atteignaient 12 kilog., et sur des malades exsangues. Il permet de tout couper entre deux ligatures et d'aller vite. Je suture le péritoine pelvien, quand cela se peut.

J'ai toujours pu appliquer mon procédé, quels qu'aient été le volume, l'enclavement et les adhérences. Pour mon tableau de statistique, on peut voir que j'ai rencontré toutes les difficultés.

Résumé : Kystes ou sarcomes des ovaires, 7 fois. Salpingites volumineuses et adhérentes, 1 fois. Cancers de l'utérus avec fibrome du fond, 1 fois. Adhérences totales nécessitant le morcellement, 3 fois. Adhérences à la paroi antérieure à l'intestin, 18 fois. Enclavement serré dans le bassin, 3 fois. Infiltration dans les ligaments larges, 5 fois. Le péritoine pelvien a été suturé 45 fois; drainé, 12 fois. Accidents mortels, 5 fois. Détails : péritonite septique, 2 fois. Intoxication mercurielle par des compresses-éponges mal exprimées, 1 fois; la malade est morte le trente-quatrième jour. Epuisement, mort dans les 6 heures, 2 fois.

Deux fois, hémorragies légères d'une artère vaginale, facilement arrêtées par une éponge. Je n'ai donc pas eu d'accident mortel, imputable à mon procédé. Mon procédé ne le cède à aucun autre en sécurité, puisque tous les vaisseaux sont liés avant d'être coupés; ni en rapidité, car, le 2 août 1897, en présence du Pr Bide, de Clermont-Ferrand, j'ai pu enlever un fibrome de 7 kilos exactement en six minutes.

De l'hystérectomie totale vaginale et abdominale.

M. le Dr Thomas Jonnesco (de Bucarest). — Depuis le mois d'avril 1895, j'ai pratiqué 77 castrations totales utéro-annexielles dont 40 par la voie vaginale, 2 par la voie combinée vagino-abdominale et 35 par la voie abdominale. Mes 40 *hystérectomies vaginales* se décomposent ainsi : affections utérines : cancer (9), métrites hémorragiques (6), fibrome (1), prolapsus (6) et affections des annexes : salpingites suppurées (17), grossesse tubaire (1). J'ai eu 8 accidents mortels dus à : l'hémorragie secondaire, après l'enlèvement des pinces (2), pincement et sphacèle de l'intestin (1), infection secondaire pendant l'élimination des escarres (5).

Le procédé que j'emploie est celui de Müller-Quénu, avec une modification : l'incision médiane de l'utérus, je la poursuis du col vers le fond sur la moitié seulement de l'organe, puis avec la main gauche, introduite par le cul-de-sac postérieur ouvert, je fais basculer le fond en avant, et après l'avoir fait sortir par le cul-de-sac antérieur ouvert, je l'incise d'avant en arrière, jusqu'à la complète séparation des deux moitiés utérines. De cette façon, la cavité utérine est ouverte en dehors du pelvis et on risque moins d'infecter ce dernier. Pour l'hémostase, j'emploie les pinces.

Les deux cas d'*hystérectomie vagino-abominale*, pour un volumineux cancer total de l'utérus et pour un volumineux utérus myomateux avec des lésions multiples des annexes (kystes des ovaires et hydro-salpinx) m'ont donné deux guérisons. L'*hystérectomie abdominale totale*; je l'ai employée dans les affections suivantes : affections de l'utérus : fibromes (3), fibrome avec salpingite double (1), fibrome avec lésions aseptiques des annexes (2), métrite parenchymateuse, lésions aseptiques des annexes (1), cancer (6), sarcome de l'utérus et de l'ovaire (1), prolapsus (2); affections des annexes : lésions aseptiques bilatérales (kyste simple ou dermoïde, ovaires polykystiques, hydro-salpinx, grossesse tubaire (3); salpingites suppurées (14); kyste endopapillaire de l'ovaire suppuré (1); pelvi-péritonite chronique suppurée (1).

J'ai eu six accidents mortels, dont trois pour des cancers étendus sur les parois vaginales, une suppuration disséquante du pelvis, un épuisement par cachexie et un cas de blessure de l'intestin par l'aiguille au moment de la fermeture de l'abdomen.

Mon procédé de castration abdominale totale que j'emploie depuis avril 1896 présente les points essentiels suivants : Enlèvement en totalité et d'une seule pièce de l'utérus et de ses annexes; suppression des pinces aussi bien temporaires que permanentes; suppression de toute hémorragie par la ligature préventive du pédicule annexiel (artère utéro-ovarienne), du ligament rond (artère du ligament rond) et du pédicule utérin (artère utérine); ouverture en premier lieu du cul-de-sac vaginal antérieur, sans conducteur vaginal et section par le vagin des culs-de-sac latéraux et postérieur; placement sous-péritonéal des moignons artériels et recons-

© BIU Santé

titution du plancher pelvien péritonéal sur toute l'étendue de la surface cruentée, laissée par la section des ligaments larges : fermeture du vagin lorsqu'on s'adresse aux affections aseptiques ou lorsque les poches annexielles ont été extraites sans être ouvertes; drainage pelvien, par le vagin lorsque le contenu annexiel purulent et septique s'est déversé dans le pelvis.

Ma pratique personnelle m'a conduit aux conclusions suivantes : l'hystérectomie abdominale totale est l'opération de choix pour l'ablation de l'utérus et de ses annexes ; la voie vaginale n'est qu'une opération de nécessité. Pour les tumeurs utérines, sauf le cancer, la voie abdominale est préférable ; pour le cancer mobile ou mobilisable, la voie vaginale est supérieure.

Dans les affections bilatérales aseptiques des annexes, il faut pratiquer la castration abdominale totale, car l'utérus dans ces cas devient mobile et dangereux. Dans ces affections septiques utéro-annexielles, la voie abdominale met à l'abri de toute méprise sur la bilatéralité des lésions ; c'est une opération faite à ciel ouvert, réglée, méthodique, d'exécution facile ; elle permet l'ablation complète des organes malades et donne par là même des résultats thérapeutiques parfaits et durables. La castration utérine vaginale, opération de Péan, est seule indiquée dans les cas de suppurations étendues du petit bassin avec un dôme d'adhérences, qui sépare le pelvis du ventre et qu'il serait dangereux d'ouvrir ; dans ces cas le drainage vaginal s'impose.

Enfin, contrairement à la castration totale vaginale, la castration abdominale totale met à l'abri des accidents opératoires ou post-opératoires comme : hémorragie primitive ou secondaire, blessures des organes voisins : uretère, vessie rectum. Grâce à l'asepsie, l'opération par l'abdomen est aussi bénigne, sinon plus, que l'intervention par le vagin et je crois pouvoir affirmer que c'est là l'opération de l'avenir.

Discussion. — M. le Dr PANTALONI (de Marseille), répondant à M. Jonnesco, pense qu'il n'y a qu'une seule méthode opératoire d'hystérectomie abdominale totale basée à la fois sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs et sur le mode de vascularisation de la matrice, c'est la *décortication sous-séreuse de la tumeur* ; mais cette méthode comporte des procédés différents suivant les cas :

a) Dans les cas simples, le meilleur est d'aborder la masse par le cul-de-sac postérieur.

b) Dans les cas compliqués, lorsqu'il s'agit de fibromes enclavés et adhérents au Douglas, rendant l'abord de celui-ci long et pénible, lorsqu'il s'agit de fibromes avec annexites suppurées adhérentes formant une masse compacte et septique remplissant aussi le Douglas, on peut aborder la matrice par le cul-de-sac antérieur.

Ainsi, on ne perdra pas un temps précieux à trouver le vagin ; on ne se contaminera pas les doigts, dès le début des manœuvres ; enfin, on terminera par la zone septique. Au besoin, on décortiquera en bloc les masses suppurées en passant sous le péritoine, quitte à suturer le lambeau séreux antérieur, c'est-à-dire ce qui reste de péritoine à la face antérieure de la région sacrée et à drainer au-dessous par le vagin. Ce sont là les réflexions qui lui ont été suggérées par 32 opérations avec un seul insuccès depuis deux ans.

Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs de l'utérus.

M. le Dr A. MONPROFIT (d'Angers). — L'hystérectomie abdominale est devenue le traitement de choix pour les tumeurs *fibreuses volumineuses* ; nos résultats sont devenus si satisfaisants que la gravité d'une hystérectomie abdominale est presque la même que celle d'une simple ablation d'annexes. Nous l'employons en outre pour les *tumeurs fibreuses de moyen et de petit volume*, que nous aurions autrefois traitées par l'hystérectomie vaginale. L'opération nous paraît plus facile en général et plus sûre dans son hémostase immédiate et secondaire ; parfois il est possible de conserver la matrice et ses annexes, alors que l'intervention avait été commencée dans le but de pratiquer l'extirpation totale. Certains cas de myômes sous-péritonéaux ou pédiculés ne peuvent être sûrement reconnus que lorsque l'abdomen est ouvert ; l'hystérectomie vaginale ne permet pas aussi facilement de conserver la matrice et ses annexes dans de pareils cas. Nous employons aussi l'opération par l'abdomen, pour enlever les *tumeurs malignes* du corps et du col dans certaines conditions. Si l'épithélioma a complètement détruit le col de la matrice, l'intervention abdominale est infiniment plus facile, plus rapide et plus sûre que l'intervention vaginale ; j'ajoute qu'il est plus facile aussi de faire une ablation complète par la voie abdominale. S'il s'agit d'une *tumeur maligne du corps de la matrice* avec augmentation notable du volume de l'organe, l'ablation par l'abdomen nous paraît infiniment préférable à tous égards. Pour ces tumeurs, il arrive en effet que l'ablation par le vagin ne peut se faire que par morcellement ; or le morcellement d'une tumeur maligne par la voie vaginale, en dehors des risques d'inoculation qu'il comporte, donne parfois les plus grandes difficultés pour la prise et l'extraction des parties friables qui cèdent constamment sous la pince, et aussi pour l'hémostase.

Nous utilisons volontiers dans ces cas l'intervention mixte ou *vagino-abdominale* ; dans un premier temps, nous sectionnons les culs-de-sac vaginaux et la base des ligaments larges, après pincement des utérines.

Dans un second temps, nous ouvrons la paroi abdominale, et sectionnant la partie supérieure des ligaments larges et les culs-de-sac péritonéaux, nous enlevons avec la plus grande facilité une tumeur que des tractions intempestives par l'une ou l'autre voie auraient fatalement déchirée, vu sa grande friabilité.

En résumé : 1° L'hystérectomie abdominale totale employée dans le traitement des grosses tumeurs utérines n'est plus à discuter. 2° Dans le traitement des *tumeurs moyennes ou petites bénignes ou malignes*, elle permet de faire soit une ablation plus complète et plus radicale, soit une *conservation de la matrice* qui n'eut pas été possible par la voie vaginale. 3° Nous la considérons, en outre, combien plus facile et comme plus sûre ; pour ces diverses raisons, nous croyons que le *champ de l'hystérectomie vaginale ira se rétrécissant*, alors que celui de l'*hystérectomie abdominale ira s'élargissant*.

De l'hystérectomie abdominale totale comme temps préliminaire de l'extirpation des kystes papillaires intraligamentaires.

M. le Dr H. DELAGÉNIÈRE (du Mans). — L'extirpation complète des kystes papillaires parovariens est souvent impossible ; et le chirurgien doit reconnaître son impuissance en marsupialisant la poche. Dans deux cas que nous avons opérés avec succès, nous avons pratiqué comme temps préparatoire de l'intervention, l'extirpation complète de l'utérus dans le but de créer une brèche centrale, donnant accès sur les parois du kyste et sous le péritoine pelvien. L'opération, faite dans ces conditions, a pu être menée à bien sans grandes difficultés. Voici quels en sont les temps principaux.

Le ventre ouvert, on recherche l'utérus et on place une pince sur son fond, pour le maintenir fortement soulevé. On isole l'organe de haut en bas, c'est-à-dire du fonds vers le col ; on commence en avant pour le séparer de la vessie, puis en arrière pour atteindre le vagin qu'on ouvre encore et qu'on repère ; on isole ensuite les parois latérales ; puis on enlève l'organe en sectionnant circulairement le vagin autour du col. Des pinces sont placées sur les vaisseaux qui donnent. Le kyste apparaît dans la brèche ; on le saisit et on commence son énucléation en suivant ses contours et en augmentant la brèche par une section du ligament large. Lorsque le bassin est évidé, on reconstitue le plancher pelvien en suturant le péritoine ; puis on place un drain dans le cul-de-sac de Douglas et on referme la cavité abdominale.

Discussion sur l'hystérectomie abdominale totale.

M. le Dr MONPROFIT (d'Angers). — Je suis très sensible aux arguments qui me sont présentés par M. Péan et par mon cher maître, M. Bouilly ; je suis convaincu qu'entre les mains d'opérateurs d'une habileté aussi universellement reconnue, l'hystérectomie vaginale donne des résultats aussi bons que l'abdominale ; mais j'envisage la question moins au point de vue de l'exérèse totale de l'organe qu'au point de vue de sa *conservation*. C'est désormais le point qui me paraît avoir la plus grande, et je dirai presque la seule importance : *par quelle voie serai-je le plus sûr de pouvoir conserver la matrice et ses annexes, si cela me paraît possible au cours de l'intervention ?* A cette question, je réponds que pour moi je crois pouvoir mieux conserver la matrice et ses annexes, *en état de*

© BIU Santé

pouvoir fonctionner, par l'intervention abdominale que par la vaginale ; j'opérerai donc le plus possible par la voie abdominale et tous mes efforts seront dirigés, non vers l'ablation totale, mais vers la conservation de l'organe, si elle est possible.

Les ablations totales de la matrice ne me satisferont jamais autant qu'une conservation de l'appareil génital ; et je crois que nous avons, dans notre légitime recherche des meilleurs procédés opératoires, trop de tendance à mutiler définitivement, avant d'avoir épuisé tous les moyens de conserver. En résumé, la laparotomie me paraît pouvoir se prêter, mieux que la colpotomie, à la conservation, et c'est pour cela que j'y ai plus volontiers recours, sans vouloir aucunement prétendre que d'autres ne font pas aussi bien par la voie vaginale que nous par l'abdominale. Je prends pour ma règle de conduite la formule suivante : *faire par la voie abdominale tout ce qu'il est possible de faire par cette voie, ne faire par le vagin que ce qu'on ne peut pas faire par l'autre voie.* Nos adversaires peuvent facilement prendre la formule opposée.

Castration abdominale totale pour salpingites suppurées.

M. le Dr Monprofit (d'Angers). — Nous avons pratiqué six fois la castration abdominale totale pour affections chroniques des annexes, nécessitant leur ablation. Les résultats immédiats de cette intervention sont excellents ; nos malades ont tous guéri ; les résultats définitifs, au point de vue des phénomènes douloureux, paraissent devoir être beaucoup meilleurs que par l'ablation simple des annexes. Nous employons un manuel opératoire différent, selon la nature des cas : 1° si les tumeurs annexielles sont très volumineuses et cachent en quelque sorte la matrice, nous soulevons d'abord la tumeur salpingienne la plus volumineuse, ensuite la tumeur du côté opposé, et finalement la matrice ; 2° si au contraire la matrice paraît facilement abordable, nous procédons d'abord à son ablation de la façon suivante : nous sectionnons les ligaments larges le long du bord utérin, et nous faisons l'hémostase au moyen de pinces hémostatiques ou de pinces à pédicule, selon les cas. Nous traçons ensuite une incision circulaire sur le péritoine, autour de la partie inférieure de la matrice. Nous réduisons ensuite la vessie et nous ouvrons, en premier lieu, *le cul-de-sac vaginal antérieur*. Nous pinçons alors le col utérin et nous l'extrayons de bas en haut par la brèche faite à la paroi vaginale antérieure. Le vagin est alors sectionné autour du col ; les utérines sont pincées de chaque côté et l'utérus est enlevé. Il est alors généralement assez facile d'extraire les annexes en les décollant de bas en haut. Lorsque les tumeurs salpingiennes sont incluses entre les lames du ligament large, il est utile de sectionner le péritoine au moyen d'un trait de bistouri tiré transversalement au devant de la trompe, sur le bord supérieur du ligament large ; on peut alors faire pénétrer le doigt entre les feuillets du ligament, et énucléer ainsi facilement de haut en bas des tumeurs salpingiennes volumineuses. Nous rappellerons que nous avons indiqué, dès 1888, dans notre thèse sur les *Salpingites et ovarites*, le mécanisme du dédoublement du mésosalpynx et du ligament large, ainsi que le manuel opératoire propre à employer en pareil cas ; nous disions aussi que la grande majorité des poches salpingiennes pouvaient être ainsi enlevées par la laparotomie ; ce point d'anatomie pathologique a depuis lors été découvert par d'autres auteurs, qui, évidemment, n'avaient pas eu connaissance de notre travail.

Lorsque la trompe et l'ovaire enflammés sont tombés dans le cul-de-sac de Douglas où ils sont devenus adhérents, le décollement se fait plus facilement par la partie postérieure ; en glissant les doigts derrière les annexes, entre elles et le rectum, on arrive à les décoller dans le fond du cul-de-sac de Douglas et on les déroule peu à peu de bas en haut, laissant la face postérieure des ligaments larges et de l'utérus dénudée et saignante. Nous enlevons alors ces annexes et ensuite la matrice. Lorsque l'ablation est terminée, nous procédons à l'hémostase définitive au moyen de ligatures jetées sur les utérines et sur les utéro-ovariennes.

La fermeture du vagin nous paraît indiquée, lorsqu'il ne reste pas une trop large surface avivée. Si l'infection en est à craindre, d'après la nature des lésions, nous laissons le vagin ouvert et établissons un drainage. Lorsque cela est possible, un surjet réunit le péritoine transversalement, d'un bord à l'autre de la cavité pelvienne.

Le nombre de nos cas est encore trop restreint pour que nous établissions un parallèle entre la castration abdominale totale et l'hystérectomie vaginale pour les suppurations pelviennes. Nous croyons que cette dernière intervention reste toujours une précieuse ressource dans les cas les plus graves. J'ajouterai que toutes les manœuvres sont singulièrement favorisées par l'emploi de ma *valve abdomino-vaginale*, qui assure, d'une façon fixe et constante, l'écartement de la plaie sus-pubienne et l'éclairage du fond du petit bassin.

Des relations de l'appendicite et des affections des annexes.

M. le Dr H. Delagénière (du Mans). — J'ai déjà eu l'occasion (1) d'attirer l'attention sur la coïncidence de l'appendicite dans certaines affections septiques des annexes. Je crois aujourd'hui qu'il y a plus qu'une simple coïncidence et que l'appendicite dont il s'agit est une appendicite spéciale, consécutive aux lésions annexielles. Cette opinion est fondée sur l'étude de cinq malades que j'ai opérées récemment. Chez l'une, j'ai pratiqué la castration abdominale totale ; chez les quatre autres l'ablation des annexes malades, et chez les cinq j'ai trouvé l'appendice malade et l'ai réséqué. Ces cinq malades ont parfaitement guéri, et leur étude m'a permis de tirer les quelques conclusions suivantes :

1° L'appendicite dont il s'agit est une appendicite folliculaire à marche lente, mais évoluant comme l'appendicite folliculaire classique.

2° Cette appendicite doit être diagnostiquée avant l'opération, afin de recourir à la voie abdominale pour l'intervention ; mais ce diagnostic est souvent malaisé. Néanmoins, les symptômes gastro-intestinaux succédant aux symptômes des salpingites ; la présence à droite de crises douloureuses survenant en dehors des périodes menstruelles, et rappelant en petit la crise d'appendicite, le point douloureux classique, etc., constituent pour nous une symptomatologie suffisante *pour choisir la voie abdominale*. En effet, il importe absolument d'enlever l'appendice malade en même temps que les annexes sous peine de faire une opération incomplète et d'avoir un échec thérapeutique.

3° Au point de vue de la pathogénie, les appendicites folliculaires qu'on rencontre en même temps que les lésions septiques des annexes ont une origine purement intestinale. La colite ou la typhlite qui préparent l'appendicite sont consécutives aux lésions inflammatoires des annexes, qui se propagent à l'intestin par contact, adhérence, puis formation d'abcès.

4° Le traitement consiste à réséquer l'appendice au ras du cæcum. On reconnaîtra que l'organe doit être enlevé aux signes suivants : présence d'adhérences mêmes lamelliformes ; sensation kystique perçue vers l'extrémité libre ou sur un point quelconque ; présence de corps étrangers qu'on ne peut pas refouler dans l'intestin ; enfin arborisations vasculaires intenses à la surface séreuse de l'appendice.

Double valve abdomino-vaginale pour laparotomie.

M. le Dr A. Monprofit (d'Angers). — J'ai l'honneur de présenter au Congrès français de Chirurgie un instrument composé de deux valves, s'appliquant, l'une dans une plaie de laparotomie pour lésions pelviennes, l'autre dans le vagin.

Ces deux valves s'articulent l'une avec l'autre au devant du pubis et tiennent ainsi parfaitement en place, écartant largement la plaie de la laparotomie, éclairant autant qu'il est possible le fond du pelvis et donnant, par suite, une grande facilité pour toutes les manœuvres qui nécessitent les ablations d'annexes, l'hystérectomie abdominale totale, et la castration abdominale totale.

Il n'est plus nécessaire d'avoir un aide occupé à tenir la valve destinée à écarter la plaie, et d'autre part le pubis maintient l'instrument en place avec beaucoup plus de constance que ne peut le faire la main d'un aide.

L'aide a donc ses deux mains libres pour collaborer avec le chirurgien pour faire les ligatures, compléter l'hémostase, et suturer le vagin et le péritoine au fond du petit bassin.

(*A suivre*). [A. P. S.]

(1) Voy. *Arch. méd. d'Angers*, mars 1897, p. 133.

© BIU Santé

ASSOCIATION DES UROLOGISTES FRANÇAIS.

Congrès de Paris. IIe Session (*suite*) (1).

Séance du 22 Octobre 1897 (soir).

De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein.

M. le Dr Carlier (de Lille). — Lorsqu'on se décide à une intervention chez un malade atteint de tuberculose rénale, on examine soigneusement tous les organes, et surtout le rein opposé, et l'on décide une néphrotomie ou une néphrectomie, suivant les renseignements fournis par cette enquête préalable. Si la vessie paraît envahie par des lésions sérieuses, on n'ose pas soumettre le malade à une opération aussi grave que la néphrectomie.

Discussion. — M. le Dr Duret. — Les lésions du rein entraînent souvent des symptômes douloureux du côté de la vessie, et on hésite à intervenir. A l'appui de la communication précédente, je citerai le cas d'un mineur atteint de tuberculose rénale, avec symptômes vésicaux très intenses; à la suite de la néphrectomie, la guérison fut complète, avec cessation de réaction vésicale.

M. le Dr Pousson. — J'ai observé bien souvent des malades atteints de tumeurs rénales et qui avaient été considérés comme ayant une cystite. Les phénomènes vésicaux, dans le cours d'affections rénales, ne sont donc pas des contre-indications opératoires.

La blennorrhagie, maladie générale.

MM. les Drs Jullien et Sibut (de Paris). — Les accidents généraux qui peuvent compliquer la blennorrhagie, et qui attestent la pénétration dans le sang du gonocoque ou de ses toxines, sont aujourd'hui bien avérés. Nous en apportons deux nouveaux cas. Ces faits sont bien connus depuis les travaux de l'école de Necker.

Pyonéphrose ou congestion rénale ?

M. le Dr Loumeau (de Bordeaux).— Chez une femme atteinte depuis longtemps de cystite intense avec énorme calcul vésical et urétéropyélite, les deux reins étaient gros et douloureux, le droit plus encore que le gauche. Il s'agissait ici, non pas d'une pyonéphrose, ainsi que je l'avais cru par erreur, mais d'une simple congestion rénale. Celle-ci a, dans l'espace de quelques semaines, entièrement disparu, tant du côté gauche non opéré, que du côté néphrotomisé.

Nouvelles observations de cathétérisme cystoscopique des uretères.

M. le Dr J. Albarran (de Paris). — Au Congrès de Moscou, j'ai décrit les résultats que mon procédé de cathétérisme urétéral m'a permis d'obtenir au point de vue de la physiologie pathologique, du diagnostic et du traitement des maladies chirurgicales du rein. Avec M. Guyon, nous vous avons dit les recherches de physiologie pathologique que ce cathétérisme nous a permis d'entreprendre.

Les grosses tumeurs du rein.

M. le Dr Carlier (de Lille). — Les grosses tumeurs du rein ne sont pas très rares; mais elles ont en général une évolution rapide qui ne cadre pas avec le cas que j'observe en ce moment.

Discussion. — M. le Dr Malherbe. — J'ai vu, chez une femme atteinte de syphilis, évoluer une grosse tumeur abdominale qui fut prise pour un kyste de l'ovaire.

Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du rein.

M. le Dr Legueu (de Paris). — Le varicocèle symptomatique des tumeurs du rein n'a pas seulement la grande valeur diagnostique que lui attribue M. Guyon; il comporte aussi, au point de vue pronostique, une importance de premier ordre.

Néphrotomie pour anurie chez une femme ayant un rein unique.

MM. les Drs Chevalier et Mauclaire (de Paris). — L'observation que nous résumons rapidement se rapporte à une femme de trente-six ans que nous avons opérée à Necker.

Cette femme a eu, à l'âge de vingt-six ans, des phénomènes de suppuration urinaire, puis de pyonéphrose (uropyonéphrose). La néphrotomie lombaire lui fut faite rapidement; les suites opératoires furent très simples; l'état de la malade s'améliora dès le jour même; et actuellement elle serait en parfait état, n'était la fistule persistante qu'il n'est pas possible de lui fermer.

Deux cas d'anurie calculeuse. Nécessité de l'opération précoce.

M. le Dr Bégouin (de Bordeaux).— J'ai observé, cette année, deux faits d'anurie calculeuse. Le premier, chez une femme qui, ayant refusé toute opération, mourut le onzième jour de son anurie; dès le troisième jour, elle avait présenté des signes d'intoxication (refroidissement); le sixième, elle avait du subdélire, et, à partir du huitième, elle était tombée dans le coma. Le second se rapporte à un homme de cinquante et un ans, que M. Binaud et moi nous opérâmes au cinquième jour de son anurie, en pleine période de tolérance apparente, par la néphrotomie lombaire.

Discussion. — M. le Dr Legueu. — Je suis heureux de voir les observations de M. Bégouin confirmer les conclusions de mes recherches sur l'anurie calculeuse.

M. le Dr Loumeau. — Je rappellerai, à l'occasion de la communication de M. Bégouin, le cas du malade que j'opérai au septième jour d'une anurie calculeuse, avec état demi-comateux.

M. le Dr Boursier. — L'anurie n'est pas à elle seule indication pour la néphrotomie. Elle peut durer plusieurs jours sans s'accompagner de phénomènes généraux, et se terminer après l'expulsion de sable ou de graviers. Pour intervenir, il faut surtout tenir compte des symptômes généraux et non de la durée de l'anurie.

Sur la cure des exstrophies vésicales par la suture marginale.

M. le Dr Duret (de Lille). — Dans un premier travail publié en 1891, j'ai divisé les exstrophies vésicales en trois groupes : 1° les exstrophies partielles; 2° les exstrophies complètes; 3° les exstrophies complexes.

Discussion. — M. le Dr Pousson. — Je profite de la communication de M. Duret, pour exposer la modification que j'ai apportée au procédé de Segond, qui présente, on le sait, ce grand avantage de refaire la paroi antérieure de la vessie avec les tissus vésicaux eux-mêmes.

Neurasthénie urinaire; crises de rétention d'urine.

M. le Dr Sorel (du Havre). — J'ai soigné depuis cinq ans un malade atteint d'écoulement blennorrhagique chronique, qui présente des crises de rétention aiguë à intervalles variables. Le cathétérisme, un peu difficile dans un urètre à région membraneuse, résistante et sensible, met fin à ces crises, mais celles-ci, tout en s'éloignant, existent toujours; les urines sont claires, il n'y a pas de lésions des organes génito-urinaires.

Discussion. — M. le Dr Boursier. — Ces malades sont des nerveux, chez qui le cathétérisme est parfois difficile à pratiquer; souvent un bain suffit pour mettre fin à la rétention.

Sur la technique de la circoncision.

M. le Dr Guiard (de Paris). — Une circoncision n'est parfaitement réussie sous le double rapport de la rapidité de la guérison et de l'élégance du résultat définitif, que si l'affrontement est rigoureusement linéaire, sans aucun écartement, dans toute l'étendue de la plaie; si la réunion est complète, sans croûte et sans suppuration, dès le second jour, sauf bien entendu, dans le cas d'adhérences; et enfin si le fourreau cutané de la verge est conservé avec une longueur suffisante pour constituer une sorte de prépuce capable de recouvrir la base du gland, et de dissimuler toute trace d'opération.

Discussion.— M. le Dr Carlier. — Je n'ai pas, depuis 2 ans, anesthésié au chloroforme un seul de mes opérés de circonci-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 43 et 44.

© BIU Santé

sion. La cocaïne a de grands inconvénients, mais qui n'existent plus si on l'injecte au niveau de la base de la verge. L'anesthésie est ainsi obtenue complètement, sauf au niveau du frein.

Sur l'hydronéphrose calculeuse de la première enfance.

M. le Dr Léon Bernard (de Paris). — J'apporte quatre observations d'hydronéphroses, que j'ai recueillies à l'autopsie de nourrissons, morts de gastro-entérite à l'hôpital des Enfants-Malades.

Séance du 23 Octobre 1897 (matin).

Des urétrites non gonococciques.

M. le Dr Jules Eraud (de Lyon), rapporteur. — De 1879 à 1884 on admettait qu'une seule espèce microbienne était la cause de l'urétrite blennorrhagique. Mais en 1884, et depuis, divers auteurs ont rapporté des cas d'urétrites dans lesquels des microorganismes autres que le gonocoque ont été trouvés. Si donc, actuellement, l'existence des urétrites non gonococciques n'est plus contestée, par contre, leur classification est encore difficile.

Discussion. — M. le Dr Noguès (de Paris), rapporteur. — J'ai divisé les urétrites non gonococciques en deux grandes classes, selon que l'écoulement contenait ou non des microorganismes, mais comme l'état antérieur du canal joue dans l'espèce un rôle capital, j'ai été amené à faire deux sous-divisions et je diviserai ainsi successivement les urétrites microbiennes et les urétrites non microbiennes en primitives et en secondaires.

Quelques cas d'urétrites aseptiques et infectieuses primitives.

M. le Dr Janet (de Paris). — Autant ces affections sont fréquentes après l'invasion gonococcique, autant elles sont rares avant celle-ci.

Discussion. — M. le Dr Reymond. — Je ne crois pas que la contagion soit bien à redouter, en cas d'urétrite non blennorrhagique : dans le cas que j'ai publié et sur lequel s'appuie M. Noguès, le saprophyte trouvé dans la trompe était accompagné du gonocoque, et d'autre part, je n'ai aucune raison de croire que ce saprophyte ne se trouvât pas à l'état normal aussi bien dans les organes génitaux de la femme que dans ceux de l'homme.

M. le Dr Hogge (de Liége). — Je m'étonne que M. Noguès accorde aux candidats au mariage la permission qu'ils sollicitent, sur les simples données de l'examen miscroscopique des sécrétions urétrales, alors que, pour déclarer et sans doute pour traiter une prétendue urétrite aseptique primitive, il exige le contrôle de l'épreuve des cultures.

M. le Dr Genouville. — Je rappelle une observation d'urétrite microbienne non gonococcique primitive, survenue deux mois après une blennorrhagie guérie.

M. le Dr Noguès. — Les ensemencements que j'ai faits avec des sécrétions urétrales, dans lesquelles je n'avais pas trouvé de gonocoques à l'examen microscopique direct, ne m'ont jamais fourni que des résultats négatifs, bien que je me sois placé dans les conditions les plus favorables. Peut-être en sera-t-il autrement avec le nouveau milieu de Wassermann de Berlin : la question est à l'étude.

M. le Dr Eraud (de Lyon). — Je trouve très défectueux la dénonciation d'urétrites aseptiques, qui tend de plus en plus à être adoptée aujourd'hui, et le terme d'urétrite amicrobienne me paraît bien préférable.

M. le Dr Guiard (de Paris). — Au point de vue de la contagiosité, M. Noguès me paraît trop pessimiste, en voulant interdire le mariage à tout malade atteint d'urétrite microbienne.

M. le Dr Janet. — Il me semble que les porteurs de gonocoques ne sont pas les seuls à qui nous devons interdire le mariage.

M. le Dr Kraus. — Je propose de remplacer le nom de urétrite aseptique par celui de urétrite oligonococcique.

M. le Dr Guiard (de Paris). — Un mot, en terminant, sur les génitalites des jeunes mariées : M. Janet les attribue à une infection par les microbes de l'urètre masculin. Je crois qu'elles peuvent se produire sans cela. J'ai observé trois cas de vulvo-vaginite, survenus au début du mariage. La sécrétion contenait de très nombreux microbes. Les maris n'avaient absolument rien. Je crois que les microbes saprophytes du vagin, inoffensifs en temps ordinaire, étaient devenus pathogènes à l'occasion des phénomènes congestifs, déterminés par les premiers rapports, et qu'il n'y avait eu aucune espèce de contagion.

M. le Dr Pousson (de Bordeaux). — Je critique le nom d'urétrite aseptique et lui préférerais celui d'*urétrite amicrobienne*. Au point de vue du mariage, sans être aussi sévère que quelques-uns des orateurs précédents, on doit cependant être très prudent. La présence des gonocoques, ou une très grande quantité de microbes doit prohiber le mariage.

Séance du 23 Octobre (soir).

Cystotomie sus-pubienne et résection des canaux déférents chez un prostatique. Suites éloignées.

M. le Dr E. Tailhefer (de Toulouse). — J'ai fait sur le même prostatique, la cystotomie sus-pubienne et la résection des canaux déférents, à vingt-cinq jours d'intervalle. La première de ces opérations date de quatorze mois. J'ai examiné cet opéré dans les derniers jours du mois de juillet dernier : il jouissait d'une santé générale et urinaire parfaites.

Sur une forme singulière de cancer de l'urètre.

MM. les Drs Binaud et Chavannaz (de Bordeaux). — Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans ayant une déformation singulière de la verge. Le sujet subit l'urétrotomie externe et succomba quarante jours après cette opération. L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'un carcinome encéphaloïde.

Sarcome de l'urètre. Emasculation totale.

M. le Dr Mariachess (d'Odessa). — Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, chez qui une induration de la région pénienne prit un développement rapide et gêna bientôt la miction ; le scrotum fut bientôt envahi, et quatre mois après le début, la rétention d'urine s'établit et la vessie se distendit jusqu'au-dessus de l'ombilic. Une urétrotomie interne fut pratiquée d'abord, puis quelques jours après, des incisions périnéales furent nécessitées par une infiltration de l'urine ; les suites furent satisfaisantes et dix jours après le malade quittait l'hôpital. Trois mois après, il n'y avait pas trace de récidive.

Un cas de collection rétro-vésicale à point de départ appendiculaire ayant déterminé le passage du bacterium coli à travers les parois de la vessie.

MM. les Drs Hartmann et Reymond (de Paris). — Il s'agit d'un malade âgé de seize ans, n'ayant jamais eu de blennorrhagie, ni subi de cathétérisme : une collection se développa entre le rectum et la vessie, englobant la paroi postérieure de cette dernière. La collection fut ouverte par M. Hartmann, à l'aide d'une incision sous-ombilicale médiane : les suites ont été des plus simples.

Discussion. — M. le Dr Reblaud (de Paris). — Je me demande si la pathogénie qui vient d'être invoquée par M. Reymond pour expliquer le passage du bacterium coli dans l'urine, doit être admise. Pourquoi le bacterium coli aurait-il traversé seul les parois de l'intestin malade, sans être accompagné par d'autres microbes ? Ne serait-il pas plus logique d'admettre un passage du microbe dans le sang, puis son élimination par le rein ?

Calcul enchatonné de la vessie.

M. le Dr Nicolich (de Trieste). — Voici une observation assez rare de calcul vésical. A l'autopsie d'un malade âgé de soixante-douze ans, j'ai trouvé une vessie à parois épaissies, occupée par une grosse pierre immobile, dont le tiers seulement faisait saillie dans la cavité vésicale, tandis que le reste était enchatonné dans un diverticule derrière la prostate.

Traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé de « dédoublement ».

M. le Dr Loumeau (de Bordeaux). — J'ai eu l'occasion d'appliquer trois fois, avec un succès immédiat et complet, le pro-

© BIU Santé

cédé de dédoublement, au traitement de fistules vésico-vaginales consécutives : l'une, à un accouchement désastreux ; la seconde, à l'ulcération produite par le port d'un vieux pessaire; la troisième à la fistulisation d'une taille vaginale.

Sur quatre cas de tumeurs de la vessie.

M. le Dr Malherbe (de Nantes). — J'ai étudié quatre tumeurs vésicales, dont l'une a eté opérée par M. Pousson et les trois autres par moi. Trois de ces tumeurs sont des papillomes. Les symptômes observés ont été des hématuries assez abondantes chez les trois malades; les douleurs ont été nulles ou très modérées; dans la seconde observation, nous notons des rétentions d'urine, faciles à expliquer par la situation de la tumeur pédiculée qui venait s'appliquer contre l'orifice vésico-urétral, à la manière d'un clapet. Les trois tumeurs ont été assez facilement vues au cystoscome avant l'opération.

Sur un cas de tumeur vésicale.

M. le Dr Pousson (de Bordeaux). — J'ai opéré, il y a une quinzaine de jours, un homme chez lequel j'avais diagnostiqué une tumeur de la vessie. Il s'agissait d'une volumineuse pyonéphrose que j'ai opérée la semaine dernière. A mon grand étonnement l'examen histologique, qui demandera à être répété d'ailleurs, aurait montré que le prolongement canaliculé dont j'ai parlé n'était pas l'uretère.

Fragmentation et expulsion spontanées des tumeurs de la vessie.

M. le Dr Desnos. — La marche des tumeurs de la vessie est essentiellement variable et présente souvent des rémissions de longue durée qui simulent une guérison. Dans 4 cas j'ai pu, grâce à des examens cystoscopiques répétés, observer de près cette évolution et saisir le mécanisme.

Tumeur développée dans un énorme diverticule de la vessie.

M. le Dr Nicolich (de Trieste). — A l'autopsie d'un homme de soixante-dix ans, ancien rétréci, j'ai trouvé une vessie dilatée, à parois épaissies et à muqueuse ulcérée. Sur le côté droit de la vessie, derrière l'urètre, se trouvait un orifice de 2 centimètres de diamètre, et conduisant dans un diverticule qui avait la forme d'une vessie et qui était plus grand que la vessie même; dans ce diverticule s'était développée une tumeur villeuse de gros volume.

Corps étrangers de la vessie.

M. le Dr Picqué (de Paris). — J'ai fait deux tailles pour corps étrangers de la vessie. Dans le premier, il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital pour salpingite. Dans le second cas, il s'agissait d'un homme présentant un rétrécissement de l'urètre, avec quelques légers phénomènes vésicaux.

De la voie sous-symphysaire pour aborder l'urètre féminin.

M. Legueu (de Paris). — On a rarement l'occasion de pratiquer sur l'urètre féminin les opérations complexes que nécessitent les inflammations plus profondes de l'urètre de l'homme. Dans certains cas, cependant, il est nécessaire de sectionner l'urètre sur une grande longueur, soit pour enlever un rétrécissement, soit pour poursuivre des polypes qui se prolongent à une certaine profondeur. L'urétrotomie externe pratiquée sur la paroi inférieure, la section de la cloison urétro-vaginale se répare rarement par réunion primitive ; la désunion laisse une fistule, une brèche qu'il faut plus tard combler. C'est pour remédier à cet inconvénient que j'ai eu l'idée de choisir de préférence la paroi supérieure de l'urètre pour pratiquer l'urétrotomie externe chez la femme.

Cinq cas de polypes urétraux.

M. Janet (de Paris). — Les polypes de l'urètre, si fréquents chez la femme, sont loin d'être rares chez l'homme.

On peut les diviser en polypes de la fosse naviculaire, visibles à l'œil nu, et polypes profonds, accessibles seulement à l'endoscope.

Parmi les polypes profonds, les uns sont liés au processus scléreux du rétrécissement, les autres sont indépendants de ce processus. Nous ne nous occuperons que de ces derniers.

Syphilome diffus de la verge.

M. Glantenay (de Paris). — Voici une observation assez rare ; il s'agit d'un homme de trente ans, ayant eu une syphilis certaine, traitée seulement pendant quinze jours, et qui vit se développer, quatre ans après le chancre, une induration de l'urètre. Le syphilome diffus de l'urètre transformait le canal en un cordon dur du frein préputial ; au fond du périnée, il y avait sur le gland des syphilides tuberculo-ulcéreuses. Le résultat de ces lésions était, des mictions fréquentes et douloureuses ; un jet éparpillé en éventail.

Anatomie et développement de l'urètre d'après des projections de préparations microscopiques.

M. Hogge (de Liége). — Voici des coupes en série de l'urètre, de la prostate et de la vessie du nouveau-né ; de la prostate d'adulte au niveau de l'utricule et des canaux éjaculateurs ; puis de tout le bassin du fœtus de deux mois et demi, de trois mois et à terme.

Présentations d'instruments.

M. Janet (de Paris). — Cystofantôme ; endoscope urétrotome ; sécateurs pour trajets para-urétraux.

M. Albarran (de Paris). — Cystoscope pour cathétérisme de l'uretère.

M. Desnos (de Paris). — Appareil pour la stérilisation des sondes.

M. Kraus (de Carlsbad). — Appareils pour la stérilisation des sondes.

M. Duchastelet. — Nouvel aspirateur des graviers ; urinal antiseptique pour la sonde à demeure ; nettoyeur vésical, avec robinet à double effet ; trousse de ville pour les voies urinaires. [A. P. S.]

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA LÈPRE

Berlin, 1897.

La discussion a porté principalement sur l'*agent pathogène de la lèpre*. Cet agent est le *Bacillus lepræ*, qu'ont fait connaître au monde entier, depuis près de vingt-cinq ans, la découverte de Hansen et les travaux de Neisser. On n'est pas fixé jusqu'à présent sur le mode de développement du bacille, pas plus que sur son mode de pénétration dans l'organisme humain ; mais les travaux de la Conférence donnent déjà des indications sur les modes de propagation du bacille dans ce même organisme. Tous les membres de la Conférence sont d'accord sur ce fait, que l'homme seul est porteur du bacille.

D'intéressantes observations ont été communiquées sur la grande quantité de bacilles éliminés par la peau et les muqueuses nasales et buccales. Il serait à désirer que de nouvelles recherches soient faites dans cette direction, dans les pays où l'on rencontre beaucoup de cas de lèpre. En dehors de ces questions purement scientifiques, les secrétaires relèvent ce fait d'importance pratique, que la lèpre doit être regardée comme une maladie contagieuse. Tout lépreux constitue un danger pour son entourage, danger qui augmente avec la durée et l'intimité de ses rapports avec ce même entourage, sans préjudice des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles il vit. Il en résulte que c'est principalement dans la population pauvre et misérable que le lépreux constitue un danger permanent pour sa famille et ses compagnons de travail. Toutefois on ne saurait nier que des cas de transmission à des personnes vivant dans les meilleures conditions d'hygiène s'observent de plus en plus fréquemment.

La théorie de la transmission héréditaire de la lèpre perd chaque jour du terrain en faveur de la théorie contagioniste. Quant à la thérapeutique de la lèpre, elle n'a donné jusqu'à ce jour que des résultats palliatifs ; la sérothérapie elle-même n'a pas changé cet état des choses.

En raison de l'incurabilité de la lèpre, des dommages individuels et sociaux causés par elle, ainsi que des résultats obtenus en Norvège grâce aux mesures légales d'isolement, la Conférence, se basant sur le principe de la contagiosité de la lèpre, a adopté comme conclusions définitives, les propositions suivantes de Hansen amendées par Besnier : 1. Dans tous les pays où la lèpre forme des foyers ou prend une grande ex-

© BIU Santé

tension, l'isolement est le meilleur moyen d'empêcher la propagation de la maladie. 2. La déclaration obligatoire, la surveillance et l'isolement, tels qu'on les pratique en Norvège, doivent être recommandés à toutes les nations, dont les municipalités sont autonomes et possèdent un nombre suffisant de médecins. 3. Il faut laisser aux autorités administratives le soin de fixer, sur l'avis des conseils sanitaires, les mesures de détail en rapport avec les conditions sociales de chaque pays.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 octobre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DUPUY.

M. AUCHÉ (de Bordeaux) a étudié l'action des *injections de bacilles tuberculeux morts* sur les grenouilles. Pendant un mois et plus, la tuberculose, soit humaine, soit aviaire, détermine des infections péritonéales avec bacilles colorables, comme si l'on avait injecté de la tuberculose vivante.

M. TROUESSART rapporte plusieurs exemples de *dégâts causés par les acariens*. Dans le premier, il s'agissait d'un stock considérable de farines acheté pour un de nos ministères. Cette farine s'étant trouvée humide, les tiroglyphes s'y sont développés en nombre incroyable et l'ont rendue inutilisable.

Dans un autre cas, il s'agissait de cirage expédié par la voie de mer; les boîtes sont arrivées ne contenant plus que du charbon; les acariens avaient dévoré la mélasse du cirage.

M. LAGUERRE adresse une note sur un *monstre humain dérodyme* dont la moelle épinière était double sur tout son trajet, ce qui montre que l'on avait bien affaire à un monstre double.

M. LAVERAN décrit une *myxosporidie* qui se rencontre surtout à l'état enkysté dans l'intestin du goujon, huit fois sur quarante cas.

M. FOURNIER en son nom et au nom de M. GILBERT montre des concrétions biliaires développées dans la vésicule de lapins ayant subi une infection expérimentale des voies biliaires.

M. BARRÉ propose une théorie physiologique de l'insuffisance rénale, avec moyen d'y remédier par les saignées accompagnées d'injections d'eau salée.

La Société de Biologie, dans sa séance du 13 novembre, procédera à l'élection d'un Membre titulaire. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Nouveau traitement des tuberculoses chirurgicales par la résine d'euphorbe.

M. PENIÈRES (de Toulouse) a employé la résine d'euphorbe avec succès dans 19 cas de tuberculose chirurgicale des ganglions du cou, de la peau, des os, des articulations. Il pratique des injections sous-cutanées avec une émulsion de résine d'euphorbe dans l'eau glycérinée, au titre de un quatre millième. La dose de 1 cc. est suffisante et bien supportée même par l'enfant. Elle peut être augmentée chez l'adulte. Chaque seringue de Pravaz renferme un quart de milligramme de résine. Son action lente ne doit pas être brusquée par des injections trop souvent répétées. Il suffit de faire une injection tous les huit jours, quelquefois même tous les quinze jours seulement. Elle provoque, le bacille une fois détruit, un mouvement de restauration des parties molles et des os. Son action s'accomplit sans induration du tissu, une fois que la guérison est produite.

La cirrhose des buveurs et le plâtrage des vins.

M. LABORDE, par une série d'arguments tirés de la distribution régionale des cirrhoses (Etats-Unis, Normandie) montre que la grande cause est non le plâtre du vin, mais l'alcool. Les sels de potasse ne sont toxiques qu'à doses énormes. Ils s'éliminent rapidement. Ils rentrent d'ailleurs dans tant d'aliments usuels que, si leur action était prouvée, nous serions tous cirrhotiques.

M. LANCEREAUX insiste sur la netteté des antécédents de ses malades, tous buveurs de vin, et sur l'action démontrée du bisulfate de potasse.

Rapatriement par les transports-hôpitaux.

Ces transports-hôpitaux employés pour le rapatriement des malades de l'Indo-Chine donnent une mortalité bien inférieure (18 0/0) à celle des navires ordinaires (26 0/0) d'après la statistique de M. Bonnafy. Or, depuis 1895, les sept transports-hôpitaux existant, seraient immobilisés dans les ports. Il est temps de revenir à leur emploi.

Brûleur antiseptique.

M. CORNIL présente un appareil inventé par M. Guasco, destiné à produire des vapeurs d'aldéhyde formique, par la combustion de l'alcool méthylique dans un brûleur.

Séance du 9 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

La fin de l'année approche; aussi la séance est-elle tout entière occupée par la lecture de rapports de prix : 1° rapport de M. ROBIN pour les eaux minérales; 2° rapport de M. GRANCHER pour le prix Alvarenga; 3° rapport de M. MARTY pour le prix Nativelle; 4° rapport de M. MOTET pour le prix Herpin; 5° rapport de M. MONOD pour le prix Laborie.

Elections.

Liste de classement pour la place vacante dans la section de pharmacie : En 1re ligne : M. Bourquelot; en 2e ligne : MM. Beauregard et Béhal; en 3e ligne : MM. Rolland, Vigier et Yvon. A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 octobre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DEBOVE.

Arthropathie due aux pneumocoques.

M. FERNET a observé une ostéo-arthropathie de l'épaule chez un homme de 56 ans, due aux pneumocoques. Il se demande, à cause de la similitude des symptômes, si les arthropathies tabétiques n'auraient pas la même origine.

M. DEBOVE doute que les troubles articulaires de l'ataxie aient une origine microbienne.

Le tubage dans les cas de corps étrangers de la trachée.

M. SEVESTRE cite le cas d'une fillette de cinq ans chez laquelle il pratiqua avec M. Bonnus le tubage pour des accès de suffocation, dus à un corps étranger de la trachée. L'enfant, une fois tubée, rendit le corps étranger qui était un fragment de perle en verre noir.

Présence des bacilles diphtériques dans les viscères.

M. BARBIER mentionne la présence du bacille de la diphtérie en grand nombre dans le parenchyme des organes et même dans les centres nerveux. Ces bacilles doivent jouer dans l'intoxication un rôle très important. Dans les formes hypertoxiques, le poison diphtérique est une cause fréquente d'hémorragies.

Purpura consécutif à l'empoisonnement par la benzine.

MM. LENOIR et CLAUDE présentent l'observation d'un homme de vingt-sept ans, teinturier, qui, depuis plusieurs années, respirait pendant des journées entières des vapeurs de benzine. A la suite de l'action prolongée de ces vapeurs, il était plongé dans une sorte d'ébriété, éprouvait des maux de tête, des nausées et un malaise général qui persistaient encore longtemps après sa sortie de l'atelier. Quand cet homme vint consulter, il présentait, en outre, depuis trois mois, des plaques ecchymotiques sous-cutanées et des taches de purpura sur différentes parties du corps. A son entrée à l'hôpital, on constata l'existence d'un épanchement pleurétique que la ponction démontra être de nature hémorragique. On constata, en outre, des épistaxis et des hémorragies abondantes par les gencives. Quelques jours après, cet homme, qui était profondément cachectique, succomba subitement. A l'autopsie, on trouva une

© BIU Santé

hémorragie pleurale, des infarctus myocardiques et sous-endocardiques, des ecchymoses très nombreuses sur les muqueuses de l'estomac et de l'intestin et enfin deux foyers hémorragiques dans la couche optique gauche et dans la région bulbo-protubérantielle. Il est probable que le purpura et les hémorragies multiples présentés par ce malade étaient le résultat d'une altération profonde du sang et des vaisseaux, due à une intoxication lente par la benzine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 Octobre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DELENS.

Occlusion intestinale.

M. POIRIER. — Dans les cas d'occlusion intestinale, il faut se guider d'après les indications : l'anus contre nature, aussi bien que la laparotomie, peut être indiqué suivant les cas. L'auteur envisage particulièrement l'occlusion qui vient à la suite de l'hystérectomie et qui peut être due à la présence d'adhérences. Dans certains cas, il suffira donc, pour faire disparaître les accidents, de détacher ces adhérences simplement avec le doigt introduit dans le vagin. On pourrait aussi mobiliser l'intestin par des purgatifs répétés pendant les dix ou onze jours qui suivent l'intervention.

M. REYNIER. — La cause de l'occlusion est plus facile à diagnostiquer qu'on ne le croit. Quant à l'opération, elle est subordonnée aux circonstances, et il n'y a pas d'opération de choix. Celle de l'anus contre nature, qui n'est pas bénigne, ne doit être qu'une opération d'exception : souvent les malades meurent 24, 48 heures après l'établissement de l'anus, soit par diarrhée cholériforme, soit par choc opératoire. L'auteur cite deux cas, l'un où il s'agissait d'un kyste du mésentère, l'autre d'une grosse hernie dans l'hiatus de Winslow, dans lesquels il n'a fait que l'anus contre nature, tandis que la laparotomie eût sauvé les deux malades.

Grossesse extra-utérine peritonéale; laparotomie; guérison.

M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation présentée par M. ROCHARD. Il s'agit d'une malade, âgée de 25 ans, ayant des antécédents blennorrhagiques et génitaux, et atteinte de grossesse extra-utérine que l'on diagnostiqua salpingite. On fit la laparotomie et on se trouva en présence d'une tumeur du volume d'une orange, ne présentant aucun pédicule. L'utérus et les annexes étaient sains; pas de trace de rupture de la trompe; c'était un œuf complètement constitué. M. Rochard, dans un second cas, trouva un kyste fœtal constituant une tumeur adhérant partout, sauf à la paroi. La guérison fut rapide : on se contenta de fendre le kyste, et d'extraire le fœtus. Il s'agissait d'une grossesse de plus de sept mois avec un fœtus macéré. Il n'y avait pas dhémorragie, par suite du manque de circulation placentaire. L'auteur recommande de laisser la poche, lorsqu'elle existe, et le placenta, ce qui n'expose pas aux très graves dangers de l'extirpation.

Péritonite purulente.

M. RICHELOT fait un rapport sur une observation envoyée par M. LAFOURCADE (de Bayonne). Il s'agit d'une malade qui présenta plusieurs crises de péritonite et qui paraissait atteinte de kyste hydatique. On fit une ponction, et on ramena cinq litres de pus jaune et verdâtre. On pensa à la rupture d'un abcès froid. Quatre ou cinq jours après (c'est-à-dire vingt et un jours depuis le début), M. Lafourcade fit une laparotomie médiane et retira sept litres de pus. Il constata une péritonite étendue, mais circonscrite par une membrane adhérente allant du diaphragme au Douglas.

Kyste de l'ovaire ouvert deux fois dans l'intestin.

M. RICHELOT fait un rapport sur une observation de M. PAUCHET (d'Amiens). Il s'agit d'une malade qui, à deux reprises, récemment, et il y a quatre ans, subit deux ouvertures successives d'un petit kyste de l'ovaire dans l'intestin, sans accidents; il n'y eut simplement qu'une issue de liquide clair par le rectum. L'auteur pratiqua l'ovariotomie et constata qu'il n'existait pas d'adhérences malgré les deux ouvertures dans l'intestin. Il énucléa en même temps un petit fibrome utérin. La guérison fut rapide. L'auteur donne ensuite une statistique personnelle d'hystérectomies pratiquées à Amiens depuis un an.

Luxation sus-pubienne de la hanche.

M. BÉGOUIN (de Bordeaux) en donne un examen clinique et l'autopsie.

Ulcère de l'estomac. Gastro-entérostomie et gastrectomie.

M. TUFFIER présente un malade.

M. TERRIER fait remarquer que la gastrectomie n'est jamais totale.

Abcès gazeux sous-phrénique.

M. LEJARS présente un malade.

Arthrite tibio-tarsienne. Méthode sclérogène.

M. GÉRARD-MARCHAND. — Guérison par ankylose au bout de dix-sept mois, alors que l'amputation était à craindre.

Epilepsie jacksonienne. Tumeur maligne du crâne avec envahissement de la dure-mère.

M. GUILLEMAIN présente un malade. M. B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 Octobre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

M. TRÉLAT prend la parole à propos de la *salubrité du projet de pénétration dans Paris des voies de la ligne d'Orléans* : il montre qu'à la Chambre il a combattu cette idée, et a demandé, inutilement d'ailleurs, que la gare d'Orléans fut placée au voisinage de la place Saint-Michel et du quai, dans un quartier rempli de vieux immeubles, mal aérés, et dont la destruction serait une bonne mesure d'hygiène.

M. TRÉLAT. — Continuation de la discussion sur les *saillies autorisées sur les façades des maisons* au point de vue de la salubrité.

M. MANGENOT. — Présentation de modèles de *cabinets d'aisance*.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE prend la parole à propos des cabinets à la turque : si les Turcs conservent ce genre de cabinets, ce n'est pas qu'ils les trouvent préférables aux autres genres; mais le Coran prescrivant de se laver avant de se lever, le cabinet à la turque est conservé.

M. RICHARD. — Dans l'armée tunisienne, chaque soldat a dans son équipement une espèce de cafetière destinée à contenir de l'eau qui sert aux ablutions après avoir été aux water-closets.

M. MORIN-GOUSTIAUX. — Note sur un projet d'*Asile d'aliénés à Trieste*.

MM. BECHMANN et LAUNAY présentent un ouvrage sur l'*aqueduc et le parc agricole d'Achères*.

M. SABATIER. — *De l'ouverture des portes et fenêtres dans les murs mitoyens.* MARTHA.

CORRESPONDANCE

L'Externat des Hôpitaux en Province.

Monsieur le rédacteur,

Je prends la permission de vous demander quelques renseignements sur le cas suivant.

A l'hôpital de Tours, depuis l'établissement du nouveau régime d'études médicales, les externes nommés par voie de concours ne sont pas assez nombreux pour que les services de médecine et de chirurgie soient complets. Pour assurer ces services, l'administration est forcée de confier les places restantes à des élèves commençant leur stage, c'est-à-dire simplement pourvus de leur certificat P. C. N., et n'ayant par conséquent subi aucun concours pour l'externat.

Nous avions demandé, ce qui est logique, que ces places vacantes fussent données à ceux des élèves, de même année bien entendu, ayant obtenu les meilleures notes aux examens

© BIU Santé

P. C. N. Les questions auxquelles je désire avoir la réponse sont les suivantes :

1° Sous le nouveau régime d'études, les étudiants se faisant inscrire comme stagiaires ne sont-ils pas appelés à choisir leurs services d'après leurs notes à l'examen P. C. N?

2° Le cas que nous avons exposé plus haut se présente-t-il dans d'autres villes possédant une école de Médecine? et quelles sont ces villes?

3° Dans le cas que nous avons exposé, l'administration de l'hospice a-t-elle le droit de confier les places d'externes, non distribuées au concours, en se basant uniquement sur la priorité de la date d'inscription, sans tenir compte des notes d'examen P. C. N.? Dans ce cas ne devrait-elle pas avertir les intéressés en temps et lieu par voie d'affiche?

Mon père, ancien condisciple et camarade de votre rédacteur en chef, veut bien m'excuser près de vous de la liberté que j'ai prise de vous adresser cette demande de renseignements, qui, je l'espère, sera favorablement accueillie.

Agréez, etc.,

B. Pathault,
27, *rue Bernard-Palissy, Tours.*

Réponse — Chaque Faculté et Ecole de Médecine est absolument libre de procéder comme elle le veut, en tenant compte du nombre des étudiants, des nécessités des services des hôpitaux. Elles peuvent donc tenir compte ou ne pas tenir compte des notes du P. C. N.

1° A Paris (le stage commençant en deuxième année), il est tenu compte des notes obtenues en première année à la Faculté;

2° Nous n'avons aucun renseignement;

3° L'Administration des hôpitaux ne dépend pas du Ministère de l'Instruction publique; elle est donc libre de faire selon ses besoins.

VARIA

École municipale d'Infirmières du Havre.

Le jeudi 28 octobre a eu lieu l'inauguration de l'Ecole d'infirmières à l'Hôtel de Ville, à 8 h. 1/2, devant une nombreuse et brillante assistance, venue pour témoigner sa sympathie à l'œuvre nouvelle. M. Marais, maire du Havre, présidait ayant à ses côtés le sous-préfet, M. Cathala, MM. les vice-présidents de la Commission administrative des hospices et du Bureau de bienfaisance; dans la salle, plusieurs conseillers municipaux, les professeurs de l'Ecole, des médecins, les élèves, et un nombreux public.

M. le maire ouvre la séance et prononce un discours où il fait d'abord l'historique de cette fondation au Havre et ensuite il montre le but de l'Ecole. « L'enseignement de l'Ecole répond à une nécessité incontestable. Lorsque le médecin a formulé ses prescriptions, lorsque le chirurgien a pratiqué une opération dans ces conditions scientifiques qui exigent une si minutieuse préparation et qui aujourd'hui sont une garantie presque certaine du succès, certes un grand pas est fait; mais l'œuvre n'est pas accomplie : elle ne peut être achevée et menée à bien que par le concours de modestes et indispensables auxiliaires, auxquels est en réalité confiée la vie même du malade. Si le dévouement ou la compétence leur fait défaut, tout peut être ou plutôt tout sera compromis.

« Le dévouement, personne n'en a le monopole; mais la compétence ne s'improvise pas. Elle a besoin d'un apprentissage, d'une préparation méthodique et scientifique, en dehors de laquelle, l'expérience elle-même ne présente qu'une garantie tout à fait insuffisante. Assurer cette préparation, donner cet enseignement spécial, c'est achever l'organisation de l'art de guérir. Ce n'est pas seulement faciliter le recrutement de nos services hospitaliers, mais aussi délivrer les familles, lorsque la maladie vient s'abattre sur l'un de leurs membres, de l'une de leurs plus angoissantes préoccupations. C'est enfin ouvrir une carrière utile et honorable à des personnes que n'effraie pas une existence de vigilant dévouement passée auprès de ceux qui souffrent. »

Après ces paroles si claires qui indiquent bien le but poursuivi par les créateurs de cette Ecole, M. le maire remercie les professeurs qui ont bien voulu, à titre gracieux, se charger de l'enseignement, il remercie également le Conseil général de la Seine-Inférieure, qui a voté une subvention de 500 fr. à l'Ecole.

Après le discours remarquable de M. le maire, qui a été très applaudi, M. le Dr Lausier remercie au nom des professeurs de l'Ecole le maire et les autorités qui, par leur présence à l'inauguration solennelle, ont bien voulu encourager l'œuvre naissante.

Ensuite M. le Dr Sorel fait la première leçon du cours de chirurgie.

L'enseignement de l'Ecole comprend : 1° des cours théoriques; 2° des exercices pratiques; 3° un stage hospitalier de six mois.

La première année est consacrée aux cours théoriques et aux exercices pratiques; à la fin de cette première année les élèves qui ont satisfait à l'examen obtiennent un certificat, et ce n'est qu'après l'accomplissement satisfaisant du stage de six mois qu'on délivre le diplôme.

Il y a huit cours : l'anatomie, enseignée par le Dr Deroude; la physiologie, par le Dr Frottier; l'hygiène, par le Dr Lausiès; la chirurgie, par le Dr Sorel; la médecine, par le Dr Courbet; les soins à donner aux femmes en couches, par le Dr Powilewicz; la petite pharmacie, par M. Dominique, pharmacien des hôpitaux, et le cours d'administration, par M. Gardye, directeur des hôpitaux. Les cours ont lieu le mardi et le jeudi, de 6 heures à 7 heures; le samedi est réservé aux interrogations des élèves. Pendant l'été, il sera fait des travaux pratiques de chirurgie (instruments, pansements, etc.) et de petite pharmacie. Les cours sont suivis : 1° par des élèves soumises à toutes les obligations de l'Ecole pour obtenir le diplôme; 2° des auditrices qui ne suivent que les cours théoriques.

Les Antivaccinateurs.

Des investigations de la police, entreprises sur l'ordre du secrétaire d'Etat pour l'intérieur, ont amené, de nouveau, devant les cours compétentes, toute une fournée de pères de famille, accusés d'insoumission à la loi sur l'obligation de la vaccine. Nous avons eu occasion de dire que des associations de résistance ont été fondées sur divers points assez nombreux du Royaume-Uni pour entretenir chez les contribuables cet esprit d'insoumission, et pour assister les délinquants devant les tribunaux. L'action de ces ligues a considérablement augmenté la quantité des procès, et ces protestataires deviennent d'autant plus nombreux qu'ils ont l'assurance de comparaître en justice sans avoir à sortir de leur bourse le prix des amendes et des frais. Dans ces conditions, les magistrats, totalement désarmés devant cette propagande, ont songé à épuiser les ressources des associations en prononçant des peines pécuniaires fort élevées. C'est ainsi qu'à Hull, seize délinquants ont été frappés chacun d'une amende de 1.250 francs, soit, pour la Ligue antivaccinatrice de Hull, une dépense immédiate de 20.000 francs, imposée par une audience de quelques minutes. Comme il arrive fréquemment dans les cours de police, les magistrats avaient accordé aux condamnés le choix entre l'amende et la prison, un mois par condamné. Ni les justiciables, ni les solicitors, ni les représentants de la ligue à l'audience n'avaient en poche les 800 livres sterling nécessaires. Tous les condamnés ont donc été conduits en cellule et n'ont été libérés que dans la soirée, toutes les amendes ayant été payées. Les mêmes rigueurs, ou à peu près, attendaient les délinquants déférés aux cours de police londoniennes d'Hampstead et de Westminster. Cent condamnations environ ont été prononcées, les amendes variant entre 125 et 625 francs. Au total près de 35.000 francs à débourser pour la ligue antivaccinatrice, qui était habituée à ne supporter que des amendes de quelques shillings. Les magistrats de police de Leeds n'ont pas été plus tendres aux prévenus, et tous ont conclu en annonçant qu'à la prochaine occasion, ils augmenteraient encore le taux des amendes. Dans ces conditions, la lutte deviendra difficile. Il est surprenant qu'on ne s'en soit pas avisé plus tôt.

Le Biomètre. — La Société des Sciences Psychiques a tenu sa séance mensuelle, cette semaine, à l'hôtel des Sociétés savantes. Au cours de la séance M. le Dr Baraduc a présenté aux assistants un curieux appareil qu'il nomme le « biomètre » destiné, dans l'esprit de son auteur, à déterminer que les forces vitales ne dépendent ni des lois caloriques ni des lois électriques.

© BIU Santé

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 24 au samedi 30 octobre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.129, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes. 401, illégitimes, 104. Total, 585. — *Sexe féminin* : légitimes, 391, illégitimes, 153. Total, 554.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 24 au samedi 30 octobre 1897, les décès ont été au nombre de 837, savoir : 459 hommes et 378 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 2, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 2, F. 0, T. 2. — Scarlatine : M. 0, F. 0 T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 1, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 6, T. 9 — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 127, F. 74, T. 201. — Méningite tuberculeuse : M. 16 F. 6, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 5, T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 35, T. 58 — Méningite simple : M. 5, F. 8, T. 13. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 17, F. 21, T. 38 — Paralysie, M. 2, F. 7. T. 9. — Ramollissement cérébral M. 7, F. 2, T. 9.— Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 34, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 5, T. 14. — Bronchite chronique : M. 11, F. 8, T. 9 — Broncho-pneumonie : M 7, F. 12 T. 19. — Pneumonie : M. 21, F. 14, T. 35. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 18, F. 14, T. 32 — Gastro-entérite, biberon : M 17, F. 9, T. 26 — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 3 T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 0, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1 T. 1 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 14 F. 11, T. 25 — Sénilité : M. 8, F. 23, T. 31 — Suicides : M. 10, F. 2, T. 12 — Autres morts violentes : M. 9, F. 3, T. 12 — Autres causes de mort : M. 79, F. 57, T. 136. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 3, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 16 Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 8. Total : 32.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — *Rentrée.* — Cette semaine a eu lieu la rentrée solennelle de l'Université de Montpellier devant toutes les autorités militaires, judiciaires et civiles. Le doyen de la Faculté de Médecine, M. le Pr Mairet, a lu le rapport des travaux de l'année, constatant la prospérité de l'Université, qui compte 1.400 étudiants, donnant des détails sur le cours de microbiologie créé par le Conseil municipal, sur l'Institut Bouisson-Bertrand, créé dans le domaine de Grammont, sur l'Institut antirabique ouvert le matin même. M. Meslin, professeur de physique à la Faculté des Sciences, a expliqué la théorie mécanique de la chaleur et a annoncé dans quelque mille ans la fin de ce monde.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. A. BIÉTRIX a soutenu devant la Faculté des Sciences de Paris, le 13 novembre dernier, une thèse de doctorat ès sciences sur le sujet suivant : *Contribution à l'étude des dérivés de l'acide gallique.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours pratique de Laryngologie, Rhinologie et Otologie.* — M. CASTEX, chargé de cours, reprendra ses leçons le mardi 16 novembre 1897, à 3 heures (3, rue Jacob) et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Sont admis à ce cours tous les étudiants et docteurs en médecine. On s'inscrit pour les exercices pratiques au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à 3 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 mardi 16 novembre 1897, à 4 heures (petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Dans la première leçon, le professeur résumera la biographie et l'œuvre de R. T. H. Laënnec.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX — Le *concours du prosectorat* s'est terminé par la nomination de M. LAFITTE-DUPONT. M. BARBE est nommé prosecteur-adjoint.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — *Prix de thèses.* — La Faculté de Médecine de Lyon vient d'accorder les récompenses suivantes aux meilleures thèses soutenues pendant l'année scolaire 1896-1897. *Médailles d'argent* : MM. Bérard, Bonne (Charles) et Courmont. *Médailles de bronze* : MM. Barjon, Dumarest, Gayet, Langlois, Regaud, Théaulon et Vauthey. *Mentions honorables* : MM. Bec, Bonne (André), Bonnilay, Danis, Déjouany, Dupuis, Jardon, Perrin, Pinet, Sacquepée et Taste.

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — Par arrêté ministériel en date du 25 octobre 1897, ladite Ecole est autorisée à jouir des droits conférés aux Ecoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883. — Il est créé une chaire de physique. M. DUBOIS est chargé du cours de physique.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le Dr D'ARSONVAL sera remplacé par M. le Dr CHARRIN, qui traitera des *dépenses de l'organisme*, les mercredis et vendredis, de 5 à 6 heures. — M. le Dr BALBIANI sera remplacé par M. le Dr HENNEGUY, qui exposera les travaux récents sur la *constitution de la cellule des éléments sexuels* et sur *la fécondation*, les mercredis et samedis, à 2 heures.

CONFÉRENCE D'INTERNAT. — MM. Barbarin, Bernard (Henri), Labey et Lereboullet, commenceront leur conférence d'internat, le samedi 20 novembre, à deux heures un quart précises, à la Charité (Amphithéâtre Velpeau) et la continueront les samedis suivants, à la même heure.

ACADEMIE DE MÉDECINE DE PARIS. — *Legs.* — Par décret, le secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux charges et conditions imposées, le legs d'une somme de 40.000 francs, fait par le Dr Eugène Dupierris, pour la fondation d'un prix biennal destiné à récompenser, sous le nom de *Prix Campbell Dupierris*, le meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Armée active.* — Par décision présidentielle, les étudiants en médecine, dispensés de l'article 23 de la loi du 16 juillet 1889 qui, par suite de la perte de leurs droits à la dispense ou de leur renonciation au bénéfice de cette disposition de la loi, sont rappelés à l'activité pour accomplir deux années complémentaires de service actif en qualité de médecins auxiliaires, et qui doivent être considérés comme faisant partie des cadres de l'armée active pendant ces deux années, recevront l'indemnité de première mise d'équipement allouée par le tarif n° 22 annexé au décret du 27 décembre 1890, pour les sous-officiers promus adjudants élèves d'administration, soit 350 francs.

Règlement relatif à la vaccination dans l'armée. — Depuis le 1er novembre 1897, le règlement du 25 novembre 1889 sur le service de santé dans l'armée à l'intérieur a été modifiée en ce qui concerne la pratique de la vaccination et de la revaccination. Les vaccinations de bras à bras et de pis à bras sont abandonnées et l'on ne fait plus usage de lymphe conservée ni de pulpe desséchée. Elles se font uniquement à l'aide du vaccin animal fourni par cinq centres vaccinogènes (Paris, Lyon, Châlons, Bordeaux et Alger) sous forme de pulpe glycérinée. Chaque centre vaccinogène, situé dans un hôpital militaire des villes ci-dessus désignées, fournit trois sortes de tubes, suivant la quantité de pulpe demandée. Chaque tube porte une étiquette indiquant le centre vaccinogène de provenance et la date de la récolte. Pour vacciner les hommes on doit faire usage, soit d'une lancette, soit de la plume dite *vaccinostyle* de Mareschal. Il est expressement interdit de pratiquer les vaccinations ou revaccinations par les procédés dits de grattage ou de scarifications, ou par tout autre procédé de même nature, parce que ce mode d'inoculation a semblé, dans beaucoup de circonstances, avoir été le point de départ d'accidents inflammatoires, surtout lorsque les plaies faites à la peau étaient étendues.

HÔPITAL INTERNATIONAL, 11, rue de la Santé. — *Chirurgien* : son fondateur, le Dr PÉAN. — Leçons et opérations de chirurgie générale le samedi à 9 h. 1/2 ; leçons et opérations de chirurgie abdominale, les lundis et mercredis à 9 h. 1/2 ; consultations gratuites les lundis, mercredis, vendredis à 10 heures.

HÔPITAUX DE NANTES. — *Concours.* — A la suite des concours ouverts dans les hôpitaux le 1er mai et le 10 juillet 1897, MM. les Drs MIRALLIE et SOURDILLE ont été nommés, le premier, *médecin suppléant*, le second, *chirurgien suppléant* des hôpitaux. — A la suite de concours ouverts à l'Hôtel-Dieu, le 18 octobre 1897, pour l'*internat et l'externat*, ont été nommés : *Internes* : MM. Brelet, O'Neill, Bahuaud, Barthélemy. *Internes provisoires* : MM. Frappier, Fargues, Sabot. *Internes titulaires* nommés pour prendre rang : MM. Grognot et Sourdille. *Externes* : MM. Acher-Dubois, Dénéreau, Mayeux, Pavret de la Rochefordière, Bossis, Lumineau, Rialland, Lambert, Verdier, Gonzalez, Hardy, Giffard, Hervé, Desclaux, Obrecht, Blanchard. M. Maurice Brelet, nommé le premier au concours de l'internat, obtient le *Prix Malherbe* (Legs de M. Emile Cossé d'une valeur de 500 francs). — Les deux prix, dits de la ville de Nantes (legs du Dr Emile Cossé), sont accordés : Le premier, d'une valeur de 200 fr., à Mlle Marie-Antoinette Freslon, née le 21 octobre 1873, à Couëron (Loire-Inférieure). Le deuxième prix, d'une valeur de 100 fr., à Mlle Marie-Françoise-Philomène Jouan, née le 27 août 1874, à Fégréac (Loire-Inférieure). — A la suite d'un concours ouvert à l'Hôtel-Dieu pour l'*Internat en pharmacie* des hôpitaux de Nantes, par décision de l'Administra-

© BIU Santé

tion des hospices en date du 13 novembre 1896, ont été nommés : *Internes* : 1. MM. Gaugain. 2. Guillevic. 3. Taupin. 4. Delavaud. 5. Leroux. *Internes provisoires:* 1. Rimbert. 2. Assailly. 3. Boudet. 4. Pérocheau. 5. Danet. — *Récompenses décernées par les Hôpitaux.* Les étudiants internes et externes en médecine et internes en pharmacie, qui, par leur zèle ou leur bonne conduite pendant l'année 1896, ont été jugés dignes de récompenses, sont : Internes en médecine. Médaille d'argent : MM Jouon, Thébaud, Grosse. — Externes des hôpitaux. Médaille d'argent : M. Desjars. — Médaille de bronze: MM. Bahuaud, Brochard, Couëtoux.— Internes en pharmacie. Médaille d'argent : MM. Baudoux, Gayet.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'*Externat des Hôpitaux* de Lyon s'est terminé par la nomination des 66 externes dont les noms suivent : MM. Cavaillon, Pallasse, Perrot, Bériel, Micaud, Condamin, Jouffray, Barraud, Rivière, Voutier, Alamagny, Vial, Guichard, Vincent (Joseph), Deygas, Gimbert, Calvet, Buvat, Veyrassat, Parot, Prat, Coste (Stanislas), Brunet, Defrain, Dussuc, Latarget, Perge, Hurel, Marque, Abramoff, Dauvergne, Faysse, Fleurot, Locard, Daday, Favre, Reynard, Muller, Bénard, Cornillon, Maisonneuve, Genairon, Rondet, Fayot, Salvador, Mlle Gorvitz, MM. Cartellier, Maussire, Duband, Olivier, Coste (Jules), Rollet, Auguy, Boigey, Rozet, Tavernier, Cornut, Clément, Martin (François), Aribaud, Maujot, Riollet, Cazet, Gulfon, Beck et Miécamp.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours de l'*internat des hôpitaux* de Bordeaux s'est terminé par les nominations suivantes : *Internes titulaires* : MM. Vergely, Rothamel, Martin (Claude), Laubie, Cruchet, Castaing et Ginestous *ex æquo*. — *Internes provisoires* : MM. Poitevin de Fontguyon, Martinet, Mlle Nourrit, MM. Quintrie-Lamothe, Méchinet de Richemont, Gentès, Regett, Bahans, Rocher et Sambuc. — Le concours de l'*Externat des hôpitaux* s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Cassat, de Vallandé, Péry, Duvergey, Grenier-Cardinal, Allain, Mattignon, de Fleury, Duballen, Bourgès, Chemin, Demay de Centant, Tel, Sonder, Maillard, Lambert, Montel, Pujos, Aubaret, Moysès, Lescarret, Bossenat, Colineaux (Paul), Jousset, Braud, Soubourou, Le Nourrichel, Gauraud, Monié, Quélain, Berthon, Pitous, Rivière, Petit, Erdinger, Guérin et Pion.

Hôpitaux de Nancy. — Le concours de l'internat des hôpitaux de Nancy s'est terminé par les nominations suivantes : *Internes*, MM. Garnier, Vial, Ancel, Mathieu (Paul) et Gross. — *Internes provisoires*, MM. Grosmaire et Perrin.

Hôpital civil Français de Tunis. — Un concours pour une place de chirurgien et une place de chirurgien suppléant s'ouvrira le 16 décembre 1897, à 9 heures du matin, devant la Faculté de Médecine de Montpellier. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général du gouvernement tunisien, à Tunis.

Distinctions honorifiques. — Est nommé *Chevalier de la Légion d'honneur* : M. le Dr Martin (Alfred-Simon), médecin à Paris. A contribué, dans une très large mesure, au développement de l'enseignement en France de la laryngologie et de la rhinologie.

Médecins Conseillers Généraux. — Dans l'Indre-et-Loire, M. le Dr Thomas, républicain, a été élu conseiller général pour le canton de Ligueil, par 1.930 voix en remplacement de M. Daunassans, radical, décédé.

Médecins Maires. — L'Agence Nationale annonce que M. le Dr Basset, maire de Saint-Ouen, a adressé sa démission au préfet de la Seine. M. Basset resterait conseiller municipal et conseiller général. Sa démission aurait pour motifs des dissentiments existant entre lui et M. le Directeur des affaires départementales.

Médecins Malades. — M. le Dr Léon Labbé, sénateur de l'Orne, membre de l'Académie de Médecine, rentrait cette semaine chez lui au château de Corday, près du Merlerault, quand, sur la route d'Argentan à Séez, son cheval fit un brusque écart et renversa sa voiture dans un fossé. Le chirurgien n'a fort heureusement éprouvé que des contusions sans gravité. — M. le Dr Virchow a été frappé cette semaine d'une attaque d'apoplexie, pendant qu'il faisait son cours. Le professeur a dû être ramené chez lui.

Les mesures préventives en cas d'incendie. — Comme les anciennes ordonnances relatives à la circulation dans les rues, les anciennes ordonnances relatives aux mesures préventives et aux secours contre l'incendie dans la ville de Paris étaient nombreuses, parfois contradictoires et d'une application assez difficile. M. le Préfet de police a décidé de réunir en une seule ordonnance toutes les prescriptions anciennes que l'expérience commandait de conserver et d'y ajouter les modifications qui semblaient nécessaires. Cette ordonnance, qui vient d'être reprise, ne comprend pas moins de cinquante-cinq articles. Elle est suivie d'une *Instruction concernant les incendies* et de l'*instruction sur le mode de chauffage des habitations*, qui a été adoptée par le conseil d'hygiène de la Seine.

Nécrologie. — Nous apprenons que M. le Dr Jules Chenantais, professeur honoraire de clinique chirurgicale à l'École de médecine et de pharmacie de Nantes, où il a enseigné avec une haute autorité, de 1862 à 1892, vient de mourir. Il était né à la Chapelle-Blanche (Indre-et-Loire) le 23 avril 1820 ; reçu docteur en médecine le 24 décembre 1844, il avait longtemps dirigé avec succès un service de chirurgie à l'Hôtel-Dieu. La rosette d'officier de l'instruction publique avait été la récompense de cette vie de travail et de dévouement. Le Dr Chenantais était alité depuis plus de six mois. On connait ses beaux travaux sur l'utérus en collaboration avec Hélie. Le musée de Nantes possède de magnifiques pièces anatomiques, en particulier sur les nerfs, dues à sa patience et à son talent indéniable d'anatomiste adroit. — On annonce la mort de sir Dr Rutherford Alcock, décédé en sa résidence londonnienne, à l'âge de quatre-vingt-huit ans. Après avoir achevé ses *études de médecine*, il avait fait partie du corps sanitaire des auxiliaires anglais appuyant Isabelle II contre les carlistes en Espagne, et Marie II contre les miguelistes en Portugal. Nommé consul à Fou-Tchéou en 1844, à Shanghai en 1846, à Canton en 1858, il était ensuite transféré dans le service diplomatique et devenait envoyé extraordinaire, ministre plénipotentiaire et consul général au Japon. En 1865, sir Rutherford Alcock assumait à Pékin les fonctions de surintendant en chef du commerce chinois, qu'il conservait jusqu'en 1870, année de son retour en Angleterre. En 1876, il était nommé président de la Société royale de géographie, et en 1882 il dirigeait les travaux de la section sanitaire du congrès des sciences sociales. Ces dernières années, sir Rutherford Alcock s'intéressait au développement de l'influence et de la puissance britanniques dans l'île de Bornéo, et il était devenu directeur de la « British North Borneo Company ». — De Périgueux on annonce que M. le Dr de Molènes, adjoint au maire de Domme, a été victime d'un accident mortel. Le cheval attelé à sa voiture s'était emballé en descendant une rue à pente raide et était venu briser la voiture contre un angle de mur. Le domestique du docteur, sur l'ordre de son maitre, avait sauté à terre, sans se faire de mal, un peu auparavant. Quant à notre confrère lui-même, il a été relevé le crâne fracassé et est mort presque aussitôt. — M. le Dr Tercinier (de Cognac). — M. le Dr Vetelay (de Bellac).

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

ANÉMIE, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale, *Biosine Le Perdriel.*

SAVON DENTIFRICE VIGIER, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

PHTISIE, *Bronchites chroniques.* — Émulsion Marchais.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

L'ASSISTANCE PUBLIQUE

JOURNAL BI-MENSUEL

d'Assistance publique et privée, d'Hygiène, d'Économie, d'Intérêts professionnels et du Groupement du Personnel secondaire des Hôpitaux.

Rédacteur en chef : **Albin ROUSSELET**

BUREAUX : rue des Carmes, 14

(Les Bureaux sont ouverts de 10 h. du matin à 6 h. du soir, dimanches et fêtes exceptés.)

ABONNEMENTS : France. . . . **10** fr. par an. Étranger. . . . **11** —

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy, G. Maurin, Succr, rue de Rennes, 71.

© BIU Santé

3e SERIE. T. VI. N° 47. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 20 NOVEMBRE 1897.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

De l'efficacité de l'ablation de la glande lacrymale palpébrale ;

Par L. de WECKER.

Dans deux cas d'imperméabilité complète des voies lacrymales, rapportés dans la séance de la Société d'Ophtalmologie de Paris du 1er juin par M. Terson fils, ce confrère n'a pas réussi à tarir le larmoiement, en enlevant la glande lacrymale palpébrale. Les études anatomiques faites par notre confrère lui ont appris mieux qu'à personne les nombreuses variétés de conformation et d'étalement de cette glande et, par suite, les difficultés qui peuvent se présenter dans certains cas pour une extirpation quelque peu complète de la glande palpébrale. D'autre part, on remarquera que les cas de M. Terson ne permettent pas, vu leur petit nombre, de tirer une conclusion ferme. Cependant, l'histoire du malade que je rapporte prouve péremptoiqu'avec une imperméabilité *absolue* s'apposant à une élimination même partielle des larmes, l'ablation de la glande palpébrale a pu faire cesser un larmoiement des plus gênants et rendu un signalé service.

Il s'agit d'un confrère Belge, le Dr B... dont je n'hésite pas à donner l'observation, y ayant été autorisé par lui-même. Si le proverbe « les cordonniers sont les plus mal chaussés » est justifié, c'est bien dans le cas de notre confrère, dont voici la lamentable histoire, telle qu'il me l'expose dans une lettre du 2 novembre 1892, que je donne en abrégé :

« En 1878, écrit ce confrère — il y a donc 14 ans de cela — je fus atteint à la suite d'un coryza aigu intense, de dacryocystite du côté gauche. On me sonda pendant deux mois. Les os ne furent jamais affectés. Comme le rétablissement complet du cours des larmes tardait à se faire, on me proposa de détruire le sac lacrymal. De 1878 à 1882, on me chloroformisa à diverses reprises pour cautériser le sac lacrymal par le chlorure de zinc, le nitrate d'argent, etc. On réussit à détruire le sac dans la partie inférieure ; la partie supérieure est encore indemne en ce moment. »

Les diverses tentatives de destruction imparfaite du sac ont eu pour conséquence, ainsi que je l'ai pu constater, un ectropion complet de toute la partie interne de la paupière inférieure gauche.

« En 1881, continue notre confrère, un oculiste de Gand me propose de rétablir le cours naturel des larmes, me chloroformise et passe la sonde n° 6 de Bowman. On continue le sondage pendant quelques mois. Peine inutile. En 1882, plusieurs oculistes me conseillent l'ablation de la glande lacrymale et on m'enlève la portion orbitaire sans toucher à la portion palpébrale. Huit jours après déjà, des larmes s'écoulèrent par la plaie de l'opération. Les opérateurs reconnurent la réalité du fait, mais me rassurèrent en me disant que la portion de la glande lacrymale laissée inopérée s'atrophierait. L'opération elle-même me gratifia d'une paralysie de la paupière supérieure ; l'œil se dévia et alla se loger par rétraction cicatricielle dans la fossette orbitaire d'où la glande lacrymale avait été délogée. L'ectropion m'était déjà octroyé par les premières opérations pratiquées à l'angle interne. Ces accidents sont à regretter, il est vrai, mais les suivants sont autrement graves. Depuis l'enlèvement de la glande lacrymale orbitaire, des fistules lacrymales ravagent depuis dix ans ma joue gauche, tantôt sur un point, tantôt sur un autre. »

Lorsque je vis notre confrère, je constatai, en effet, non seulement le renversement complet de la moitié de la paupière inférieure gauche, la chute de la paupière supérieure et la déviation du globe oculaire en dehors et en haut, mais encore un nombre très considérable de cicatrices blanchâtres profondes qui longeaient le pourtour de la fente palpébrale et de l'orbite. Ces cicatrices me paraissaient trop profondes et étendues pour pouvoir reconnaître comme origine un eczéma occasionné par une irritation constante provoquée par les larmes, s'écoulant de la fente palpébrale. Encore moins pouvais-je me ranger à l'opition du malade, qui accusait avec insistance la formation à des périodes plus ou moins éloignées de cloches, avec écoulement d'un liquide limpide et cicatrisation ultérieure, qu'il attribuait à l'insinuation des larmes sous la peau et à la production de fistules. Mon idée était qu'il s'agissait d'un pemphigus cutané ; mais mon diagnostic ne fut pas celui de notre si compétent confrère M. Brocq qui, envisageant l'affection cutanée de nature tuberculeuse, m'écrivit le 9 novembre 1892 : « Les cicatrices que porte le confrère, offrent bien l'aspect de cicatrices de tuberculose. De plus, au-dessus de la tempe droite, il porte une lésion papillomateuse des plus nettes sur le fond rouge et infiltré des téguments, qui, pour moi, est une lésion en activité de tuberculose verruqueuse de la peau. Pour vous dire le fond de ma pensée, je crois que c'est la tuberculose ici qui a tout fait et qui a été la lésion initiale. »

Pas plus M. Brocq que moi-même, nous n'étions le moins du monde rassurés, si la suppression de la secrétion lacrymale exercerait une influence notable sur la maladie cutanée, et cela avec d'autant plus de raison que cette affection se montrait depuis quelque temps sur la peau du front, au voisinage du rebord orbitaire supérieur et même vers la tempe droite.

Mais, en dépit de nos avis différents, le malade ne démordait pas de son idée. « Comme je suis *absolument certain*, m'écrivait-il, de n'être atteint ni d'eczéma, ni de lupus, mais de fistules lacrymales, je prends sur moi la responsabilité de toute opération. »

Ce qui était ici le plus naturel, c'était d'enlever la glande palpébrale. Mais, répliquait le malade : « Un oculiste distingué de Bruxelles m'écrit : Gare à vous ! je suis opposé à l'extirpation de la glande lacrymale palpébrale. C'est une opération barbare contre laquelle je ne cesse de protester. *En enlevant la glande, l'œil ne sera plus lubrifié. On est exposé, pendant l'opération, à blesser la capsule de Tenon.* »

Notre malheureux confrère, ballotté de tous côtés par les avis les plus contradictoires, finit par m'écrire : « L'opération de l'enlèvement de la glande lacrymale palpébrale est donc sujette à bien des malheurs ; plus je pèse le pour et le contre de cette opération, plus j'incline vers une opération plus radicale : *énucléer l'œil, extirper la glande lacrymale palpébrale, enlever la conjonctive, enfin tout ce qui de près ou de loin intervient dans l'acte lacrymal.* C'est une grave mutilation, me direz-vous. C'est vrai et pourtant cette mesure radicale me sourit. Quand on a souffert depuis douze ans, quand la vie est devenue un véritable supplice, on aspire à une solution radicale. »

Exécuter pareille mutilation sur notre confrère, déjà si malheureux, lui enlever un œil absolument sain, eût été mettre le comble à son infortune, car de toutes les fautes à commettre, il ne restait plus que celle-ci. La dacryocystite chez lui, dépendant évidemment d'une maladie de la muqueuse nasale, devait être traitée par des injections du nez, du canal nasal et du sac lacrymal et non par des sondages ; les tentatives de destruction partielle du sac ne pouvaient guère remédier au larmoiement, la partie de la

© BIU Santé

muqueuse du sac non détruite fournissant toujours suffisamment de secrétions pour exciter l'hypersecretion des larmes. Enfin l'extirpation de la glande orbitaire laissant la glande lacrymale palpébrale intacte ne diminuait guère l'écoulement des larmes et n'avait aucune action sur les maladies de la muqueuse des voies lacrymales mutilées.

Au reste, au moment où j'examinai notre confrère, en novembre 1892, la muqueuse du sac lacrymal ne présentait plus de sécrétion morbide: le malade ayant pris l'habitude de tenir un tampon de ouate sur l'angle interne de son œil gauche et sur la paupière inférieure renversée, le larmoiement ne persistait pas moins en dépit de toute excitation pouvant provenir des vestiges du sac lacrymal.

J'ai donc eu tout d'abord à rassurer notre malheureux confrère sur les prétendus dangers de l'enlèvement de la glande palpébrale, qu'un confrère de Paris lui avait affirmé n'être qu'une opération de laboratoire, qui ne se pratiquait que sur les animaux (1). La seule chose qui m'inquiétait dans ce cas, c'était de savoir si l'affection cutanée disparaîtrait en réalité, après la cessation de tout larmoiement, et je fis sous ce rapport mes réserves.

Rassuré sur l'innocuité de l'extirpation de la glande palpébrale, notre confrère se fit opérer fin novembre 1892. L'enlèvement de la glande fut très facile et je profitai de cette circonstance pour remédier à la chute de la paupière supérieure et à la déviation de l'œil, retenu par des brides cicatricielles, résultant de l'extirpation de la glande lacrymale orbitaire.

La guérison fut très rapide et signalée par une cessation complète et absolue de tout larmoiement. Mes appréhensions et celles de notre confrère Brocq au sujet de la persistance possible de l'affection cutanée ne furent heureusement pas justifiées. Je n'insiste pas sur les remerciements que notre confrère m'adresse chaque année ; il me suffit de citer ce qu'il m'écrivit le 9 juin 1897 (quatre ans et demi après l'opération) : « Ma santé est excellente et mon infirmité oculaire a complètement disparu ».

Les conclusions à tirer de ce cas diffèrent sur quelques points, suivant qu'on envisage l'affection cutanée comme une conséquence de la simple lubréfaction de la peau voisine de l'œil par les larmes, ou que l'on se place au point de vue de notre confrère qui croit, plus que jamais, à l'insinuation des larmes sous la peau et à la formation de fistules, car voici comment il s'exprime : « 1° Les larmes peuvent se frayer une route à de grandes distances à la mâchoire inférieure, au bout du nez, etc. — 2° Même contre les lois de la pesanteur, par capillarité probablement, les larmes peuvent apparaître au front, à la tempe, etc... »

Notre confrère aboutit à ces conclusions, parce qu'en réalité une affection cutanée, cantonnée d'abord du côté gauche, a fini par envahir même le côté droit de la face, mais je ne puis partager cette opinion et je persiste à penser que seule l'irritation de la région palpébrale était la cause de l'affection cutanée mal définissable, qui a complètement disparu après la suppression du larmoiement.

Les autres conclusions formulées par notre confrère, ne sont que la *confirmation* de faits déjà entièrement prouvés.

Car nous savons : 3° que l'enlèvement de la portion orbitaire de la glande lacrymale ne tarit pas l'hypersécrétion ; 4° que l'enlèvement de la portion palpébrale seule aboutit à ce résultat ; enfin 5° que l'enlèvement des deux portions (glande totale) ne fait pas perdre l'œil par sécheresse, la sécrétion conjonctivale suffisant à lubrifier cet organe.

Ce n'est vraisemblablement pas de sitôt qu'il se présentera un cas aussi favorable à l'enseignement physiologique et à l'expérience clinique, car les malades assez dociles pour se soumettre à une pareille série d'essais et d'interventions thérapeutiques et qui, d'autre part, auront la même aptitude pour en analyser les effets, seront nécessairement une rare exception, toutes raisons qui nous ont engagé à publier cette observation si curieuse.

(1) Ce confrère oubliait que l'homme *seul* est gratifié d'une glande lacrymale palpébrale et, par suite, capable de verser des larmes.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Sur l'éclairage électrique de l'estomac (*suite*) (1) :

Par M. le Dr Paul CORNET.

Nos premières études ont paru dans le *Progrès Médical*, il y a plus d'un an. Nous émimes alors l'idée, qu'à défaut de la radiographie, l'éclairage électrique de la cavité gastrique avait encore, au même titre que la plupart des signes séméiotiques pris individuellement, une valeur contributive digne de remarque. Et nous étayâmes notre assertion sur 70 cas d'éclairage, dans lesquels la lampe à incandescence nous permit d'apprécier, plus ou moins bien, la situation et le volume de l'estomac. Enfin, nos conclusions d'alors furent que l'éclairage électrique permet de voir de suite une dilatation et très souvent une gastroptose, et dans quelques cas, certaines tumeurs et épaississements de la paroi gastrique antérieure.

Depuis cette époque, il semble qu'autour de nous, la gastro-diaphanie ait conservé, dans la pratique, le discrédit des premiers jours. Citons toutefois M. Chauffard, lequel a présenté récemment, à la Société médicale des Hôpitaux (2), un malade éclairé par le genre d'appareil que nous employons :

« Tout l'estomac apparaît lumineux, se dessine en rouge clair derrière la paroi abdominale. Les courbures, la région du cardia et du pylore, la face antérieure, tout s'illumine d'un coup. On constate à la fois la vaste dilatation et l'abaissement de l'estomac; la grande courbure est au contact du pubis et des arcades crurales, les orifices cardiaque et pylorique sont en situation normale; la petite courbure se dessine au-dessus de l'ombilic. On constate de plus qu'aucun épaississement ni tumeur n'existe, que les parois sont plus transparentes qu'un estomac sain, plus minces par conséquent » (3).



Fig. 36.

Hormis cet auteur, il nous semble qu'on n'a rien publié de nouveau sur l'exploration électrique de l'estomac, voire même par la radiographie. Néanmoins, cette dernière nous rapproche déjà du but souhaité, puisque Doyen vient de déterminer, par les rayons Rœntgen, le siège et la forme d'une dilatation de l'*œsophage* (4). En attendant mieux, nous présentons les résultats de nos investigations personnelles, soit de 65 cas nouveaux de gastro-diaphanie, lesquels, ajoutés aux 70 éclairages antérieurs, portent à 135, à ce jour, les preuves sur lesquelles nous croyons pouvoir affirmer notre expérience de l'ancien procédé.

(1) Voir *Progrès Médical*, 5 septembre 1896.
(2) Séance du 9 juillet 1897.
(3) Chauffard. — In *Gazette des Hôpitaux*, 13 juillet 1897.
(4) Académie de Médecine; in *Progrès Médical*, 16 octobre 1897.

© BIU Santé

Nous employons toujours l'appareil modifié de Einhorn (*Fig.* 36) (1), avec de légères modifications dans notre manière de faire. C'est-à-dire qu'il nous semble inutile d'introduire, dans l'estomac à éclairer, une trop grande quantité d'eau; c'est abaisser parfois de beaucoup la grande courbure, en même temps qu'on prolonge la situation désagréable des patients, avec menaces de nausées et vomissements réflexes. Comme nous introduisons la sonde à éclairage jusqu'à ce qu'elle soit pour ainsi dire *arrêtée* par le plan inférieur de l'estomac, il nous suffit de 500 cc. d'eau bouillie tiède, pour les grandes dilatations préjugées telles, et, dans la plupart des cas, de 300 cc. de liquide. Mais c'est à peu près le minimum nécessaire, pour diminuer les chances d'erreurs par réfraction, que supposent certains auteurs (2), sans obstacles pour un éclairage convenable, ni phénomènes subjectifs fâcheux pour les malades. Même ces 300 grammes d'eau exigent une certaine durée d'introduction par l'étroit robinet (*Fig.* 36) qui communique avec l'intérieur de la sonde. C'est pourquoi, pour tous malades habitués au tube, nous commençons par introduire d'abord une sonde ordinaire pour y verser le liquide, et, ensuite, comme deuxième manœuvre, le tube aux fils électriques. Il faut dire au patient de rester immobile et de ne pas mordre la sonde conductrice, trop facilement altérable. Dès que lumière est faite, nous traçons au crayon dermographique, en un ou plusieurs temps et en déplaçant la lampe dans la mesure du possible, les contours de l'image obtenue par transparence abdominale. Quand tout est fait, soit après trois minutes au plus, nous n'avons qu'à décalquer sur un papier transparent et souple (3), le tracé abdominal. C'est ainsi que les images reproduites ici et que nous aurions pu multiplier, sont des réductions au huitième des dessins originaux décalqués directement sur les malades (4). Une vue d'ensemble sur toutes les images obtenues par nous, met en relief, pour la plupart des cas, une chute plus ou moins basse de la grande courbure au dessous de l'ombilic (*Fig.* 37, 38, 39). Cette fréquence tient, selon

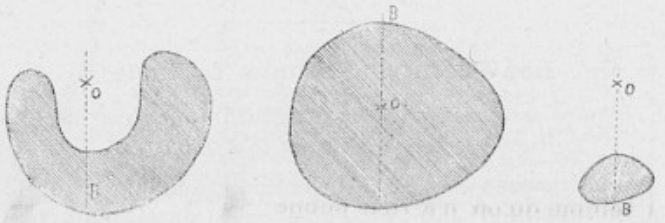


Fig. 37. *Fig.* 38. *Fig.* 39.
O B, Ligne blanche ; O, Ombilic.

nous, à ce que pour l'éclairage électrique, on choisit presque instinctivement ces malades. Ce sont, le plus souvent, des amaigris ou des maigres, chez lesquels la transparence abdominale est au maximum, et qui présentent, pour cause uniquement constitutionnelle, une descente gastrique, de même qu'on a, par faible musculature, une chute testiculaire. Une autre considération commune, c'est que les images obtenues n'ont pas toujours la forme à peu près gastrique de la *Fig.* 37; les contours sont dès plus variés, circulaires, elliptiques (*Fig.* 38, 39, 40) et parfois bizarres (*Fig.* 41). La plus grosse *objection* qu'on ait pu faire à cette méthode d'exploration, c'est que « l'eau introduite dans l'estomac fait miroir et projette à distance les rayons lumineux » (1).

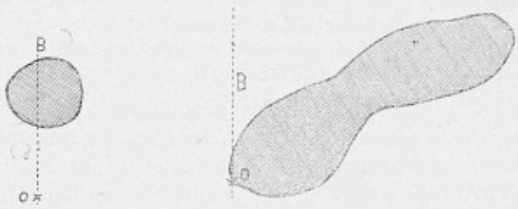


Fig. 40. *Fig.* 41.
B O, Ligne blanche ; O, Ombilic.

A cela nous opposons : 1° que la chute de la grande courbure est *réellement* fréquente, surtout chez les maigres; 2° que dans l'hypothèse de réfraction, notre minimum d'eau implique le minimum d'erreur; 3° que nos nombreux tracés concordent en bonne part avec les signes fournis par les autres moyens séméiotiques (palpation, percussion, insufflation, phonendoscopie), quand ces procédés sont capables de fournir des indications; 4° enfin, nous avons de nombreux cas où l'estomac paraît bien à son siège normal et fort au dessus de l'ombilic (*Fig.* 40).

En définitive, il nous paraît se dégager présentement, des 135 cas où nous avons éclairé l'estomac, les considérations suivantes : A. la gastro-diaphanie conserve son importance, relative comme celle de tout procédé séméiotique, pris isolément; B. ce moyen d'éclairage permet d'apprécier, de suite et sans grandes chances d'erreur, la chute de la grande courbure, la gastroptose, et l'absence de tumeur ou d'épaississement de la paroi antérieure; C. il suffit, pour favoriser l'éclairage, d'introduire dans l'estomac 300 grammes de liquide au moins et 500 grammes au plus.

(1) Ce cliché appartient à la maison Gudendag, dont nous utilisons l'appareil.

(2) Hayem entre autres. In Brouardel et Gilbert, *Traité de Médecine*, tome IV, p. 225.

(3) Le papier dit « brouillard », qui sert à panser les plaies faites par les vésicatoires, convient très bien.

(4) Nous avons actuellement 120 tracés d'après nature.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Ouverture des Cours.

Cours de Thérapeutique. — M. le Pr Landouzy.

M. le Pr Landouzy a, le lundi 8 novembre, à 3 heures, dans le grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique, ouvert son cours de thérapeutique. Il a d'abord montré la différence qui existe entre la thérapeutique et la pharmacologie, différence qui n'est pas discutable. Puis il a indiqué que la thérapeutique est la science du choix des médications. Après avoir exposé le plan de son enseignement, qui aura pour objet l'étude de la nature des médications, il a dit qu'il s'occuperait successivement : 1° *De la médication dépurative;* 2° *de la médication antihémorragique* ; ce sujet lui fournira l'occasion d'exposer les travaux remarquables faits, dans ces derniers temps, sur les propriétés coagulantes de la gélatine par de jeunes savants très distingués. 3° Il traitera ensuite *de la médication antiarthritique*. Les auditeurs ont, par leurs applaudissements, montré qu'ils savaient apprécier la portée d'un tel cours, certainement l'un des plus importants de la Faculté de Médecine.

(1) Hayem et G. Lion ; *in* Brouardel et Gilbert, tome IV.

© BIU Santé

Cours de Physiologie. — M. le Pr Ch. Richet.

M. le Pr Ch. Richet a ouvert son cours, le lundi 15 novembre, à 5 h., dans l'Amphithéâtre de l'Ecole Pratique.

M. le Pr Ch. Richet est certainement l'un des esprits les plus curieux et les plus originaux de notre Faculté. Ses qualités de chercheur et d'homme, toujours en éveil, le mènent toujours en avant ; et ce n'est pas à lui qu'on pourra reprocher de répéter chaque année le même cours.

Après avoir fait les années précédentes des cours très fouillés sur le muscle, le nerf, la chaleur animale, il va cette année se consacrer à la synthèse et exposer quelles sont les grandes lignes de la physiologie, de façon à donner à l'élève un fil conducteur qui relie les différents faits d'ordre physiologique.

Après avoir montré de quelle importance est la physiologie dans les études médicales, qu'elle domine encore plus que l'anatomie quand il s'agit des applications pratiques, il explique comment les vraies bases de cette étude sont purement scientifiques, comment elle s'appuie sur la physique avec Harvey, sur la chimie avec Lavoisier, sur la philosophie générale et la méthode avec Cl. Bernard.

Il est bon et sain d'entendre professer de haut un homme, connaisseur et nourri de son métier ; cela montre au moins que l'étude des petits détails n'empêche pas les conceptions élevées.

Déplorons seulement, pour le professeur et les élèves, le si déplorable Amphithéâtre neuf de la Faculté. Le professeur, au fond de son puits, se fatigue à crier en renversant la tête ; les élèves, encagés dans les grillages de bois, disposés savamment de façon à ne pouvoir supporter un encrier, subissent le supplice de la cuisson lente, en attendant l'éclairage électrique. Bien plus, ceux des gradins supérieurs n'entendent qu'à grand'peine. Si l'on pouvait construire un Amphithéâtre neuf, qui ne soit pas plus mauvais que le vieux!! Mais il est trop tard.

Cours de Clinique médicale. — M. le Pr Jaccoud.

Dans sa première clinique, M. le Pr Jaccoud a tenu à donner son opinion sur la vraie façon d'apprendre la médecine au lit du malade.

A ce propos, il s'est étendu longuement et presque uniquement sur les rapports qui doivent exister entre la clinique et le laboratoire. Il est superflu de dire qu'il rejette ouvertement l'utilité de la bactériologie dans la vraie clinique, qu'il conteste sa valeur diagnostique dans nombre de maladies. « C'est un diagnostic de luxe », a-t-il dit, en parlant des angines à fausses membranes !

D'après M. Jaccoud, le laboratoire ne sert qu'à compléter la clinique. En utilisant avec vigilance les faits acquis, en perfectionnant leur étude, en tenant compte des formes des maladies avec leurs dénominations (malignes, putrides, ataxiques, etc.) d'autrefois, on se fait une idée très nette de la forme microbienne. Il est vrai que, pour prouver ses assertions, M. Jaccoud admet l'équivalence exacte des formes cliniques anciennes et des formes microbiennes. Il ne s'est, du reste, appesanti que sur quelques exemples : la pneumonie, la pleurésie, la tuberculose et les angines.

Il faut retenir de cette première leçon que c'est l'examen du malade qui forme le vrai clinicien. Avant de terminer son cours, M. Jaccoud a donné aussi ce conseil important aux débutants : qu'avant toute étude clinique, ils doivent avoir des notions complètes de pathologie et de séméiologie, cette science si prisée au commencement du siècle et si négligée maintenant !

Conférence de Pathologie générale élémentaire. M. le Dr Roger, agrégé.

M. le Dr Roger a été chargé d'un cours spécialement destiné aux étudiants de première année, et ayant pour but de servir d'introduction à l'étude de la médecine. Cette conférence a commencé le 11 novembre à la Faculté.

Dans sa première leçon, M. Roger a indiqué le but de ce cours complémentaire et a tracé le programme qu'il a l'intention de développer ultérieurement. Le but que se propose cette innovation, est de guider les débutants au commencement de leur carrière d'étudiant, de les initier au langage des sciences médicales, de leur expliquer les termes usuels, de leur fournir des idées générales et des conseils. M. Roger, ayant défini la science médicale, indique ensuite les vastes limites de la pathologie. Il passe en revue les divers chapitres qu'il traitera par la suite : l'étiologie, la pathogénie, la physiologie pathologique, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, la thérapeutique. Il explique en quelques mots chacune de ces divisions.

Le grand mérite de ce cours, outre la façon magistrale dont il est fait, est de tâcher de se mettre au niveau de ses auditeurs. Ainsi on définit tous les termes ; on explique toutes les idées de médecine générale. A cette première leçon, on a insisté sur le sens qu'il faut attacher à l'état morbide. On l'a comparé à l'état de maladie et pour arriver à la clarté nécessaire à des ignorants (puisque dans l'esprit de la Faculté, il est uniquement destiné aux étudiants de première année), on multiplie les exemples simples, on analyse les faits avec méthode. Après avoir déduit logiquement les uns des autres les divers chapitres énoncés plus haut et qui sont le schéma du cours, M. Roger termine en faisant remarquer que la pathologie générale n'a pas seulement un intérêt spéculatif, puisqu'elle aboutit à une thérapeutique raisonnée et, partant, efficace.

Tous ceux qui étaient venus là en curieux se sont demandés pourquoi on a attendu si longtemps pour faire ce cours, vraiment utile, et s'adressant aux seuls intéressés, aux étudiants !

Les Prompts Secours à Paris.

Un Concours sur titres ou la nomination du Directeur du service des Ambulances urbaines.

Nous apprenons que l'Administration préfectorale, actuellement en conflit suraigu avec le Conseil municipal, vient de nommer le futur directeur du service des ambulances urbaines de la Ville de Paris, avec le titre d'inspecteur général adjoint de l'assainissement, et les appointements de 6.000 francs par an.

Plusieurs candidats étaient en présence, dont M. le Dr Marcel Baudouin, membre de la Commission extra-municipale des Ambulances, et auteur du projet bien connu de nos lecteurs, dont les idées, en ce qui concerne en particulier les *ambulances extra-rapides* et les *avertisseurs d'accidents* ont été adoptées complètement en 1897 par le Conseil municipal (1).

C'est M. le Dr Henry Thiéry, docteur en médecine de 1891, qui a été nommé à ce poste très important. C'est donc lui, qui, en quelques semaines, va être chargé de dépenser les fonds votés en 1897 par le Conseil pour l'organisation

(1) M. Baudouin est l'auteur de plus de cent articles de journaux sur la question des Prompts Secours et sur l'Hygiène des Villes, sans compter deux importantes brochures consacrées au même sujet.

© BIU Santé

des stations d'ambulances. Espérons que les travaux seront terminés pour l'Exposition de 1900 ! Le futur directeur, grâce aux travaux et aux voyages de M. Baudouin, pourra certainement montrer aux Américains, qui viendront nous visiter à cette époque, que la Ville de Paris n'a désormais rien à envier aux petites cités du Far-West !

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (*Fin*) (1).

(PARIS, 18-23 Octobre 1897).

De l'évidement pétro-mastoïdien dans les suppurations anciennes de l'oreille.

M. le Dr Paul REYNIER, chirurgien de Lariboisière. — Si la trépanation simple de l'apophyse mastoïde peut dans un grand nombre de cas être suffisante pour arrêter les accidents provenant d'une suppuration de la caisse, il faut toutefois reconnaître que dans quelques cas encore assez nombreux, elle laisse persister un écoulement, une fistule interminable, qui peut devenir la cause de nouveaux accidents. Ces résultats se comprennent si on se rapporte à l'anatomie pathologique des inflammations de l'oreille moyenne. La membrane muco-périostée qui revêt la caisse est en continuité avec celle qui tapisse les cavités mastoïdiennes. Cette continuité se fait par un étroit canal, le canal petro-mastoïdien, *aditus ad antrum*, qui fait communiquer la caisse avec l'antre mastoïdien. Dans toutes les anfractuosités de la caisse, de l'aditus, des cellules mastoïdiennes, se forment des fongosités, des produits plastiques, des masses caséeuses, des cholestéatomes, des séquestres, qu'aucun lavage n'enlève et qui entretiennent indéfiniment la suppuration. L'opération rationnelle consiste donc à ouvrir largement toutes ces cavités, caisse, aditus, cellules mastoïdiennes, à enlever à la curette ces fongosités, ces produits plastiques, ces cholestéatomes, et par un pansement à plat modifier ces surfaces suppurantes.

Au Congrès de Chirurgie de 1894, mon collègue M. Broca préconisait dans ce but une opération de cette nature. Toutefois cet évidement large pétro-mastoïdien n'est pas encore entré dans la pratique courante. Il faut, en effet, bien le dire, cette opération se présente à nous comme assez dangereuse. On opère dans une région bordée de précipices. Au-dessous de l'aditus séparé de lui que par une simple lamelle osseuse se trouve le nerf facial ; et tout près, côtoyant le canal pétro-mastoïdien à son origine, on a le canal semi-circulaire inférieur. Un coup de ciseau trop profond, un coup de ciseau trop large : et avec l'un, votre malade se réveille avec une paralysie faciale irrémédiable ; et avec l'autre, avec un vertige, pire que le mal pour lequel on l'opérait.

Ajoutez à cela qu'on peut ouvrir le sinus latéral en perforant les cellules mastoïdiennes, voire même mettre à nu la dure-mère, et voir à la suite de cet accident une méningite mortelle se déclarer. Ces accidents arrivés entre les mains des opérateurs les plus exercés pouvaient faire réfléchir, et faire limiter l'opération à la simple trépanation mastoïdienne, opération déjà délicate, qui dans un grand nombre de cas est suffisante. On pouvait encore hésiter en craignant par cet évidement de la caisse de compromettre irrémédiablement l'audition, que la trépanation mastoïdienne sauvegarde, et souvent améliore, ainsi que j'ai été un des premiers à le montrer dans les suppurations de l'oreille moyenne. Si, dans quelques observations rares, on dit que l'audition n'est pas complètement abolie toutefois l'attention des auteurs n'a pas été suffisamment portée sur ce point : leurs examens n'ont pas été assez complets pour nous édifier. Dans la plupart des observations on se contente, en effet, de signaler la guérison de la suppuration, sans parler de l'audition. Ce sont toutes ces objections que je présentais moi-même encore au commencement de l'année à M. Broca qui, dans une séance de la Société de Chirurgie, me reprochait, avec juste raison, je le reconnais aujourd'hui, de n'avoir pas fait, dans un cas de mastoïdite grave, un évidement plus complet. Je le ferais, en effet, aujourd'hui.

Voulant me rendre compte de la valeur de cette opération, je me suis adressé à mon collègue et ami, le Dr Gougenheim, dont le beau service fournit pour des recherches de ce genre des ressources inépuisables. J'ai pu, grâce à lui, sur 14 malades atteints de lésions anciennes et graves de l'apophyse mastoïde, pratiquer cet évidement pétro-mastoïdien, c'est-à-dire l'ouverture des cellules mastoïdiennes de l'aditus et de la caisse. Ce sont les résultats de ces 14 opérations que je viens exposer aujourd'hui, espérant en vous les soumettant, convertir tous ceux qui hésitent encore. Je commencerai tout d'abord par vous dire en quoi consiste mon opération, et quel est le manuel opératoire suivi. Jusqu'ici, en effet, aucune règle précise n'a été donnée de cette intervention, et sous le nom d'évidement pétro-mastoïdien on fait des opérations fort dissemblables les unes des autres.

Celle que j'ai pratiquée dans ces temps principaux rappelle celle que M. Broca vous a préconisée ; elle en diffère par le manuel opératoire. Ce manuel opératoire ayant pour moi une grosse importance, si on veut agir en toute sécurité, vous me permettrez de vous l'exposer entièrement. Avec M. Broca, je commence par ouvrir l'antre mastoïdien, puis je fais sauter la paroi externe de l'aditus et arrive en dernier lieu dans la caisse en défonçant le mur de la logette. L'opération peut donc être divisée en quatre temps : 1° incision des parties molles ; 2° ouverture de l'antre mastoïdien ; 3° ouverture de l'aditus ; 4° ouverture de la caisse. Pour le premier temps et le second temps je suis les règles si précieuses données par mon maître M. Duplay pour la trépanation mastoïdienne. Je commence par une incision allant jusqu'à l'os, suivant le sillon rétro-auriculaire dans toute sa longueur. Cette incision doit être grande et faire par en haut tout le tour du pavillon. J'insiste tout particulièrement sur la forme de cette incision, qui va permettre de récliner en avant le pavillon complètement, et donne un grand jour indispensable pour mener à bien facilement l'opération. Avec la rugine je détache facilement le périoste de la face externe de l'apophyse, puis de sa face antérieure, séparant complètement la portion cartilagineuse postérieure du conduit auditif externe de sa portion osseuse. Je peux ainsi le récliner avec un écarteur fortement en avant et bien découvrir l'épine de Henle, le mur de la logette, et l'orifice tympanal.

Cette rugination faite, je place une éponge dans le fond du conduit auditif osseux. Cette éponge va faire l'hémostase pendant que j'ouvrirai l'antre, et quand j'arriverai à l'ouverture de la caisse, je ne serai plus embarrassé par le sang, très gênant dans cette région profonde, mal éclairée. Je passe ensuite au second temps de l'opération, l'ouverture de l'antre mastoïdien, que je fais d'après les règles préconisées par Duplay. Ici je ne saurais trop recommander avec M. Duplay, contrairement à M. Broca, de se servir de préférence de la gouge à main, bien coupante, de Legouest. Avec cette gouge on enlève copeaux par copeaux le tissu osseux, et sans crainte d'échapper, on pénètre peu à peu sûrement dans la cellule mastoïdienne. J'ai fait ainsi à l'heure actuelle plus de deux cents trépanations sans avoir ouvert le sinus. Je ne l'ai fait qu'une fois pour avoir essayé d'aller plus vite avec un ciseau.

L'autre mastoïdien ouvert, je passe au troisième temps de mon opération, le défoncement de la paroi externe du canal pétro-mastoïdien. Par l'antre, j'introduis dans le canal le protecteur de Stacke, ou un stylet recourbé, qui protège la paroi profonde du canal, et le nerf facial qui sur un point croise cette paroi, et n'est séparé de la lumière de l'aditus que par une lamelle osseuse, effrayante de minceur. Le protecteur en place, j'attaque la paroi externe de l'aditus avec une petite gouge à mains ou un petit ciseau, tous les deux n'ayant pas plus de cinq millimètres de large, c'est-à-dire la largeur du canal. Quelquefois, rarement, cette paroi est relativement mince et se détruit facilement. Le plus souvent elle est très résistante au niveau du coude que fait la face antérieure de l'apophyse avec la face externe. Elle se casse comme de l'écaille, d'où résultent des esquilles, des fissures qui peuvent s'étendre jusqu'à l'aqueduc de Fallope, et blesser le nerf facial ou le découvrir, ce qui explique ces paralysies faciales temporaires dont M. Broca nous signalait un cas. Le canal demi-circulaire pourrait être atteint de même, et un vertige en résulter. Il faut donc agir avec une grande prudence, en sculptant, pour ainsi dire, l'os comme on sculpte du bois au burin, et enlever peu à peu l'os, sans essayer de faire de la chirurgie brillante. Pour aller plus vite et éviter les fissures, j'ai fait faire par M. Mathieu un petit trépan, je vous le soumets ici. C'est un protecteur de Stacke, sur lequel une fraise vient tourner, ne pouvant se déplacer, étant fixée par une armature à la tige de l'instrument. Cette fraise manœuvre avec un tour à main qui sera bientôt remplacé, dans mon service, par un moteur électrique. Après avoir fait une perforation de la paroi de l'aditus, on n'a qu'à pousser en avant protecteur et fraise, en la faisant tourner pour détruire rapidement toute la paroi du canal, et pénétrer dans la caisse. Le protecteur de Stacke, introduit dans l'aditus, est assez long pour pénétrer jusque dans l'attique, la partie supérieure de la caisse. On évide donc l'os en suivant la direction du protecteur, jusqu'à ce que vous voyiez apparaître la pointe. Vous êtes alors dans la caisse. C'est alors que commence le quatrième temps de l'opération.

Vous agrandissez avec la petite gouge ou le petit ciseau la brèche de la caisse, en ayant soin de respecter le pourtour de l'orifice tympanal. Vous éviterez ainsi de blesser la corde du tympan. L'attique largement ouverte, un coup de curette léger enlève les fongosités, les osselets nécrosés, les masses caséeuses, qui peuvent l'oblitérer. Mais que ce coup de curette ne soit pas brutal. Car il ne faut pas détacher l'étrier qui ferme l'oreille in-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 43 et 44.

© BIU Santé

terne, et dont la conservation a une importance capitale pour l'audition.

L'opération finie, je fais le pansement. Je lave toutes les cavités avec l'eau oxygénée, l'antiseptique par excellence, et je bourre toutes les anfractuosités avec la gaze iodoformée que je laisserai en place cinq à six jours, le plus longtemps que je pourrai, si la suppuration n'est pas trop abondante. Je fais remarquer en effet, en passant, que ce tamponnement non renouvelé m'a paru toujours être le meilleur modificateur des plaies osseuses, et surtout des plaies infectées de tuberculose. Je n'ai plus qu'à fermer la plaie en rattachant par quelques points de suture le pavillon et le conduit auditif cartilagineux, remis en place, aux tissus de la région mastoïdienne. Je laisse toutefois un orifice par où sort le bout de la gaze iodoformée, qui se trouve dans les cavités osseuses. Telle est l'opération. Voyons maintenant les résultats.

Je l'ai faite sur 14 malades, 4 femmes et 10 hommes. Dans treize cas pour des suppurations datant depuis plusieurs années, chez des malades dont l'audition était abolie pour la perception des bruits externes. Chez 12, le diapason sur le vertex était entendu; l'oreille interne n'était pas touchée. Dans un cas j'avais affaire à une vieille otite sèche.

Sur ces 15 malades, je n'ai eu aucun accident à déplorer. Et si, au début, j'étais relativement hésitant, aujourd'hui je crois pouvoir affirmer qu'on peut mener toujours à bien cette opération, si on veut agir avec la prudence que je préconise, employer de préférence la gouge ou le perforateur, et abandonner l'usage des grands ciseaux. Avec ces derniers instruments, l'opération peut être plus rapide, plus brillante. Elle est moins sûre. La grande variété d'épaisseur des os, la situation un peu variable des organes à ménager suivant les individus, cet inconnu qui existe dans ces opérations motive ce que je viens de dire. Sur les 13 malades opérés pour suppuration, trois ont été perdus de vue. Sur les 10 autres, j'ai à enregistrer 9 succès avec guérison complète. Sur une jeune fille très tuberculeuse, la guérison que j'avais cru obtenir ne s'est pas maintenue, et elle est revenue dans mon service pour subir une nouvelle intervention, la suppuration ayant reparu. La guérison chez les neuf autres est survenue dans des laps de temps très variables. Tantôt c'est après deux mois, tantôt après cinq mois que la cicatrisation a été complète. L'étendue de la lésion, l'état général, la nature de la suppuration expliquent ces différences. Chez tous mes malades l'examen de l'audition après guérison, comparée à l'examen avant l'opération, a montré que celle-ci, loin d'avoir été diminuée par l'opération, s'était notablement améliorée. Des malades qui n'entendaient pas la parole avant l'opération, examinés après guérison, entendaient la voix parlée à deux mètres, et le tic-tac de la montre à trois, cinq centimètres de l'oreille.

Ces examens faits avec soin en me mettant autant que possible à l'abri des causes d'erreur, si faciles en pareil cas, et surtout la constance des résultats obtenus me permettent de venir ici vous affirmer que cet évidement pétro-mastoïdien, que ce curettage de la caisse, non seulement ne compromet pas l'audition, mais l'améliore si toutefois on a le soin de ne pas toucher à l'étrier.

Ces résultats s'expliquent, si on tient compte que dans les suppurations chroniques de l'oreille, l'audition est abolie par la présence dans la caisse du pus, des masses caséeuses, des fongosités, qui empêchent les ondes sonores d'arriver jusqu'à l'oreille interne. En enlevant tous ces produits de la suppuration, on améliore l'audition. Ces résultats sont d'ailleurs concordants avec ceux que relevait tout dernièrement M. Malherbe, qui, frappé du retour de l'audition après l'évidement pétro-mastoïdien, préconisait une opération à peu près analogue pour l'otite sèche. Ce que j'ai vu me fait accepter pour cette dernière affection la manière de voir de mon confrère, et je me propose de m'attaquer comme lui à ces scléroses de l'oreille interne. Je crois donc pouvoir conclure en disant : L'évidement pétro-mastoïdien dans les suppurations prolongées de l'oreille moyenne est un traitement de choix qu'on ne saurait trop recommander, la simple trépanation mastoïdienne restant réservée aux cas aigus et récents. Cette opération peut être faite sans faire courir de dangers, si elle est menée prudemment. La malade doit non seulement en retirer une guérison de sa lésion, mais une amélioration de l'audition.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 octobre 1897.

Etude des huîtres de Cette, au point de vue des microbes pathogènes.

MM. Ad. Sabatier, A. Ducamp, et J.-M. Petit. — L'ingestion alimentaire des huîtres a paru, dans quelques cas, pouvoir être rangée parmi les causes de la fièvre typhoïde : le mollusque serait alors le vecteur de l'agent pathogène de la maladie. La pénétration de cet agent pathogène dans le mollusque serait rendue d'autant plus facile que l'élevage des huîtres se fait d'ordinaire dans des eaux riches en débris organiques.

Nous avons étudié cette question pour les parcs d'élevage de Cette, et pouvons tirer de nos recherches les conclusions suivantes : Dans le parc d'élevage de Cette, les huîtres, au moment de nos divers examens, n'ont jamais renfermé que des microbes d'espèces banales, telles qu'on les rencontre dans beaucoup d'eaux d'alimentation, exceptées comme potables; le bacille typhique et surtout le coli-bacille n'ont jamais été rencontrés dans nos ensemencements.

Les huîtres arrivant directement de Marennes contiennent les mêmes espèces banales, signalées dans les huîtres de Cette et existant communément dans les eaux. Les huîtres placées au voisinage des égouts et y ayant séjourné jusqu'à un mois, nous ont constamment montré la présence abondante, dans leur intérieur, des souillures d'origine organique, comme le bacille fluorescens liquefaciens; mais, là encore, ni le coli-bacille, ni le bacille typhique n'ont jamais apparu dans nos cultures.

Enfin, en déposant directement, dans les huîtres vivantes, des cultures liquides ou solides, soit de bacille typhique, soit de coli-bacille, et abandonnant ensuite ces huîtres dans des conditions anologues à celles de l'élevage, nous n'avons pu, en commençant nos examens au quatrième jour de cette infection expérimentale, rencontrer ni le bacille typhique, ni le coli-bacille, malgré l'emploi des méthodes d'élection pour la culture de ces espèces microbiennes. Ces microbes disparaissent donc, soit que l'eau salée du canal de Cette leur constitue un milieu peu favorable, soit que les huîtres exercent à leur égard leurs moyens de défense vitale.

Il en résulte que l'ingestion alimentaire des huîtres de Cette, considérée par quelques auteurs comme l'une des conditions étiologiques démontrées de la fièvre typhoïde, ne nous paraît pas mériter de prendre place définitivement en médecine, d'autant que, à Cette, le nombre des cas de fièvre typhoïde ne dépasse pas la moyenne des autres villes de même population quoique la consommation des huîtres des parcs y atteigne annuellement le chiffre considérable de deux millions.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 Novembre 1897.

Présidence de M. Bouchard.

M. Bouchard. — Sur le *dosage comparatif de l'azote et du carbone total dans les urines*. Avec M. Desgres, l'auteur a étudié le rapport qui existe entre une unité de temps, l'heure, et une unité d'albumine fixe contenue dans le corps. L'heure moyenne donne un rapport de 45,7 azote, 45,4 carbone, par conséquent sensiblement égal. Ce rapport change beaucoup au point de vue physiologique. La nuit, l'azote passe à 50, le carbone descend à 40 0/0. Les deux chiffres se suivent en général d'une façon assez précise pour que l'on puisse dire que le carbone éliminé par l'urine provient de la destruction de l'albumine, comme l'azote qui l'accompagne. La quantité de carbone éliminée par le poumon échappe en effet à cette analyse.

M. Roger présente une note de M. Vandevelde sur un *sérum préparé avec des streptocoques d'infections subaiguës* qui permettrait de vacciner pour l'ensemble des infections à streptocoques.

M. Thomas rapporte une observation d'*aphasie corticale motrice* à la suite de trépanation pour abcès qui n'existait pas du reste. Au bout de cinq ans, la malade n'ayant d'autres mots à sa disposition que « oui » et « non », la rééducation de la parole tentée avec beaucoup de patience par M. Thomas, après constatation de la conservation de l'intelligence, a donné de très bons résultats.

M. Mavrojannis dépose une note sur la *toxicité de la sueur*. La sueur paraît avoir un pouvoir toxique très faible toutefois sur le bacille pyocyanique. D'autre part,

© BIU Santé

la sueur paraît beaucoup moins toxique pour les animaux que ne l'a indiqué M. Arloing.

M. Charrin. — Ces expériences sont beaucoup plus précises que celles de M. Arloing qui s'est contenté de tordre ou d'exprimer des flanelles, et qui ne s'est pas assez préoccupé des phénomènes d'infection que pouvaient provoquer ses injections de sueur. M. Mavrojannis a d'ailleurs commencé ses expériences bien avant M. Arloing.

M. Thiroloix a constaté dans deux cas de *rhumatisme articulaire aigu* l'existence du même microbe dont il a déjà parlé ; il ponctionne la plèvre et place directement dans du lait, le liquide recueilli. Il obtient ainsi des cultures virulentes pour le lapin, déterminant des douleurs articulaires et un souffle à la valvule mitrale.

M. Nicolas lit une note sur les *transformations des gaz injectés dans le tissu cellulatre de l'animal vivant.* La masse gazeuse se charge rapidement d'acide carbonique en général.

M. Griffon rapporte un cas de *transmission par l'allaitement du pouvoir agglutinant typhique de la mère à l'enfant.* M. Landouzy a observé ce fait sur une femme de 19 ans, accouchée depuis trois mois, et atteinte de fièvre typhoïde. Le résultat a été positif et ce fait confirme les recherches de MM. Widal et Sicard sur les animaux.

M. Rénon. — *Recherches expérimentales sur des intoxications successives par toxique minéral et toxiques microbiens (plomb, tuberculine et toxine diphtérique.)* Ces recherches ont porté sur des lapins de poids sensiblement égal, intoxiqués à deux reprises différentes avec du plomb (céruse ou minium), mélangé à leurs aliments. Trois mois après, ces animaux furent inoculés sous la peau, les uns avec de la toxine diphtérique, les autres avec de la tuberculine, ainsi que des témoins indemnes d'intoxication saturnine antérieure. Tous les lapins qui avaient reçu de la toxine diphtérique succombèrent, la mort étant survenue sensiblement plus tard chez les témoins. Un seul des animaux inoculés avec la tuberculine succomba, présentant des tubercules hépatiques des plus nets ; les autres, après avoir un peu maigri, reprirent en quelques jours leur poids initial. Nous avons alors inoculé avec de la toxine diphtérique les lapins qui avaient résisté à la fois à l'intoxication saturnine et à la tuberculine : les témoins n'avaient reçu antérieurement que du plomb, sans tuberculine. Les animaux ayant subi cette triple intoxication ont succombé rapidement et un peu plus vite que les témoins, ce qui nous permet de dire que l'intoxication antérieure favorise l'intoxication suivante faite par un toxique différent. Les examens microscopiques et histologiques du foie et des reins des derniers lapins nous ont montré que ces intoxications successives superposent, pour ainsi dire, dans les organes, les lésions décrites par les différents auteurs pour chaque toxique. A. P.

Séance du 14 novembre. — Présidence de M. Bouchard.

MM. Grimbert et Ficquet décrivent un *nouveau ferment des tartrates*, le bacillus tartricus, qui attaque les tartrates en produisant de l'acide acétique, de l'acide succinique, de l'acide carbonique et de l'hydrogène. Ce microbe peut être aérobie ou anaérobie. Il est distinct des ferments des tartrates déjà décrits.

MM. Courmont et Doyon reviennent sur la *destruction des toxines tétaniques* par les tissus, qu'ils attribuent à une véritable fermentation.

M. Raichline a recherché d'une façon suivie chez les ataxiques le phénomène du *dermographisme ou autographisme.* Il l'a rencontré très fréquemment (dix fois sur quatorze), il se montre souvent avec le type saillant. Il est, comme toujours, plus prononcé au tronc et dans le dos. L'auteur fait remarquer que dans la syringomyélie on observe aussi très souvent le dermographisme.

M. R. Quinton a pratiqué sur le chien des injections intra-veineuses d'eau de mer et a constaté qu'on en pouvait injecter avec survie des doses beaucoup plus élevées que celles des autres liquides ordinairement injectés.

M. Féré continuant ses recherches sur les *phénomènes de la bromuration* chez les épileptiques, signale ce fait curieux que le réflexe pharyngien peut être conservé chez des malades soumis au bromure et supprimé chez ceux qui n'en prennent pas.

M. Courmont décrit un *strepto-bacille* recueilli chez un cobaye inoculé d'une arthrite tuberculeuse du coude. Ce microbe détermine par inoculation la production de cellules géantes. Ce serait donc une nouvelle variété de fausse tuberculose.

M. Castaigne a observé la *réaction agglutinante* du sérum du sang pour le bacille typhique des cultures chez une nourrice atteinte de fièvre typhoïde. Le nourrisson, quoique exempt de fièvre, présentait la même réaction qui disparut lorsque la nourrice cessa l'allaitement.

Élections. — M. Yvon est élu membre de la Société par 38 voix. M. Vaquez obtient 14 voix. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 novembre. — Présidence de M. Caventou.

Greffes osseuses hétéroplastiques.

M. Dubar (de Lille) présente une malade à qui il fit, il y a six ans et demi, après résection des os du carpe pour une ostéite tuberculeuse, une série de greffes osseuses. Cinq fragments provenant du fémur d'un chien de huit jours furent greffés dans la plaie. Le résultat fonctionnel est parfait et la radiographie montre la persistance des greffes.

Les pleurésies séro-fibrineuses.

M. Le Damany croit que ces pleurésies, quand elles sont primitives, sont toujours tuberculeuses. Les autres microbes ne donnent que des pleurésies purulentes. L'action du froid, du rhumatisme est douteuse. Mais les pleurésies séro-fibrineuses consécutives aux infarctus, aux congestions du poumon, peuvent être non tuberculeuses.

Résection de l'estomac.

M. Hartmann présente deux malades chez lesquels il a fait la résection de l'estomac ; dans le premier cas il s'agissait d'un cancer du pylore, et, dans l'autre, d'un cancer diffus de cet organe. Les résultats, au point de vue de l'alimentation et de la digestion, ont été excellents.

Étude des voyelles par la photographie des flammes manométriques.

M. le Dr Marage. — J'ai continué, au laboratoire de M. Marey, les expériences que j'avais entreprises en photographiant les flammes manométriques vibrant sous l'influence des voyelles parlées ou chantées. Voici les principaux résultats obtenus :

1° Chaque voyelle parlée est toujours caractérisée par un même groupe de flammes, et on a les voyelles à une flamme : I, U, OU ; à deux flammes : É, EU, O ; à trois flammes : A.

Ce qu'il y a de curieux, c'est que cette classification correspond à celle de Grassmann, de Helmholtz, et aux tracés obtenus par L. Hermann, bien que les méthodes de recherches soient absolument différentes.

2° En parlant chaque voyelle devant la capsule, on obtient un certain nombre de flammes ; chacune correspond à une vibration double, on peut donc compter leur nombre, ce qui donne la vocable correspondante. La vocable est fixe pour chaque voyelle et pour chaque expérimentateur si la façon de prononcer reste à peu près la même ; chaque voyelle est donc caractérisée, plus par son tracé qui ne change pas, que par sa vocable qui varie entre certaines limites.

3° On peut, en combinant la voyelle A avec I, U, OU, obtenir les tracés caractéristiques des voyelles à deux flammes : É, EU, O ; on a les équations : A + I = É ; A + U = EU ; A + OU = O. On pourrait expliquer ainsi pourquoi les paroles sont mal entendues dans les chœurs, deux voyelles en se superposant pouvant donner naissance à une troisième.

4° Dans les voyelles chantées, la flamme caractéristique et par conséquent la vocable disparaît, et il n'y a aucune différence entre les vibrations d'un diapason et celles de la voix

© BIU Santé

chantée. On comprend alors pourquoi on a cherché en vain la vocable dans la voyelle chantée puisque la vocable n'est plus perceptible. Ceci explique, non seulement les désaccords entre les divers expérimentateurs, mais encore pourquoi la voix chantée est généralement moins bien comprise que la voix parlée : en effet, le chanteur conserve la note et lâche la vocable, c'est-à-dire la voyelle, tandis que l'orateur conserve la vocable et lâche la note.

Election.

M. Bourquelot est élu membre titulaire dans la section de pharmacie par 62 voix sur 70 votants. MM. Yvon et Quenneville ont obtenu chacun 4 voix.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 Novembre 1897. — Présidence de M. Debove.

Cancer primitif des voies biliaires.

M. Paul Claisse présente un cancer primitif des voies biliaires. Sur le canal hépatique siège un néoplasme qui produit en amont une énorme dilatation des voies biliaires sans sclérose des parois. Le cholédoque et la vésicule sont normaux. Le début de l'affection a été marqué par un ictère intense, qui s'est installé subitement pour ne plus régresser, entrainant la mort au bout de deux mois, sans accidents fébriles. M. Claisse a réuni une cinquantaine d'observations de cancer primitif des voies biliaires, auxquelles il compare ce nouveau fait. La tumeur est dans tous ces cas un épithélioma né de la muqueuse des conduits biliaires et prenant d'ordinaire la forme du carcinome. Elle siège le plus souvent sur la terminaison du cholédoque, et s'articule au niveau de l'ampoule de Vater. Dans 1/5 des cas seulement, la tumeur n'est pas voisine du duodénum, et, dans 1/12 des cas, elle est localisée à la portion juxta-hépatique des voies biliaires. Le cancer intra-duodénal produit une distension de la vésicule biliaire, signe très important sur la signification diagnostique duquel Hanot avait insisté, montrant le parti qu'on peut en tirer pour distinguer l'obstruction cancéreuse de l'obstruction calculeuse. Cette dernière, ainsi que Terrier l'a établi, entraine, en effet, une cirrhose biliaire avec atrophie de la vésicule qui n'est pas perçue à la palpation. Une rétention biliaire chronique est d'origine cancéreuse si la vésicule est dilatée ; elle est d'origine calculeuse si l'on ne sent pas la vésicule : telle est la formule proposée par Hanot. De la statistique ci-dessus résumée, il ressort que, dans la grande majorité des cas, cette formule est juste, mais que, si le cancer des voies biliaires est juxta-hépatique, c'est-à-dire une fois sur douze, le diagnostic ferme peut être impossible. Les divers éléments d'appréciation tirés du mode de début, de l'allure de l'ictère, de l'évolution morbide, etc., sont parfois insuffisants et trompeurs. En pareil cas, la laparotomie permet seule de résoudre le problème.

M. Debove a vu un fait analogue ; le malade, présentant une vésicule biliaire dilatée, paraissait atteint de cholélithiase ; un petit épithélioma annulaire du canal cholédoque était cause de cette dilatation. M. Debove croit que ces cas donneront toujours lieu à des erreurs de diagnostic.

M. Hayem insiste à ce propos sur la fréquence de la coïncidence du cancer de la vésicule biliaire et la cholélithiase.

Généralisation des bacilles de la diphtérie.

M. Sevestre, à propos de la communication de M. Barbier sur la diphtérie à la dernière séance, demande si la diffusion du bacille n'a pas lieu dans les viscères post-mortem. Il sait bien que M. Martin a trouvé des bacilles dans le sang, mais il ne peut à l'heure présente, admettre sans constestation la pathogénie des paralysies diphtériques par la présence du bacille dans le bulbe. M. Roux n'a-t-il pas déterminé des paralysies par l'administration de la seule toxine ?

M. Lemoine a trouvé le bacille de Lœffler dans le sang du cœur, cinq heures après la mort d'un malade atteint d'angine diphtérique.

M. Barbier ne croit pas à la diffusion post-mortem du bacille et ne pense pas que la présence du bacille dans le bulbe nuise en quoi que ce soit à la pathogénie toxique des paralysies diphtériques.

Tuberculine TR de Koch.

M. Letulle a fait des expériences avec la tuberculine TR. Il a d'abord, malgré le prix du médicament et la difficulté de se le procurer commercialement, tenté sur les cobayes pour s'assurer de l'innocuité de la substance. Il a pu constater, en suivant très exactement la technique de Koch, que les cobayes tuberculeux n'étaient pas complètement immunisés.

M. Letulle expérimenta sur des malades avec leur assentiment. Il fit un choix parmi les malades pour se trouver en de bonnes conditions expérimentales. Sur six malades, deux ne furent pas améliorés ; un, atteint de broncho-pneumonie tuberculeuse, fut pris d'hémoptysie, le second, atteint de tuberculose pharyngée-laryngée, maigrit considérablement. Les quatre autres furent améliorés. Un, atteint de tuberculose génito-urinaire, maigrit d'abord, mais ses souffrances s'amendèrent. Un autre, phtisique banal, fut nettement amélioré ; il gagna 4 kilogrammes de poids en six semaines de séjour à l'hôpital. Les signes de sa tuberculose et les bacilles restèrent stationnaires. Le troisième avait un abcès tuberculeux de l'aisselle. Il fut amélioré, mais non immunisé, car on retrouva des bacilles dans le pus de l'abcès.

Le dernier malade fut suivi durant six mois environ. Tuberculeux des deux sommets, il maigrit d'abord, mais ses sommets, remplis jadis de craquements humides, se desséchèrent, les râles disparurent. Le traitement cessé, il s'en retourna, puis revint à l'hôpital ; le repos sans traitement a suffi à le faire de nouveau engraisser. — Les piqûres de tuberculine déterminent de l'hyperthermie, mais elle ne persiste pas. Il ne se produit pas de douleur, pas de réaction, sauf une fois une hémoptysie. Ces observations ne permettent pas de conclure ; chez la plupart de ces malades, il y a une action suggestive morale considérable qui, souvent, excite l'appétit et amène l'engraissement.

Névralgie diaphragmatique d'origine palustre.

M. L. Guinon fait part d'une communication de M. Crespin, de l'hôpital Mustapha d'Alger, sur deux cas de névralgie diaphragmatique d'origine palustre due, à son avis, à l'irritation du diaphragme sous l'influence de la rate hypertrophiée.

J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 Novembre 1897. — Présidence de M. Delens.

Corps étrangers du rectum.

M. Monod fait une communication entière sur ce sujet.

Obstruction intestinale.

M. Hartmann, dans trois cas, est intervenu pour cancer par l'anus contre nature. Dans neuf cas de laparotomie pour occlusion vraie, il a eu quatre morts et cinq guérisons.

M. Broca. — M. Legueu a trouvé dans un premier cas un cæcum tordu et distendu au point de remplir tout l'abdomen, en sorte que l'anus contre nature eût forcément porté sur lui ; les partisans de l'anus contre nature dans l'occlusion aiguë ne peuvent guère compter sur le succès que pour l'iléus paralytique ; or le second cas de M. Legueu démontre que là aussi la laparotomie peut réussir. MM. Quénu et Reclus ont pris la défense de l'anus contre nature pour ce cas spécial de l'anus contre nature. Les faits qui constituent la statistique intégrale des occlusions qu'il a eues à traiter démontrent que la laparotomie n'est pas meurtrière autant qu'on l'a dit. Il ne croit pas que l'anus iliaque systématisé dans l'occlusion aiguë donne une semblable proportion de succès définitifs.

M. Kirmisson. — La plupart des chirurgiens ont pensé que si la laparotomie doit être faite dans certains cas, il en est d'autres où il faut faire l'anus contre nature. L'allégation est simpliste : qui dit occlusion chronique, dit laparotomie ; occlusion aiguë, anus contre nature. Il faut ajouter que nombre de ceux qui ont de l'obstruction aiguë ont présenté un passé abdominal et c'est ainsi que se présente le cancer de l'intestin. Les deux méthodes ont donc leurs indications.

© BIU Santé

M. Peyrot n'appelle pas occlusion aiguë une occlusion chronique qui présente une crise aiguë. Aussi la formule contre laquelle proteste M. Kirmisson peut-elle être acceptée, si on s'entend bien sur la distinction entre occlusion chronique et aiguë.

Luxations dorsales externes du pouce.

M. J. Vitrac (de Bordeaux) lit le résumé d'un travail sur ce sujet. Les luxations en arrière du pouce s'accompagnent habituellement du déplacement interne de la phalange. Mais exceptionnellement ce déplacement peut être externe. M. Vitrac l'a reproduit dans ses expériences; il l'a retrouvé dans quelques observations, et il l'a rencontré sur le vivant. Le déplacement externe dans les luxations en arrière est ce qui caractérise les « luxations dorsales externes » par opposition aux « luxations dorsales internes », qui sont ordinairement observées, et seules décrites jusqu'à présent. Les luxations dorsales externes, comme les luxations classiques, peuvent être complètes ou complexes. Elles se produisent quand le traumatisme, très violent, atteint le pouce en abduction et en extension. Les déchirures ligamenteuses sont totales; il y a éclatement partiel de la gaine du tendon long fléchisseur du pouce; le muscle adducteur est déchiré et pénétré par le métacarpien. Le tendon long fléchisseur est luxé en dehors de la tête métacarpienne; il a quitté sa loge intersésamoïdienne. Il constitue un obstacle à la réduction qui persiste même quand les sésamoïdes peuvent librement passer entre les deux os. Aussi, si des manœuvres spéciales ne réussissent pas à amener sa réduction, une opération est autorisée. Elle consiste dans, soit : *a*. L'accrochement du tendon à travers une boutonnière sous-cutanée (moyen infidèle) ; *b*. La ténotomie provisoire au poignet (moyen plus sûr). *c*. L'arthrotomie suivie d'accrochement ou de ténotomie provisoire (procédé de choix). La luxation dorsale externe, irréductible par les moyens ordinaires presque toujours, se reconnaîtra au déplacement externe de la phalange. Le pouce sera plus éloigné de l'index que le métacarpien, la tête de celui-ci sera saillante dans l'espace interosseux.

Séance du 3 novembre 1897. — Présidence de M. Delens.

Occlusion intestinale.

M. Peyrot. — L'anus contre nature n'est qu'une opération d'exception qu'on ne peut préférer, d'une façon générale, ni comparer à la laparotomie. Les succès que l'on doit à l'anus contre nature ne sont pas assez nombreux pour faire écarter la laparotomie, tandis que les insuccès en sont nombreux. Tout dépend, en somme, des indications. La cause de l'occlusion intestinale est souvent difficile à diagnostiquer; mais les symptômes peuvent quelquefois éclairer le chirurgien.

M. Schwartz. — J'ai pratiqué deux laparotomies pour occlusion intestinale : la première suivie de guérison, la seconde, de mort par perforation ; et je n'ai pu trouver ni la cause ni le siège de l'occlusion. J'estime que le diagnostic de cette affection est le plus souvent impossible; malgré cela, les moyens médicaux ne sont pas à rejeter, notamment les éléments électriques qui ont donné quelques bons résultats. Quoique je ne considère pas l'anus contre nature comme une opération de choix, je dois cependant signaler deux succès de deux et de quatre ans, que j'ai obtenus en la pratiquant, l'un chez un malade de 72 ans, l'autre chez un malade de 76 ans. Malgré ces succès, la laparotomie me paraît préférable; c'est l'opération qui rendra de véritables services, surtout chez des malades dont l'état général sera encore satisfaisant. J'ai pratiqué sept laparotomies, avec cinq morts et deux survivants.

Corps étrangers du rectum.

M. Gérard-Marchant fait un rapport sur une observation de M. P. Delbet. Le corps étranger dont il s'agit est une bouteille de 24 centimètres de diamètre, qu'un homme, âgé de 45 ans, s'était introduite dans le rectum. On ne put extirper ce corps étranger, qu'en pratiquant la section du périnée, du rectum, et la désarticulation du coccyx.

M. Bazy. — Souvent une simple valve suffit pour écarter suffisamment le rectum et extirper le corps étranger sans section. M. Broussin (de Versailles) enleva, sans incision, simplement à l'aide d'une pince de Pajot, un énorme saucisson introduit dans le rectum.

Péritonite par perforation d'un ulcère du duodénum autopsié.

M. Loison présente une observation.

Tumeur du corps thyroïde. Ablation.

M. Walther présente une malade.

Laparotomie pour invagination de l'intestin grêle, causée par un polype enlevé par entérotomie. Guérison.

M. J.-L. Faure présente un malade. M. B.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Présidence de M. Ollivier-Beauregard.
Séance des 21 octobre et 4 novembre 1897.

M. le Dr Reboul présente le *moulage de la mâchoire d'un individu* affecté d'une pilosité extraordinaire, ainsi que la photographie de celui-ci. Cet individu, dont la barbe garnit la figure, à partir des pommettes, et descend, large et abondante, jusqu'au milieu de la poitrine, est couvert de longs poils à peu près également sur toutes les parties du corps. Son exemple semble bien confirmer la corrélation signalée déjà entre l'*hypertrichosis* et le développement défectueux du système dentaire. Diverses anomalies par insuffisance signalent en effet sa mâchoire.

M. le Dr Laborde a fait l'étude du *poison de flèches d'indigènes du Venezuela*. Comme pour toutes les flèches empoisonnées recueillies jusqu'ici dans l'Amérique du Sud, il s'agit encore d'un curare. Les curares varient toutefois dans leur composition et quelque peu aussi dans leurs effets. Celui-là détermine d'abord des contractions tétaniformes. La paralysie vient ensuite.

M. le Dr Ledouble, qui a maintes fois entretenu la Société de ses travaux sur les *anomalies musculaires*, annonce la publication de l'ouvrage dans lequel il a exposé l'ensemble de ses recherches et découvertes.

M. le Dr Rivière apporte de nouveaux documents sur ses *fouilles dans la grotte maintenant fameuse de La Mouthe* (commune de Tayac, à 3 kilomètres des Eyzies). Au fond de cette grotte s'ouvre un long couloir. Sur les parois de ce couloir où aucun rayon de lumière ne pénètre aujourd'hui, des figures d'animaux, d'assez grande dimension, ont été gravées au trait repassé à l'ocre rouge. La partie inférieure de ces gravures était ça et là engagée dans la couche stalagmitique de la surface du sol. On a cru un instant qu'il s'agissait de quelque charbonnage fantaisiste de contemporain. Mais dans l'état actuel de configuration et d'obstruction du couloir, un tel travail serait à peu près impossible. Son aspect est archaïque et il paraît évident que ses auteurs pouvaient séjourner et voir clair dans cet antre presque impraticable depuis bien longtemps. M. Rivière avait pris d'abord des estampages des figures.

Il a fini, après divers essais, par en obtenir des photographies, après plusieurs heures de pose à la lumière de lampes de locomotives. Or, les animaux figurés ne sont pas de notre époque. Un bœuf surtout, orné d'une bosse formidable, ne permet pas de douter que son auteur a eu l'aurochs pour modèle. L'aurochs a bien encore quelques misérables représentants dans une forêt de la Lithuanie. Mais il a abandonné le midi de la France avec d'autres animaux, comme le renne, immigrés au nord, depuis la fin du quartenaire. M. Rivière a recueilli, dans le sol même, des restes d'animaux et des objets travaillés, dont quelques-uns fort précieux. Tel est un fragment osseux sur lequel est gravée au trait une femme, avec assez d'habileté. Ce sont des restes de l'industrie et de l'art magdaléniens.

M. le Dr Bertholon a envoyé un long mémoire pour répondre, pense-t-il, à la note publiée par M. Zaborowski dans les *Bulletins de la Société* (1897, fascicule 2, p. 135) et dans la *Revue scientifique* (17 avril 1897) relativement à l'*attitude des colons vis-à-vis des indigènes algériens* et à la conduite à tenir

© BIU Santé

à l'égard de ces derniers. M. Bertholon n'oppose aucun fait décisif à la note en question. Il en critique vivement les termes et les conclusions. Il reconnaît bien que la population musulmane progresse avec rapidité, en face d'une colonisation plutôt languissante. Le long de la côte, dans les villes, l'élément européen augmente. Mais l'avenir de cet élément dépend de la proportion d'individus fixés au sol et aptes à faire souche. Or, le nombre de ces individus a été estimé par M. A. Dumont à 70.000 environ. M. Bertholon n'en déclare pas moins qu'il n'y a rien à faire avec les indigènes. « Le Coran, dit-il, est un sauvage chant de guerre contre le chrétien, contre le Français » (!). Et il demande la suppression du Coran et. . des indigènes aussi sans doute. Z.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du 15 novembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. HARTENBERG. — Au Congrès de Moscou et dans un récent article de la *Revue encyclopédique*, M. Bernheim vient de soutenir que l'hypnotisme n'existe pas. M. Bernheim n'a nulle intention de nier la possibilité de faire réaliser par des sujets un sommeil artificiel ; il ne veut pas nier que dans cet état de sommeil provoqué on puisse faire exécuter par les sujets les actes qu'on leur suggère ; il ne nie aucune des propriétés curatives du sommeil provoqué ; mais ce qu'il s'efforce de démontrer c'est que le sommeil suggéré ne doit pas être distingué des autres phénomènes suggérés, tels qu'un mouvement ou l'expression d'une émotion.

M. BÉRILLON. — L'hypnotisme est avant tout un phénomène d'inhibition. M. Bernheim a supprimé à tort l'intervention des agents physiques : il y a inhibition de certains centres nerveux par fascination, par surprise (coup de Hansen). — Bichat a dit que le sommeil général est l'ensemble des sommeils particuliers ; il en est de même du sommeil hypnotique.

M. Aug. VOISIN rappelle que M. Liébeault ne transige pas sur la nécessité du sommeil ; dans la plupart des cas, la suggestion simple n'est pas suffisante.

M. BOIRAC. — Il vaudrait mieux, en pratique, que l'hypnotisme n'existât pas, mais il existe. M. Bernheim ayant observé les merveilleux effets de la suggestion en a exagéré l'importance. Il n'y a pas que l'idée de dormir qui endort et l'hypnose est un phénomène physiologique d'inhibition. Dans certains cas la suggestion est un simple effet de l'hypnotisme, mais la suggestion peut, après avoir été effet, devenir cause.

M. ARCHAMBAUD. — L'hypnotisme n'est qu'un côté de la suggestion, celle-ci a un champ beaucoup plus vaste.

M. VALENTIN. — Il ne faut pas oublier de distinguer le sommeil suggéré obtenu chez les névropathes simples et celui qu'on obtient chez les dégénérés : ceux-ci peuvent présenter des hypnoses pathologiques.

M. DUMONTPALLIER. — N'oublions pas l'utilité du sommeil qui aide puissamment à la suggestion. Avec la fascination on peut produire des prodiges thérapeutiques là où la suggestion simple échouerait. Henry LEMESLE.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr CH. MIRALLIÉ.

VI. — Leçons de clinique médicale (IIIe Série) 1er fascicule ; par le Pr GRASSET.

VI.—La première partie de ces leçons est consacrée à l'étude de l'aphasie. A l'aide d'un schéma très complexe, comprenant le centre hypothétique de l'idéation, l'auteur décrit les variétés d'aphasie : corticale, sous-corticale, transcorticale et sus-corticale. Ces divisions sont purement théoriques, et actuellement la question de l'aphasie n'est plus sur des schémas à vague aspect de géométrie dans l'espace et plus ou moins artificiels. On peut par ce moyen inventer autant de formes cliniques que l'on voudra ; reste à savoir si la clinique les réalisera jamais. Aujourd'hui la question est nettement posée : Les centres du langage sont-ils oui ou non dans une telle union les uns avec les autres, qu'une lésion de l'un de ces centres retentisse sur tous les autres, toujours de la même manière, chez tous les individus, suivant la prédominance des centres établie par l'éducation? La clinique vérifiée par l'anatomie microscopique permettra seule d'éclaircir la question, qu'aucun schéma ne saurait éclaircir, bien au contraire. Suit une étude très intéressante de l'automatisme psychologique. Utilisant le schéma de l'aphasie, légèrement modifié, l'auteur essaie une classification et une explication physiologiques et pathologiques de ces phénomènes, et met en lumière certains points très bien étudiés de ces manifestations encore si obscures. L'étude des anesthésies et des paralysies hystériques est exposée d'une façon particulièrement remarquable. Le dernier chapitre, de beaucoup le plus intéressant, a pour but l'étude des paralysies nucléaires des nerfs sacrés. Aux paralysies par lésions de la queue de cheval, l'auteur oppose la lésion des cellules mêmes du renflement lombaire. Cliniquement le diagnostic se basera sur « la présence de signes objectifs extérieurs, la dissociation des réflexes (abolition du réflexe rotulien, exagération du clonus du pied), le syndrome de Brown-Séquard, et la dissociation syringomyélique » qui caractériseraient la lésion médullaire.

VII. — Le Goitre exophtalmique (*Interprétation nouvelle*) ; par RICHE. — *Société d'éditions scientifiques*, 1897.

VII. — L'auteur commence par combattre successivement toutes les théories émises pour expliquer le symptomatologie de la maladie de Basedow. Aucune explication n'est satisfaisante, aucune ne peut rendre compte de tous les signes observés. Après avoir fait ainsi table rase de toutes les hypothèses, l'auteur expose une nouvelle théorie. Riche soutient d'abord qu'on ne saurait admettre de faux goitres exophtalmiques, des goitres basedowifiés, théorie qui semble cependant aujourd'hui être admise par la plupart des cliniciens. Puis arrive la partie vraiment originale du travail. Le goitre exophtalmique résulte de « l'excitation du sympathique cervical, complication qui peut surgir au cours de toutes les formes du goitre, surtout des formes vasculaires, au cours même des sarcomes du corps thyroïde. Le volume de la glande, ses connexions, sa sécrétion interne ne jouent aucun rôle dans la pathogénie de cette complication ». Dans le corps thyroïde se produiraient des altérations vasculaires, très analogues à celles de l'anévrisme cirsoïde ; les artères thyroïdiennes subiraient le contre-coup de cette modification de la circulation thyroïdienne ; les rapports intimes des artères thyroïdiennes inférieures avec le sympathique cervical expliqueraient alors très facilement l'excitation du sympathique. La dernière conclusion de l'auteur se dégage tout naturellement : « Le syndrome basedowien n'étant que la complication d'une affection chirurgicale, ressortit donc à la chirurgie » et l'auteur donne la préférence à la thyroïdectomie partielle avec conservation des cornes supérieures pour éviter le myxœdème post-opératoire. La section du sympathique ne serait faite que secondairement, au cas où l'exophtalmie persisterait.

Cette théorie n'est rien moins que révolutionnaire ; brillamment défendue par Riche qui a accumulé pour la soutenir toutes les preuves physiologiques et cliniques, elle manque du contrôle indispensable de l'anatomie pathologique et des résultats thérapeutiques. L'avenir seul nous dira ce qu'elle vaut.

VIII. — Pathologie et Thérapeutique de la Neurasthénie ; par BINSWANGER. — G. Fischer, Iena, 1895.

VIII. — La neurasthénie, à mesure qu'elle est mieux connue, devient de plus en plus fréquente ; à chaque instant le médecin se trouve aux prises avec elle, et souvent elle revêt des formes cliniques inattendues qui viennent singulièrement compliquer sa physionomie habituelle. — Dans ce travail considérable, l'auteur enseigne ce que lui ont appris 12 années d'études cliniques.

Après une étude de pathogénie et d'étiologie générale, étude de psychologie normale et pathologique, Binswanger discute longuement toutes les causes qui peuvent provoquer l'éclosion de la névrose. Sur un terrain prédisposé par la vie active et les besoins modernes, tout devient prétexte à son apparition : surmenage, excès de toutes sortes, trauma, maladies constitutionnelles, infections aiguës et chroniques, syphilis, intoxications.

© BIU Santé

L'étude clinique forme la plus grande partie de l'ouvrage. Tous les symptômes sont longuement et minutieusement exposés, étudiés dans leur groupement rationnel, chacun d'eux occupant la place qu'il mérite dans la symptomatologie si complexe. Et il ne s'agit pas seulement d'un exposé aride; à propos de chaque fait l'auteur rapporte les observations les plus typiques qu'il a pu recueillir, et le livre didactique devient en même temps un merveilleux recueil clinique comprenant plus de cent observations. Il nous est impossible, devant l'abondance des symptômes observés, de donner même la liste de ces symptômes; qu'il nous suffise de dire que tous les symptômes observés sont signalés, et que cette partie clinique constitue la plus complète de toutes les monographies écrites sur le sujet. La partie thérapeutique est l'objet de tous les soins de Binswanger, sans qu'il ait cependant la prétention, comme il le dit, d'avoir épuisé la liste des médicaments préconisés. La maladie est trop protéiforme pour se trouver bien toujours du même agent. Ce n'est pas la maladie qu'il faut soigner, mais le malade; et ce n'est qu'en agissant sur l'état constitutionnel général qu'on pourra obtenir des guérisons et des succès durables.

IX. — Diagnostic de la paralysie du sympathique; par Pick. — *Prager med. Woch.*, n° 48, 1896.

IX. — Malgré les recherches physiologiques qui ont précisé les phénomènes relevant de la paralysie ou de l'excitation du sympathique, la paralysie de ce nerf est encore difficile à reconnaître; on ne rencontre pas, en effet, tous les signes observés dans les laboratoires et parmi ceux-ci le myosis et le rétrécissement palpébral sont les phénomènes le plus souvent observés chez les malades. L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 31 ans, atteinte d'une tumeur du médiastin avec compression de la veine cave supérieure. Le diamètre exagéré de la pupille gauche, l'élargissement de la fente palpébrale, la saillie du globe oculaire firent admettre l'existence d'une excitation du sympathique gauche; plus tard apparurent une paraplégie avec paralysie de la vessie. Un examen consécutif des yeux montra identiquement les mêmes phénomènes; mais un fait contradictoire apparut : sous l'influence des impressions lumineuses, la pupille gauche se contractait vivement et fortement. Aussi au lieu d'une excitation du sympathique gauche, on admit l'hypothèse d'une paralysie du sympathique droit, bien que l'œil droit eût un aspect beaucoup plus normal que le gauche. L'autopsie vérifia cette hypothèse : le sympathique gauche était intact, le sympathique droit était dégénéré depuis la septième cervicale jusqu'à la quatrième dorsale. Un examen complet et minutieux est donc indispensable pour le diagnostic, qui peut ainsi se trouver en contradiction avec la première impression donnée par l'ensemble symptomatique.

X. — Aphasie motrice consécutive à l'Influenza; par Kohan et Stembo. — *Saint-Petersb. med. Woch.*, n° 19, 1894.

X. — Une femme de 28 ans, à la suite d'influenza survenue au septième mois d'une grossesse, fut prise d'aphasie motrice avec paralysie faciale, sans perte de connaissance. « Elle comprenait tout ce qu'on lui disait, mais ne pouvait exprimer ses pensées ni par la parole, ni par l'écriture. Donc aphasie motrice et agraphie sans surdité ni cécité verbales. » Amélioration pendant laquelle apparut de la paraphasie « A mesure que sa parole s'améliora, elle put aussi écrire, et elle écrivit beaucoup plus régulièrement qu'elle ne parla. » La parole répétée devint ensuite parfaite, si bien que, comme le font remarquer les auteurs, « l'aphasie corticale prit ensuite la forme d'une aphasie sous-corticale, et enfin d'une aphasie transcorticale ». K... et S... admettent une hémorragie de la troisième frontale et de la partie voisine de l'opercule.

XI. — Associations de polioencéphalomyélite et de névrite puerpérale; par Higier. — *Wiener medizin. Presse*, n°s 34-37, 1896.

XI. — Une femme de 26 ans, sans hérédité, est prise de douleurs dans les jambes, 8 jours après un avortement à 7 mois. Paralysie faciale, frappant le facial supérieur comme l'inférieur : apparence d'un masque; ptosis double; ophtalmoplégie externe incomplète; paralysie du trijumeau moteur et sensitif; difficulté de la déglutition; paralysie du récurrent droit; sensibilité de la face normale. Aux membres supérieurs : diminution de la force musculaire; pas d'atrophie; pas de troubles sensitifs; diminution des réflexes tendineux. Diminution de la motilité du tronc; pas de troubles des sphincters. Douleurs spontanées des membres inférieurs, avec paresthésies et hyperesthésies; pied bot varus parétique; disparition des réflexes rotuliens. Se basant sur l'évolution des symptômes, Higier admet la coïncidence de deux affections : 1° d'une polioencéphalomyélite chronique progressive; 2° d'une polynévrite aiguë. Ch. Mirallié.

BIBLIOGRAPHIE

Saint Thomas's Hospital Reports, edited by Aclaud and Bernard Pitts. Vol. XXIII. — London, J. et A. Churchill.

Ce volume renferme les mémoires suivants : Biographie (avec portrait) du Dr J. Syer Bristowe; — Observations anatomiques et pratiques sur l'hôpital Saint-Thomas (1674-1677), par J. Molins; — Condition par rapport à la vaccination des personnes marquées de la petite vérole, par Robert Cory; — Note sur la physiologie de la moelle épinière, par Sherrington; — Responsabilité criminelle des aliénés, par Ch.-J. Cullingworth; — Deux cas de dommage grave à la tête, dans lesquels se sont présentées des conditions inhabituelles, par W.-H. Battle; — Cas d'intussusception d'origine peu commune, par Stabb; — Cas de rachitisme intra-utérin, par Makins; — Cure radicale de la hernie ombilicale, par Bernard Pitts; — Abcès cérébraux consécutifs à une maladie de l'oreille; cas à l'appui traité avec succès par l'opération, avec remarques sur le diagnostic et un tableau des cas publiés, par Acland et Ballance. — Viennent ensuite des rapports sur les cas médicaux, chirurgiraux, obstétricaux, gynécologiques, ophtalmologiques, sur les maladies de la peau, des oreilles, de la poitrine, sur l'électrothérapie. Ce volume de 522 pages, illustré, outre le portrait du Dr Bristowe, de plusieurs planches et figures, est accompagné du calendrier et du prospectus (112 pages) de l'Ecole de Médecine de l'hôpital Saint-Thomas.

Chaque fois que nous recevons les *Reports* des hôpitaux étrangers, comme celui de Saint-Thomas, nous éprouvons un certain sentiment d'humiliation, en pensant que, sauf de très rares exceptions, il n'existe pas de Rapports analogues sur les hôpitaux de notre pays, aussi bien pour les hôpitaux de Paris que pour ceux de province. L'invitation adressée aux médecins par M. Peyron, dans sa circulaire du 24 mars dernier (1), nous fera-t-elle sortir de notre infériorité lamentable à cet égard? Nous le souhaitons vivement sans oser trop l'espérer. B.

VARIA

Visite du Président de la République à l'Hospice de Bicêtre.

Le Président de la République a fait, mercredi dans l'après-midi, une visite à l'Hospice de Bicêtre. M. Barthou, Ministre de l'Intérieur, accompagnait M. Félix Faure. Le Président du Conseil municipal, M. le Dr Dubois, Président du Conseil général, MM. Cornet, Lucipia, Navarre, conseillers municipaux, M. Bruman, secrétaire général de la Préfecture de la Seine, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, MM. F. Voisin, et Cléry, membres du Conseil de surveillance, MM. Gory, inspecteur, et Nielly, chef de division, le corps médical de l'Etablissement, MM. Bourneville, Charpentier, Deny, Féré, P. Marie et Ricard, accompagnés de leurs internes; M. Barthaud, pharmacien et ses internes; M. le Dr Bouvet, dentiste, et le personnel administratif de la maison, M. Pinon, M. Lequeux, etc., ont reçu le Président de la République sous la porte monumentale qui se dresse à l'extrémité de l'avenue de Bicêtre et lui ont souhaité la bienvenue. Le directeur, M. Pinon, donne à M. Félix Faure des renseignements sur l'établissement qui comprend un hospice et un asile d'aliénés.

La visite commence par l'hospice dont le médecin, le Dr P. Marie, et le chirurgien, le Dr Ricard, font visiter les

(1) Voir dans le *Progrès médical* du 10 avril, p. 229, l'article que nous avons publié sous ce titre : *La statistique médico-chirurgicale dans les hôpitaux de Paris.*

© BIU Santé

salles des Incurables et de l'Infirmerie générale. A la sortie de l'Infirmerie, les ouvrières de la buanderie offrent un bouquet au Président. Les vieillards forment la haie dans les jardins et dans les couloirs. Avant de quitter l'Hospice, le Président de la République, se rend aux cuisines, où il se fait donner le menu et où il goûte le bouillon qui chauffe dans d'énormes cuves en cuivre.

« Le cortège nombreux, dit le *Temps*, traverse la division des aliénés, en particulier le service du Dr Deny. On aperçoit les misérables derrière les barreaux, auxquels ils s'accrochent en grappes pour assister au spectacle que nous leur donnons. Quelques-uns nous font de profonds saluts; d'autres clament, d'une voix qui vous fait frissonner, des souhaits. On hâte le pas pour sortir de cet enfer dans lequel est enfermé l'individu qui tira à blanc, un 14 juillet, sur M. Félix Faure allant à la revue de Longchamps.

« C'est au service des enfants, que dirige le Dr Bourneville, que le président de la République s'est le plus longtemps arrêté. Plus de 500 enfants y sont élevés. Cette population est composée d'épileptiques, d'idiots, de paralytiques et d'hystériques. On a fait venir les fillettes de la fondation Vallée, annexe de Bicêtre. Dans le gymnase, où est une estrade décorée de plantes et de drapeaux servant de cadre à un buste de la République, les enfants sont rangés. Une fanfare éclatante joue la *Marseillaise*, puis accompagne les mouvements d'assouplissement des élèves. Ils sont exécutés avec un ensemble parfait. Des danses gracieuses ont lieu ensuite aux sons du violon et d'une guitare dont jouent des aveugles. » Une des enfants lit un compliment; une fillette et une surveillante offrent des bouquets.

De là, on passe aux ateliers : menuiserie, serrurerie, typographie, brosserie, vannerie, rempaillage, cordonnerie, couture. M. Félix Faure demande des explications détaillées sur le fonctionnement de ces ateliers et enfin s'informe de ce que deviennent les enfants parvenus à l'âge adulte.

M. Bourneville lui donne tous les renseignements, et au sujet de la dernière question, il dit que les enfants devenus adultes (18 ans), s'ils sont encore malades, passent dans les autres sections d'aliénés; s'ils sont guéris ou suffisamment améliorés, ils sont rendus à leur famille. Ces derniers auraient besoin d'aide, de secours, de surveillance. « Il rappelle, dit le *Temps*, que, depuis bientôt vingt ans, il a fait d'inutiles efforts pour faire constituer *définitivement* une *Société de Patronage* qui se donnerait la haute mission de surveiller et d'aider, non seulement les enfants devenus adultes, ayant quitté sa section, avec la possibilité de gagner leur vie par le travail, mais aussi, *tous les aliénés* qui sortent guéris ou améliorés de *tous les asiles* de la Seine. Le Président est frappé de ces doléances. Il promet de coopérer à cette œuvre et de la faire réussir; il s'inscrit pour 1.000 francs. »

Le Président traverse ensuite les réfectoires, les classes de la petite et de la grande école, la salle des bains et des douches, le musée scolaire, le musée anatomo-pathologique. Revenant au musée scolaire, il assiste aux chants de l'orphéon, composé des garçons de Bicêtre et des filles de la Fondation Vallée, et qui se terminent par *la Marseillaise*. A la sortie du musée, il voit un pavillon de dortoirs et les *jardins* avoisinants, organisés en vue de l'enseignement par les *leçons de choses*.

On revient à la salle de gymnastique. Médecins, surveillants, surveillantes, infirmières et infirmiers forment cercle. M. Félix Faure leur adresse des encouragements et des félicitations :

« Vous avez ici des vieillards infirmes, des déchets de la vie, qui ne peuvent plus se défendre, qui n'ont plus d'autre espérance que de s'éteindre en paix. Je les ai interrogés et ils m'ont dit leur reconnaissance pour vos soins et votre dévouement. Vous avez des aliénés qui, eux, ne comprennent pas ce que vous faites pour eux. Vous n'avez donc pas à attendre d'eux la moindre gratitude et vous ne devez trouver que dans votre conscience le prix de vos devoirs. Enfin, vous élevez des enfants idiots; vous tentez de leur ouvrir leur intelligence rebelle et parfois vous y réussissez. Votre noble tâche vous mérite les remerciements du chef de l'Etat, qui est heureux de vous les donner, au nom de la patrie que vous servez de la façon la plus utile et la plus haute. Merci, Messieurs ».

Ce petit discours a été salué par des applaudissements chaleureux. Avant de monter en voiture, M. Félix Faure a recommandé au Directeur de l'Assistance publique de se montrer prodigue envers l'hospice de Bicêtre. Il avait, au préalable, remis encore une somme de 1.000 francs pour l'hospice.

L'affaire Laporte.

D'après la *France médicale*, les résultats de la Souscription Laporte ne sont pas brillants.

« Cela tient, dit notre ami Chevallereau, à plusieurs raisons. Beaucoup de confrères, très sympathiques à cette cause, donneront très volontiers 5 francs, si on les leur demande; mais ils ne prendront pas facilement la peine d'aller au bureau de poste pour envoyer un bon ou un mandat. En second lieu, il faut bien reconnaître que *cette souscription n'a pas été suffisamment organisée*. Les deux ou trois journalistes, qui ont eu l'excellente idée de la faire, n'en ont même pas fait part à leurs collègues autrement qu'en publiant eux-mêmes leur première liste; *personne n'a été chargé de centraliser les fonds* et les confrères les mieux disposés ne savent même pas toujours où s'adresser ».

La *France médicale* a mis là le doigt sur la plaie. Chacun ayant voulu tirer la couverture à soi, il n'est rien sorti de cette affaire ou à peu près! Quelle différence avec les résultats de la Souscription Lafitte! Il aurait fallu que quelqu'un proposât à l'*Association de la Presse médicale* de centraliser les efforts; mais évidemment ce n'était pas au Bureau à faire une telle proposition!

« Notre confrère Laporte, ajoute Chevallereau, a reçu directement des sommes assez considérables, venant de particuliers ou de Sociétés médicales; mais il n'est pas certain que lui-même puisse aujourd'hui donner l'indication exacte des sommes qui lui sont ainsi parvenues. Puis *ce n'est pas cela que nous aurions souhaité* : non pas beaucoup d'argent peut-être, mais beaucoup de noms, pour montrer que nous étions tous solidaires et que tous nous tenions à protester contre les théories bizarres de magistrats mal équilibrés. »

Evidemment, c'est cela qu'il aurait fallu!

Quelques-uns de nos confrères de la presse médicale ont manifesté la crainte que la condamnation du Dr Laporte ne paralysât la main des praticiens mis en présence de certains cas graves, qui réclament une intervention d'urgence.

M. le Dr Ribemont-Dessaignes, accoucheur des hôpitaux, vient d'avoir, d'après la *Gaz. hebd. des Sc. méd.*, la triste preuve que ces craintes n'étaient pas vaines. Il y a quelques jours, on apportait, à la Maternité de Beaujon, une femme albuminurique, accouchée dans une commune suburbaine et chez qui la délivrance n'avait pu être faite par la sage-femme qui l'assistait. Une hémorragie abondante s'étant produite, la sage-femme appela un médecin. Celui-ci qui, il y a quelques semaines, n'eût pas hésité à intervenir, recula devant la gravité de la situation, ne voulut pas tenter la délivrance artificielle et préféra envoyer la femme à l'hôpital. Naturellement, l'hémorragie continua pendant le trajet, et, au moment où on la couchait dans la salle de travail, elle expirait.

Souscription en faveur du Dr Laporte.

Liste de souscription de l'Association de la Presse médicale.

Sommes adressées au Secrétaire général.

M. le Dr U. ARDILOUZE (de Château-Landon). . . . . 5 fr.

Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Mercredi 17 novembre, a eu lieu à 1 h. 1/2 du soir à l'Hôtel des Sociétés savantes, la réunion annuelle des Délégués de l'Union des Syndicats médicaux de France, sous la présidence de M. le Dr Porson (de Nantes).

Après une allocution du président, M. Porson, le rapport du secrétaire général, M. J. Noir, et le compte rendu du trésorier, M. L. Duchesne, plusieurs importantes questions ont été l'objet d'études et de discussions approfondies.

M. le Dr Gairal (des Ardennes) a étudié dans un rapport très documenté la situation faite par la convention franco-belge aux médecins français de la région frontière. A l'abri de cette convention, de nombreux médecins de la faculté catholique de Louvain s'installent sur les extrêmes limites de la frontière et exploitent les cantons limitrophes, venant donner

© BIU Santé

à jour fixe des consultations à prix réduits dans un local déterminé, délivrant des médicaments dans des villages situés à proximité des pharmacies, ce que la loi interdit aux médecins français. Il propose, pour remédier à ces abus, qui s'étendent de plus en plus, de désigner nominativement les communes où l'autorisation d'exercer la médecine sera donnée aux médecins belges.

M. le Dr Lande (de Bordeaux) communique un projet d'organisation de la médecine légale en France, projet qui ne fut jamais plus d'actualité.

M. le Dr Lasalle (de la Gironde) répond victorieusement aux objections qui lui ont été faites au sujet d'un projet de création d'un ordre des médecins. Le principe d'un projet est adopté à une forte majorité.

L'assemblée délibère ensuite sur l'exécution de la loi sur l'assistance médicale gratuite, sur le projet de loi relatif à l'exercice de la pharmacie, sur la création du Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels, conseil dans lequel la Chambre des Députés accorde une place à un représentant des syndicats médicaux.

L'assemblée s'occupe encore de modifications qu'elle considère comme indispensables à l'enseignement de la médecine. Ces modifications ont fait l'objet d'une lettre portée par MM. V. Laborde, A. Girerd et Kühff au Ministre de l'Instruction publique. Cette lettre réclame, entre autres réformes, la séparation des professeurs enseignants et des examinateurs.

L'affaire Laporte a donné lieu à la lecture d'ordres du jour de protestations de la part de tous les syndicats adhérents.

Le bureau est ainsi constitué pour l'année prochaine :

M. Porson est nommé président d'honneur. M. Comby (de Paris), président ; MM. Poulliot, Lasalle, Cellier et Gairal, vice-présidents ; M. L. Duchesne, trésorier ; M. J. Noir, secrétaire général ; M. A. Girerd, secrétaire général adjoint, et MM. Helme et Milon, secrétaires des séances.

Le soir, un banquet très animé réunissait chez Marguery les délégués des départements et de nombreux médecins de Paris. M. le Dr Napias, délégué du Ministre de l'Intérieur, présidait le banquet, où MM. Porson, Comby, Guinard, Trarieux, sénateur, Bourgeois, Roch, députés; Henri Robert, avocat; Lasalle, Arboux et Good ont porté successivement des toasts ; tous ont fait des vœux pour qu'une ère de justice plus grande s'ouvre au corps médical, faisant allusion aux récents événements.

Remarqués encore, parmi les convives, MM. Hallopeau et Leroboullet, de l'Académie de Médecine ; M. Rondel, délégué du contrôle de l'Assistance médicale, etc., etc.

Association de la Presse médicale française.

Réunion du 5 Novembre 1897.

Le 5 novembre 1897 a eu lieu la trente-huitième réunion de l'*Association de la Presse médicale*, sous la présidence de M. le Pr Cornil. Vingt-six personnes y assistaient.

MM. les Drs Ollivier, Blondel et Chevallereau ont été nommés rapporteurs des candidatures de MM. J. Bergonié (de Bordeaux) (*Archives d'Electricité médicale*) ; Montprofit (d'Angers) (*Anjou médical*) ; Laurent (de Paris) (*Indépendance médicale*) ; Georges Baudouin (*Annales d'Hydrologie*).

Correspondance : Remerciements de M. le Dr Morice, nommé membre titulaire dans la dernière séance ; lettre de M. le Pr Grasset, relative à l'organisation du service de la Presse au *Congrès français de Médecine* de Montpellier ; lettre de M. le Dr Laborde, relative à la nomination d'un Comité des *Congrès de l'Exposition de* 1900.

La réunion, à laquelle assistait M. Rocher, avocat, conseil judiciaire de l'Association, a longuement discuté l'*Affaire Laporte*.

M. Cézilly a proposé la création d'un *Conseil médical*, composé d'un délégué de toutes les Sociétés médicales constituées. Ce Comité de défense permanent serait à la disposition de tout médecin en détresse.

Les Étudiants étrangers à Paris.

On se souvient que M. le Pr Debove a développé jadis les raisons qui militaient en faveur du retrait du décret concernant les étudiants étrangers et a vigoureusement protesté contre cette décapitation de l'Université de Paris. Sur la généreuse initiative de M. Astier, qui a pris en main la défense de cette cause, essentiellement patriotique, et sur les instances du Conseil municipal, M. Gréard vient de revenir sur la décision incriminée et d'ouvrir aux étrangers toutes grandes les portes de notre Faculté. Tout est bien qui finit bien et peu importe que M. le Directeur de l'Enseignement supérieur ait une veste de plus ou de moins à retourner, quand le besoin s'en fait politiquement sentir. — Les lecteurs du *Progrès médical* se rappellent la campagne énergique que nous avons menée à ce sujet. Nous sommes heureux d'enregistrer ce succès.

Le Grand Conseil des Vétérinaires et le Congrès vétérinaire.

Du 7 au 15 novembre, la session du Grand Conseil des Vétérinaires et le Congrès Vétérinaire de 1897 ont eu lieu successivement à l'hôtel des Sociétés Savantes à Paris.

Ces deux assemblées ont résolu de chercher à obtenir le plus promptement possible : 1° le vote d'un projet de loi sur l'exercice de la médecine vétérinaire, actuellement soumis à la Chambre par le Gouvernement ; 2° une réglementation générale uniforme de l'inspection des viandes (organisation du service et tableau des motifs de saisie des viandes) ; 3° l'uniformisation du service contre les épizooties dans tous les départements, avec un vétérinaire délégué chef du service sanitaire départemental, nommé par le Ministre, sur la proposition du Comité consultatif des épizooties, avec des vétérinaires sanitaires opérant dans l'étendue de leur clientèle et non dans des circonscriptions administratives ; 4° le remplacement, dans l'inspection centrale des services sanitaires vétérinaires, du vétérinaire inspecteur général démissionnaire par un vétérinaire chef de service, et du 3e inspecteur ordinaire non vétérinaire par un inspecteur vétérinaire (Protestation unanime des Sociétés vétérinaires contre la nomination illégale de cet inspecteur empirique) ; 5° la surveillance effective des clos d'équarrissage ; 6° l'interdiction de la circulation des viandes faveuses, provenant d'animaux non inspectés au lieu d'origine ; 7° l'interdiction de vente, sinon pour la boucherie, des animaux indiqués tuberculeux par la tuberculine, sans qu'ils présentent des signes cliniques ; 8° l'isolement et l'interdiction de vente des animaux ayant réagi à la malléine sans aucun signe extérieur de morve ; 9° les encouragements de l'Etat pour la production du cheval de guerre en France.

Le *Grand Conseil* se réunira en 1898 et un *Congrès vétérinaire* aura lieu en 1900.

Une nomination vétérinaire extraordinaire.

Sur la proposition de MM. Morot et Chassaing, le Congrès vétérinaire, suivant l'exemple du grand conseil des Sociétés vétérinaires, a examiné la nomination de M. Nivet, ingénieur agronome, au poste d'inspecteur des services sanitaires des animaux. Une protestation a été votée à ce sujet, à l'unanimité, et il est décidé qu'une démarche sera faite auprès du Ministre de l'Agriculture pour lui demander de rapporter cette nomination.

M. Nivet, expliquent les vétérinaires, est ingénieur agronome, et nous réclamons qu'on ne désigne comme inspecteurs sanitaires que d'anciens élèves des Ecoles vétérinaires. C'était, d'ailleurs, chose convenue. L'année dernière, lorsqu'au moment du vote du budget de l'agriculture, M. Linard fit adopter la création, au ministère, d'un service central vétérinaire, on convint expressément que le personnel nouveau serait choisi parmi les anciens élèves de nos écoles. Or, sur les trois inspecteurs nommés dernièrement, deux remplissent cette condition, mais le troisième, M. Nivet, nous est étranger.

Voilà où nous en sommes, en 1897!

La Graphologie, science expérimentale, et l'affaire Dreyfus.

M. le Dr Bertillon, chef de l'identité judiciaire à la Préfecture de Police, aurait affirmé, lors de l'affaire Dreyfus, au cours de sa déposition devant le conseil de guerre, qu'il avait trouvé dans le bordereau, à l'aide de *procédés qui lui sont spéciaux*, la *somme touchée* par le capitaine Dreyfus comme prix de sa trahison : Cinq cent mille francs (1).

(1) Bernard Lazare. — *Une erreur judiciaire ; la vérité sur l'affaire Dreyfus*. Bruxelles, 1896, p. 14.

© BIU Santé

Depuis quelque temps, comme nous l'avons dit ici même (1), nous nous livrons à l'étude de l'écriture, envisagée comme *signe d'identité*, et employons à cet effet des procédés de classement analogues à ceux que nous utilisons pour les fiches bibliographiques. Mais nous avouons ne pas avoir encore trouvé le moyen — et sur ce point, nous croyons tous les experts en écritures de notre avis —, de découvrir les *chiffres* qui se cachent sous des *lettres* ! — M. le Dr Bertillon rendrait un véritable service à tous les savants si, dans un journal purement technique, il voulait bien faire connaître *au moins le principe* « des procédés qui lui sont si spéciaux », et qui l'ont amené à faire pareille découverte. Si cela est, élevons de suite une *statue d'or* à M. Bertillon... Il a trouvé la pierre philosophale ! — Mais, évidemment, c'est B. Lazare qui n'a pas compris !

Les Dépenses de l'Assistance publique.

M. Navarre a présenté le rapport de la 5e commission sur le compte financier de l'Assistance publique pour l'exercice 1895, au Conseil municipal de Paris. Les dépenses des hôpitaux se sont élevées à 15.383.761 fr. 05, en augmentation de 199 158 fr. 79, sur l'exercice précédent. Pour les hospices, les dépenses ont été de 7.356.637 fr. 64, en augmentation de 78.358 fr. 77. Les secours à domicile ont absorbé 10.382.123 fr. 86, contre 10.108.691 fr. 31 en 1894, en augmentation par conséquent de 273.432 fr. 55. Pour les établissements du service général, la dépense a été de 710.064 fr. 06 en augmentation de 46.295 fr. 73. Les dépenses d'administration générale se sont élevées à 2.818.209 fr. 69, en excédent de 714 fr. 30 sur l'exercice 1894. L'administration centrale enfin a dépensé 1.346 010 fr. 61, en augmentation de 1.351 fr. 62. M. Navarre a critiqué les abus qui se commettent dans les hôpitaux ; il a signalé notamment la progression croissante des dépenses pour le lait, progression que rien ne justifie, l'extension du régime lacté n'en est pas cause, puisque les dépenses de vin n'ont pas sensiblement diminué. La consommation de lait varie, d'ailleurs, suivant les hôpitaux ; à l'Hôtel-Dieu, il a été consommé 46 litres environ par malade, tandis qu'à Lariboisière la moyenne donne 37 litres 1/2 seulement. L'augmentation de dépenses pour les appareils, instruments, etc., est très inquiétante. En 1878, les dépenses de ce chapitre s'élevaient à 279.000 francs seulement ; elles vont atteindre bientôt le chiffre de 2 millions. M. Navarre reconnaît que la consommation des objets de pansement doit nécessairement augmenter avec les nouveaux services de chirurgie et l'organisation du service des consultations ; mais de graves abus ont été commis, et le directeur de l'Assistance publique doit user de rigueur, s'il veut en finir avec l'insouciance des uns et l'incurie des autres. L'indulgence n'est que de la faiblesse et elle compromet les finances de l'Assistance publique et les intérêts des malheureux.

M. Navarre propose au Conseil de voter un ordre du jour ainsi conçu :

Le directeur de l'Assistance publique est invité : 1° à réprimer sévèrement les abus commis dans les établissements hospitaliers ; 2° à rendre effective la responsabilité pécuniaire des directeurs-comptables, qui, par leur négligence ou leur incurie, compromettent les finances de l'Assistance publique et les intérêts des malheureux.

M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a répondu aux critiques de M. Navarre. M. Alpy a dit que les dépenses de l'Assistance croissent, chaque année, dans des proportions inquiétantes ; elles s'élevaient, en 1878, à 22 millions, et la subvention de la ville de Paris était de 11 millions. Ces dépenses sont actuellement de 36 millions et la ville de Paris y participe pour 20 millions. Il a passé en revue les divers chapitres de l'Assistance et a dit que la laïcisation a déterminé une augmentation considérable des dépenses ; il a demandé également une meilleure gestion des propriétés immobilières.

M. Navarre a répondu à M. Alpy en défendant l'institution des infirmiers et infirmières laïques contre les attaques dont ils ont été l'objet. La réinstallation des religieuses dans les hôpitaux ne constituerait pas une économie, et il le prouve en exposant le chiffre des dépenses de l'Hôtel-Dieu, qui est supérieur à celui de Lariboisière. L'ordre du jour de M. Navarre a été ensuite adopté.

L'Hospice de Brévannes.

L'Administration de l'Assistance publique est en train de transférer à Brévannes les malades de l'hôpital Laënnec qui remplissent les conditions réglementaires pour occuper une place dans ce vaste établissement de création nouvelle. Ces malades sont des chroniques incurables et en particulier des phtisiques et des cardiaques qui, repoussés des hôpitaux, faits pour les maladies aiguës, qu'ils encombrent, ne trouvaient place, jusqu'à ce jour, que dans les salles très insuffisantes qui leur étaient consacrées à Laënnec. L'ancien château de Brévannes a été acquis par l'Assistance publique en 1883. On y créé d'abord un quartier d'hospice contenant 100 lits. L'Administration a construit ensuite un pavillon spécial, composé de 100 chambres destinées à recueillir des époux en ménage. Le magnifique parc de trente hectares qui entoure le château était tout indiqué pour la création d'un établissement assez vaste pour parer à l'insuffisance de Laënnec et recueillir un nombre considérable de chroniques en les plaçant dans des conditions d'hygiène infiniment supérieures à celles qu'on peut leur procurer à Paris. En attendant qu'on se soit décidé à maintenir ces malades chez eux, à l'aide d'un secours suffisant, c'est à Brévannes qu'ils vont trouver place. Les constructions nouvelles qu'on est en train d'occuper et dont l'inauguration aura lieu dans quelques jours ne représentent que le quart de l'immense établissement hospitalier que l'Assistance publique projette de réaliser à cette place. Au fur et à mesure des besoins et surtout des ressources, de nouveaux bâtiments sortiront successivement de terre, suivant un plan général depuis longtemps arrêté, et finiront par former, lorsque l'établissement sera complet, un ensemble de seize pavillons, pouvant contenir 3.200 chroniques.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 22. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Weiss, Heim. — 3e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Terrier, Ricard, Bonnaire. — (2e *partie*) : MM. Potain, Gaucher, Widal. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Segond, Reynier, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Déjerine, Letulle.

MARDI 23. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Panas, Le Dentu, Maygrier. — (2e *série*) : MM. Quénu, Bar, Hartmann — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Berger, Campenon, Nélaton. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Debove, Charrin. — (2e *série*) : MM. Cornil, Dieulafoy, Marfan.

MERCREDI 24. — Médecine opératoire : MM. Segond, Rémy, Ricard. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Marchand, Broca, Walther. — (2e *série*) : MM. Reynier, Delbet, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Landouzy, Gilles de la Tourette.

JEUDI 25. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Remy, Thiéry, — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Bar, Albarran — (2e *partie*) : MM. Joffroy, Letulle, Achard. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Thoinot.

VENDREDI 26. — Médecine opératoire : MM. Tillaux, Delbet, Walther. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Remy. Retterer. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Segond, Lejars, Broca. (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Potain, Gilles de la Tourette, Thoinot. — (2e *série*) : MM. Déjerine, Gaucher, Widal. (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Kirmisson, Bonnaire.

SAMEDI 27. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Chassevant. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Chantemesse, G. Ballet, Gilbert. — (2e *série*) : MM. Hutinel, Marfan, Roger. — (1re *série*) : MM. Raymond, Marie, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Cornil, Debove, Letulle. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Quénu, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 24. — M. Faucon. Pesées et mensurations fœtales à différents âges de la grossesse. — M. Charpentier. De l'incurvation du col fémoral attribuée au rachitisme ou coxa-vara. — M. Carel. Contribution à l'étude de la résection de l'anse iléo-cæcale. — M. Morel. Des clos d'équarrissage. Industrie, hygiène publique et professionnelle, police sanitaire, législation.

JEUDI 25. — M. Macaud. Des rapports de la congestion pulmonaire à forme pneumonique et de la pneumonie abortive. — M. Auregan. De l'hydrorrhée déciduale. — M. Weill. Injection préventive du sérum antidiphtérique. — M. Rousseau. De la dilatation de l'estomac chez les nourrissons. — M. Gidon. Venins multiples et toxicité humorale chez les batraciens.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le médecin principal Gayet remplira les fonctions de médecin de division à bord du *Bouvines*. — Le port de Lorient désignera au 3e tour un médecin principal pour le *Redoutable*, de l'escadre de la Méditerranée.

(1) *Progrès Médical*, n° 40, p. 242.

© BIU Santé

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 au samedi 13 novembre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.118, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes 392, illégitimes 183 Total, 575. — *Sexe féminin* : légitimes, 386, illégitimes, 157. Total, 543.

MORTALITE A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424.705 habitants, y compris 18,380 militaires Du dimanche 7 au samedi 13 novembre 1897, les décès ont été au nombre de 865, savoir : 474 hommes et 391 femmes Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 2, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 1, T. 4. — Scarlatine : M. 0, F. 0 T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 0 T. 1. — Diphtérie, Croup : M. 1, F. 2, T. 3. Grippe M. 2 F. 0, T. 2 — Phtisie pulmonaire : M. 117, F. 73 T. 190 — Méningite tuberculeuse : M. 6 F. 4, T. 10. — Autres tuberculoses : M. 15 F. 4, T. 19 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4 T. 4. — Tumeurs malignes : M. 30, F. 38, T. 68 — Méningite simple : M. 8 F. 8, T. 16. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 22, F. 21, T. 43. — Paralysie, M. 3, F. 6 T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 8, T. 14. — Maladies organiques du cœur : M. 23 F. 34, T. 57 — Bronchite aiguë M. 11, F. 7, T. 18. — Bronchite chronique : M. 12, F. 11, T. 23. — Broncho-pneumonie : M. 14 F. 9, T. 23. — Pneumonie : M. 29, F. 21, T. 50. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 21, F. 24, T. 45. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 10 T. 16 — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 3 T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 3, T. 6. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2 T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 0 T. 0 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 14 F. 10 T. 24 — Sénilité : M. 9, F. 20, T. 29 — Suicides : M. 12, F. 4, T. 16 — Autres morts violentes : M. 11, F. 11, T. 22 — Autres causes de mort M. 83, F. 47, T. 130. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 2, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 101, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 39, illégitimes, 11 Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 31, illégitimes, 20. Total : 51.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique d'Accouchements et de gynécologie.* — M. le Pr TARNIER a commencé le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le mardi 16 novembre 1897, à 9 heures du matin (clinique d'accouchements, rue d'Assas); il le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Ordre du cours, Mardi et samedi : Leçons à l'Amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à 9 heures.

Cours libre sur les maladies chroniques (maladies des vieillards, maladies du système nerveux). — M. MARIE, agrégé, commencera ce cours le mercredi 24 novembre 1897, à 5 heures (petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. DELBET, agrégé, suppléant, a commencé le cours de pathologie chirurgicale le mercredi 10 novembre 1897, à 4 heures (grand Amphithéâtre de la Faculté); il le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Nominations. — M. TERRIEN, interne des hôpitaux, est nommé chef adjoint du laboratoire de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Mermet, démissionnaire. — M. le Dr COURTADE est nommé chef du laboratoire de la chaire de pathologie expérimentale et comparée. Sont nommés chefs de laboratoire des cliniques : MM. CAUSSADE (clinique médicale de l'Hôtel-Dieu), HALLION et du PASQUIER (clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu), MANGIN-BOCQUET (clinique médicale de la Pitié), THIERCELIN (clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine), GASTON (clinique des maladies cutanées et syphilitiques).

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. le Dr COCHEZ est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Gros, décédé.

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — Par décret, en date du 25 octobre 1897, il est créé à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens une chaire de physique et une chaire d'histologie. — La chaire d'hygiène et de pharmacie de ladite école est supprimée. — M. le Dr FOURNIER est nommé professeur de clinique obstétricale. — M. le Dr MANQUAT est nommé professeur d'histologie. — Un congé, pour l'année scolaire 1897-1898, est accordé à M. Dheilly, professeur de physiologie. — Par arrêté ministériel, en date du 30 octobre 1897, un concours s'ouvrira le 2 mai 1898, devant l'École de Médecine, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite École.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. le Dr HEITZ (Victor-Joseph-Eugène), suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est nommé professeur de clinique obstétricale. — M. CHAVOY, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur, en remplacement de M. Druhen, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite et nommé directeur honoraire.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND. — M. le Dr BARDIER est chargé d'un cours de physiologie. — M. LEPETIT, suppléant, est chargé d'un cours d'histologie. — Sont chargés des fonctions de chefs des travaux de : Physiologie, M. BARDIER; Histoire naturelle, M. BRUYANT; Médecine opératoire, M. BIDE, en remplacement de M. MAURIN, dont les fonctions sont expirées.

COLLÈGE DE FRANCE. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, la chaire de chimie minérale au Collège de France est déclarée vacante.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Sont promus dans le corps de santé de la marine : médecins de 1re classe, les médecins de 2e classe Tricard et Ardeber; pharmacien de 1re classe, le pharmacien de 2e classe Riffaud.

Indret. — M. le médecin principal Jaugeon est autorisé à s'absenter pendant douze jours, à compter du 15 de ce mois Pendant la durée de cette absence, M. le médecin de 2e classe, Collin remplira les fonctions de chef du service de santé de l'établissement.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés médecins principaux de première classe : M. Jeanmaire, chef de l'hôpital de Belfort; de deuxième classe : M. Gorsse, désigné pour l'hôpital de Montauban, et M. Forgues, chef des salles militaires de l'hôpital de Grenoble; médecins-majors de première classe : MM. Baur, Fix, Roux et Descour; médecins-majors de deuxième classe : MM. Fourcur, Albert et Malafosse. — M. Hauvuy, officier d'administration de première classe des hôpitaux, est nommé officier principal.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr Vivien (médecin de la marine) est nommé *chevalier de la Légion d'honneur*. — MM. les Drs Arnous Dessaulsayes (d'Esbly) et Séguret (de Laissac) sont nommés *Officiers d'Académie*.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — Une jeune doctoresse, née à Zurich, et qui a exercé pendant quelque temps la médecine avec un certain succès à Berne, Mlle le Dr ZURCHER, est sur le point de partir pour l'Éthiopie, où elle a été appelée par l'ingénieur Ilg, qui jouit d'une si grande autorité auprès du négus Ménélik.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. — Pendant le semestre d'hiver, les séances de la Société anatomique commenceront à 3 heures précises au lieu de 3 h. 1/2.

SOCIÉTÉ POUR LA PROPAGATION DE L'INCINÉRATION. — Par décret du 12 octobre 1897, rendu sur le rapport du Ministre de l'Intérieur, la *Société pour la propagation de l'incinération* est reconnue comme établissement d'utilité publique. Les statuts de la Société, tels qu'ils sont annexés audit décret, sont et demeurent approuvés.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr Colonna Ceccaldi, médecin-adjoint au lycée Condorcet, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le Dr Berthelot, décédé. M. le Dr Blondel est nommé médecin-adjoint au lycée Condorcet (emploi nouveau). M. le Dr Grenier est nommé médecin-adjoint au lycée Condorcet (petit lycée) (emploi nouveau). — M. le Dr Lemoine, médecin-adjoint au lycée de Lille, est nommé médecin du dit lycée, en remplacement de M. le Dr Dubar, démissionnaire. M. le Dr Gaudier est nommé médecin-adjoint au lycée de Lille, en remplacement de M. le Dr Lemoine, nommé titulaire. — Un congé d'inactivité, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1897-98, est accordé sur sa demande et pour raisons de santé à M. le Dr Mirabel, médecin-adjoint au lycée de Périgueux.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* — *Anatomie* : 8 novembre, *tronc cœliaque et ses branches.* Le 10 novembre, *veines jugulaires.* Le 11 novembre, *nerf radial.* Le 12 novembre, *ligaments et synoviales de l'articulation du genou; nerf médian.* — *Pathologie* : le 6 novembre, *différentes méthodes d'anesthésie générale et locale.* Le 8 novembre, *signes et complications de l'érysipèle.* Le 11 novembre, *causes et signes de la fièvre typhoïde.* Le 12 novembre, *examen clinique des urines.* Le 13 novembre, *fractures de la rotule.*

Inauguration de l'Hôpital Boucicaut. — MM. de Selves, préfet de la Seine, Peyron, directeur, et Voisin, président du conseil de surveillance de l'Assistance publique, ont invité le Président de la République à inaugurer l'hôpital Boucicaut. La date de la cérémonie a été fixée par M. Félix Faure au 1er décembre 1897.

© BIU Santé

L'ouverture des services se fera le lundi 22 novembre, à 9 heures du matin. Les services sont au nombre de trois : *Médecine*, M. LETULLE ; *Chirurgie*, M. A. MARCHAND ; *Accouchements*, M. DOLÉRIS.

Administration. — M. Enjolras, directeur de la Maison municipale de santé, est nommé directeur de l'hospice d'Ivry et de la fondation Dheur, en remplacement de M. Labouyrie, admis, sur sa demande, à la retraite. — M. Faure, directeur de l'hôpital Bichat, est nommé directeur de la Maison municipale de santé. — M. Leblanc, économe à l'hôpital Beaujon, est nommé directeur de l'hôpital Bichat. — M. Mouthe, capitaine de gendarmerie en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, est nommé directeur de la fondation Boucicaut, à Chalon-sur-Saône.

HÔPITAUX DE TOULOUSE. — *Concours de l'Internat.* — A la suite du concours ouvert à l'Hôtel-Dieu pour la nomination à l'emploi d'internes en médecine, MM. Dalous, Buy, Sarraute, Lagriffe, Meurisse, Sarda, ont été reçus internes titulaires; et MM. Daverède et Oulié, internes provisoires.

LIGUE NATIONALE CONTRE L'ALCOOLISME. — La Ligue nationale contre l'alcoolisme (Société française de Tempérance) vient d'obtenir à l'Exposition internationale de Bruxelles un diplôme d'honneur. Des diplômes de médaille d'or de collaboration ont été accordés à MM. Motet, président, et Philbert, secrétaire général.

LE CHOLÉRA ET LA PESTE AUX INDES. — Au passage du *Yarra*, dans la mer Rouge, 47 décès, causés par la peste bubonique, et 42 par le choléra, avaient été enregistrés durant la huitaine précédente. Les passagers ont protesté contre le service sanitaire de Marseille qui met son *veto* à leur débarquement immédiat, alors qu'aux escales d'Aden, de Suez et de Port-Said, ils sont admis à la libre pratique dès l'arrivée du bateau, après constatation que les mesures voulues ont été prises à Bombay et sur le vu du rapport du médecin du bord relativement à la situation de ses passagers.

LA FOLIE A MADAGASCAR. — D'après Jean Carol (*Vingt ans en Imerne*), la folie est un accident très rare chez les Malgaches, et, en effet, le tempérament de la race ne comporte guère les grandes exaltations cérébrales ouvrant la fuite à la raison. Pendant son séjour en Imerne il n'a vu, en fait de fous, que deux ou trois blancs.

DÉTAXE DES VÉLOCIPÈDES DES MÉDECINS DE CAMPAGNE. — Par décision du Ministre des Finances, les médecins du service de l'Assistance médicale gratuite ont été appelés à bénéficier de l'exemption de la taxe sur le vélocipède qu'ils possèdent et utilisent dans l'intérêt du service.

LA PHARMACIE DES GENS DU MONDE. — La cour de police du Sud-Ouest, à Londres, a condamné à 125 francs d'amende un pharmacien nommé Thomas Wood qui avait imaginé un moyen bien ingénieux d'augmenter les bénéfices de son laboratoire. Sans renoncer tout à fait à préparer et à vendre des médicaments, il s'adonnait surtout à la vente des spiritueux et il livrait des liqueurs fortes à sa clientèle en les déguisant en potions. Le whisky devenait du sirop de Flon, le brandy de l'huile de foie de morue, et le porto du vin créosoté. Les débats ont établis que la clientèle de ce pharmacien se composait surtout de dames de la bonne société.

MALADIES EN CRÈTE. — Un groupe d'une trentaine de soldats d'infanterie de marine et de marins sont arrivés venant du poste de Soubachi, à une heure et demie de marche de la Canée. Ces soldats, tous atteints de la fièvre et paraissant d'une faiblesse extrême, ont dû être transportés à l'hôpital militaire par des voitures d'ambulance. La situation, disent-ils, est très calme en Crète, mais les hommes du corps d'occupation sont très éprouvés par les fièvres paludéennes et hématuriques. Heureusement, l'installation des infirmeries est excellente.

AFFAIRE DOLBEAU. — Dans une *Histoire de la Commune*, M. Lissagaray avait mis en cause M. le Pr Dolbeau. Il l'accusait d'avoir, en 1871, dénoncé aux troupes régulières un fédéré auquel il donnait ses soins dans un hôpital. Sur la demande des héritiers du chirurgien Dolbeau, la 1re chambre avait ordonné la suppression des passages incriminés. M. Lissagaray avait fait appel ; la 1re chambre de la cour a confirmé le jugement.

UN PROCÈS ENTRE MÉDECIN ET CLIENT. — Prochainement doit venir devant le tribunal de Châteaubriant un procès qui ne manque pas d'intérêt. Il y a quelques mois, un sieur G..., atteint de phtisie, était soigné par un médecin de cette ville, qui signa une ordonnance à base de cantharide. Le lendemain, le malade mourait. Sur le conseil d'un autre médecin, paraît-il, la veuve fit analyser la potion et intenta une action en dommages-intérêts au médecin traitant, sous le prétexte que la dose de cantharide était trop forte et avait tué son mari.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr DIMITROWICZ (de Cuissey). — M. le Dr GAUTHERET (du Donjon). — M. le Dr MOUCHOT, médecin cantonal à Delme (Lorraine annexée), ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, décédé à Nancy. — M. le Dr SACQUEPÉE (d'Argueil). — M. le Dr SCHECK (de Clermont-Ferrand). — M. le Dr TAVERA (d'Ajaccio). — M. le Dr TOURNATOIRE (de Pertuis). — M. le Dr TOURNIER (d'Escales). — M. le Dr VINET (de Saint-Père-en-Retz). — M. le Dr BRÉE, médecin à Pavilly (Seine-Inférieure). — M. le Dr COFFIGNON (de Marie), reçu en 1847, le doyen des médecins du département de l'Aisne, vient de mourir d'un anthrax, à l'âge de 78 ans. — M. le Dr JACQUEMET, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, décédé dans sa soixante-treizième année. — M le Dr POISSON, professeur de pathologie externe à l'Ecole de Médecine de Poitiers. — M. le Pr V. HUETER, privat-docent de gynécologie à la Faculté de Médecine de Marbourg. — M. le Dr Cristino CEBRIAN, professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Salamanque. — M. le Dr Alexandre JAZENKO, ancien privat-docent de chirurgie à la Faculté de Médecine de Kiew. — Nous apprenons la mort de M. le Dr Thomas-Williams EVANS, décédé subitement. Le Dr Evans était une personnalité très connue à Paris ; son cabinet de dentiste de la rue de la Paix était très fréquenté par la société élégante. M. Evans était commandeur de la Légion d'honneur ; on se souvient que le 4 septembre 1870, il facilita le départ des Tuileries de l'impératrice Eugénie. — A Turin vient de mourir le doyen de la presse italienne, M. le Dr J.-B. BOTTERO, qui avait atteint l'âge de quatre-vingt-un ans. La vocation de Bottero semblait lui réserver une action sociale bien modeste, tout autre que combative. Etudiant en Médecine, une fois son brevet en poche, il avait été nommé médecin de campagne (*medico condotto*) dans un petit pays, poste aussi humble que méritoire où il comptait finir ses jours, lorsque le vent de 1848 lui emporta son bonnet de docteur par-dessus les moulins. Son bonnet seulement, car il conserva, sa vie durant, le type le plus caractéristique que l'on puisse souhaiter d'un bon praticien : large face entièrement rasée et dont l'épanouissement n'était tempéré que par une légère contraction de l'œil, derrière de grosses lunettes à fortes branches. Il était né à Nice, mais n'a jamais fait de l'*irrédentisme* antifrançais. *Après avoir abandonné la médecine*, il alla à Turin, où il fonda, en 1848, la *Gazzetta del popolo*, dont il était encore actuellement le directeur. Il a toujours soutenu la politique libérale ; mais, dans ces dernières années, il s'était rallié à M. Crispi. Il s'était rendu célèbre en Italie par ses polémiques continuelles avec les cléricaux. Il a été député de Nice et ensuite de Turin ; sa modestie l'empêcha d'accepter la charge de sénateur, qui lui a été offerte, à plusieurs reprises, par le gouvernement italien.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr DU CASTEL reprendra ses conférences cliniques le samedi 4 décembre. Le samedi, à 1 h. 1/2, consulation externe ; à 2 h. 1/2, conférence clinique et présentation de malades dans la salle des conférences de l'hôpital. — Le jeudi, à 9 heures, présentation et discussion de malades, salle Cazenave.

INSTITUT PASTEUR. — M. le Pr DUCLAUX : chimie biologique (nutrition des microbes), tous les mardis et jeudis, à 2 h. 1/2 (à partir du 9 novembre).

ANÉMIE, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale, *Biosine Le Perdriel*.

SAVON DENTIFRICE VIGIER, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

PHTISIE, *Bronchites chroniques*. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SERIE. T. VI. N° 48. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 27 NOVEMBRE 1897.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

De la Laparotomie en général (*fin*) (1).

(*Revue Générale*).

Par le Dr LARGEAU (de Niort) (2).

II. — *Laparotomie pour adhérences.*

Les adhérences consécutives aux laparotomies sont fréquentes et capables de donner lieu à des accidents qui justifient une seconde laparotomie. Ces accidents sont de plusieurs ordres : tantôt des douleurs, tantôt des accidents d'obstruction intestinale. Les accidents d'obstruction surviennent quelquefois très vite ; d'autres fois, des semaines et des mois après une intervention sur l'utérus, les annexes, après les laparotomies pour hernies ou cures radicales. Ce sont les symptômes des étranglements par bride.

Lorsque les signes d'obstruction surviennent dans les jours qui suivent une laparotomie, on peut être très embarrassé et le diagnostic entre la péritonite au début et l'iléus est très difficile. Cependant, l'iléus est ordinairement sans fièvre et met plusieurs jours à se développer. La péritonite est fébrile et plus aiguë.

Quoi qu'il en soit, une seconde laparotomie décidée, on procédera avec soin à l'ouverture du ventre auquel adhère l'épiploon et quelquefois l'intestin. On cherchera alors dans les régions où l'on a agi auparavant et l'on trouvera autour d'un pédicule, au niveau d'une adhérence ancienne, une bride ou un petit foyer de péritonite circonscrite. La bride sera coupée ou détachée doucement. La péritonite sera traitée par le drainage après séparation des anses déjà agglutinées. Si cette adhérence est déjà assez solide, il vaudrait mieux s'abstenir que de faire en insistant une rupture de l'intestin qui conduirait à une résection très grave dans ces conditions.

La section de ces brides, le nettoyage d'un vieux foyer font cesser rapidement les accidents.

Un drainage est souvent inutile. On referme le ventre par le procédé ordinaire. On peut faire l'incision sur l'ancienne cicatrice. L'incision se fait aussi bien. Si cette première cicatrice était très mince, il vaudrait mieux faire la nouvelle incision latéralement, à travers le muscle droit, pour avoir une meilleure surface d'affrontement.

Manœuvres diverses sur le Péritoine.

Toilette du péritoine. — Les laparotomistes ont insisté beaucoup au début sur le nettoyage du ventre après l'opération : le moindre vaisseau saignant était pincé, lié ou touché au perchlorure de fer. Il y avait quelque exagération dans cette minutie et l'on sait qu'une certaine quantité de liquide kystique, de sang, peut être laissé sans danger dans le péritoine ; mais cette pratique ancienne, qui consistait à sécher absolument le ventre et à ne le fermer que lorsqu'il est absolument propre, vaut mieux, à notre avis, que celle qui est préconisée par un certain nombre de chirurgiens modernes, employant les grands lavages et faisant passer dans le ventre jusqu'à 10 litres d'eau chaude. On ne peut laver complètement le ventre, d'abord ; ensuite on s'expose à produire la syncope en excitant avec de l'eau un peu trop chaude le plexus solaire, enfin on altère l'épithélium péritonéal en le mettant en contact avec des solutions alcalines ou même avec de l'eau distillée stérilisée (Delbet).

On se bornera donc à sécher le péritoine dans toutes ses parties et surtout dans les points déclives avec des éponges montées ou des compresses molles stérilisées.

On explorera ensuite avec soin le péritoine à l'œil et au doigt, on comptera ses éponges, ses compresses et ses pinces, pour s'assurer qu'il ne reste rien dans la cavité abdominale. Les oublis de ce genre sont nombreux : compresses, éponges, pinces ont été laissées et ont dû être enlevées plus ou moins vite par une seconde laparotomie.

Drainage. Ses variétés. Drainage à la Mikulicz. — Ce mode de drainage est indiqué après certaines laparotomies difficiles où il a fallu rompre de nombreuses adhérences, où des foyers purulents ont fusé dans le péritoine, où il y a eu des hémorragies en nappe difficiles à arrêter.

Il est applicable aussi quand il reste dans le ventre des tissus morbides, quand il y a péritonite, dans certaines ascites.

On prend un grand carré de gaze iodoformée de 40 à 50 centimètres de côté. Au milieu du carré, on attache un long fil de soie stérilisé sur lequel on rabat les parois du carré de gaze formant ainsi un sac à plis multiples.

A l'aide d'une longue pince, on saisit cette bourre par sa partie interne et on l'enfonce dans la région que l'on veut drainer ; le plus souvent en arrière de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas. — On bourre ensuite la cavité de lanières de gaze jusqu'à ce qu'elle soit complètement remplie. — Il est bon de savoir l'ordre dans lequel on a placé les bandelettes pour les retirer plus facilement.

On retire le sac plus ou moins rapidement selon les cas. En moyenne on le laisse 2 jours. Du reste on n'enlève le pansement qu'en plusieurs séances.

Il n'est vraiment très utile que comme hémostatique. Il peut être remplacé dans les autres circonstances par de simples lanières de gaze, par des tubes en caoutchouc ou en verre.

Il comprime l'intestin. Il draine mal. Il est difficile à enlever. Il expose à l'intoxication, s'il est iodoformé. Il rend plus lente la cicatrisation de la plaie abdominale.

Drainage par les tubes. — Peasle, en 1855, paraît avoir été le premier à drainer le ventre en introduisant une sonde élastique dans le cul-de-sac de Douglas. Kœberlé employa un tube de verre recourbé sortant par l'incision abdominale. Les deux modes de drainage *vaginal* et *abdominal* étaient trouvés.

On les modifia et perfectionna de diverses façons. Le caoutchouc, la gutta-percha, le verre, l'os décalcifié, des faisceaux de crins, de catgut, etc., furent employés. Perier mit un double tube en canon de fusil formant

(1) Voir *Progrès médical*, n° 31, 1897.

(2) Nous rappelons à nos lecteurs que notre malheureux ami est décédé il y a quelques semaines.

© BIU Santé

siphon. Marien, Suns, Nusscaum, Olshausen, A. Martin, se firent les champions du drainage vaginal. Mais ce dernier est à peu près abandonné aujourd'hui, sauf pour quelques cas spéciaux (suppurations péri-utérines), hystérectomies ou ovariotomies par la voie vaginale) et le tube de Kœberlé reste le plus employé.

Traitement consécutif des laparotomies. — Dans le traitement consécutif « on doit avant tout se garder de faire trop, car on risquerait aussi de faire beaucoup de mal » (Hégar et Kaltenbach).

On agira selon les indications. Contre la faiblesse ou la dépression qui suit l'opération, on utilise la chaleur en élevant la température de la chambre, en plaçant des bouillotes aux pieds ou le long du corps. On peut, dans quelques cas, pratiquer des injections d'éther ou de caféine, donner un lavement alcoolique.

Les vomissements ou nausées des vingt-quatre premières heures sont causés par l'anesthésique. Les boissons les augmentent. On ne permettra que quelques cuillerées de lait ou de bouillon froid, de champagne glacé. On fera avaler quelques morceaux de glace.

La morphine ne doit être employée qu'avec ménagement contre la douleur. Il vaut mieux s'en abstenir dans tous les cas simples.

Pendant deux, quelquefois quatre à cinq jours, le cathétérisme de la vessie doit être pratiqué régulièrement, au moins deux fois par jour, avec toutes les précautions antiseptiques habituelles.

Faciliter l'expulsion des gaz par un lavement ou le séjour d'une sonde, quand il y a un peu de météorisme douloureux.

Une immobilité complète, un repos moral absolu doivent être gardés.

Pendant deux jours, l'alimentation liquide très légère est indiquée. Au bout de deux jours, on peut faire prendre des potages plus épais, du lait, un jaune d'œuf, du jus de viande.

On pourra, au bout de quatre à cinq jours, donner un lavement ou un laxatif.

Les purgatifs précoces ont été recommandés par quelques chirurgiens contre un début de péritonite. Il est certain qu'un laxatif léger a pu faire baisser rapidement une température qui se maintenait à 39°, 39°,5.

Le pansement est laissé en place, huit à dix jours s'il n'y a ni sécrétion abondante ayant traversé le coton, ni douleur, ni fièvre, si l'on n'a pas fait de drainage. Les fils sont enlevés à ce moment et la plaie est guérie. La paroi doit être encore soutenue pendant huit jours au moins par un bon bandage compressif.

Les *accidents* qui suivent la laparotomie dépendent de la lésion même qui a provoqué l'intervention. Quelques accidents généraux tels que le *choc*, *l'hémorragie*, *l'obstruction intestinale*, *la péritonite* exigent une intervention rapide et énergique.

Le choc semble dépendre : 1° de l'action réflexe produite sur le cœur et les poumons par le traumatisme abdominal ; 2° de l'hémorragie ; 3° du refroidissement des viscères et de la périphérie pendant l'opération. Peut-être même certains exemples de choc ne sont-ils que des septicémies suraiguës.

On le combattra par la chaleur, les frictions sur le cœur, les injections sous-cutanées de caféine ou d'éther, les lavements alcooliques et mieux encore par les lavages du sang.

Lavages du sang. — Employés contre le choc, ils sont un des meilleurs moyens de lutter contre la septicémie au début, le tétanos, l'intoxication chloroformique, l'anémie.

La solution employée a été soit le sérum de Hayem, soit la solution physiologique de chlorure de sodium à 7 pour 1.000. Malassez croit que la meilleure proportion est de 10 gr. pour 1.000 de chlorure de sodium, bien, qu'à cette dose, il altère un peu la vitalité des globules sanguins.

On emploie soit l'appareil de Potain avec pompe foulante, soit un vaste siphon à tube de caoutchouc, terminé par une fine canule. On fait l'injection sous cutanée ou intra-veineuse, si l'on a besoin de faire pénétrer de grandes quantités de liquide.

L'injection est suivie d'un grand bien-être avec relèvement du pouls et abaissement de la température.

Quand faut-il rouvrir le ventre ? Le plus tôt possible, en présence des signes d'une hémorragie. On peut être plus embarrassé, s'il s'agit d'iléus ou de péritonite.

L'obstruction intestinale met ordinairement huit à dix jours à se produire et la fièvre est nulle ou peu élevée. La péritonite est fébrile d'emblée.

S'il se produit une paralysie intestinale avec météorisme rapide, si le pouls est petit et rapide sans élévation de température ou même avec abaissement, il s'agit d'une péritonite septique contre laquelle toute laparotomie sera inutile. On obtient des succès dans la péritonite subaiguë ou localisée.

Dans le cas d'iléus, on peut employer un purgatif. S'il reste sans effet, la laparotomie est indiquée. Nous avons parlé de la technique opératoire de ces laparotomies secondaires à propos des adhérences.

III. — *Laparotomie dans les péritonites aiguës et chroniques.*

Opérations pour péritonites. — Les péritonites aiguës ou chroniques, généralisées ou circonscrites, sont presque toutes aujourd'hui soumises au traitement chirurgical. *La ponction* avec ou sans lavage est un procédé insuffisant, plus dangereux souvent que la laparotomie, parce qu'il ne vide pas complètement le péritoine et expose à la blessure de l'intestin.

Laparotomie dans les péritonites aiguës. — Les soins préliminaires, en ce qui concerne le malade, le milieu où on opère, l'instrumentation sont ceux de la laparotomie en général. La température élevée de la salle, l'enveloppement du blessé dans des couvertures de laine, la suppression de spray ou des lavages abondants du ventre sont ici d'une importance extrême, parce qu'il s'agit d'ordinaire d'individus en imminence de collapsus et qu'il faut éloigner toute action dépressive. Dans la même pensée, on aura fait avant l'opération ou l'on tiendra prêts pour les heures qui suivront, deux ou trois litres de sérum artificiel à la température du sang. Pour la même raison, si l'on a la conviction que l'opération se bornera à une incision suivie de drainage, on fera bien de ne pas employer un anesthésique général, mais de se servir de chlorure d'éthyle ou de cocaïne à faible dose.

On incise sur la ligne médiane entre l'ombilic et le pubis, si l'on n'a pas de raison de craindre une lésion de la portion supérieure de l'abdomen (ulcération ou rupture de l'estomac, abcès du foie, de la vésicule, kystes hydatiques suppurés, etc.). Dans ces conditions, on inciserait au-dessus de l'ombilic, car on a pu ainsi, en même temps qu'on drainait le ventre, fermer une

© BIU Santé

plaie de l'estomac, enlever une vésicule, suturer à la paroi un abcès du foie.

L'incision des couches profondes doit être faite avec le plus grand soin, car le péritoine est souvent épaissi, adhérent à l'épiploon accolé lui-même aux anses intestinales distendues. Quand il n'y a pas d'adhérences, les anses météorisées sont souvent immédiatement sous le péritoine et rien n'est plus facile que de les blesser. Si pareil accident arrivait, on ferait une suture immédiate au catgut ou à la soie fine. Le plus souvent, un flot de liquide séro-purulent mêlé de fluxions jaunâtres, sort par l'ouverture et les anses intestinales se montrent rouges, vascularisées; la pression du ventre dans les parties déclives fait sortir le liquide. Rarement dans les formes aiguës, il s'agit de pus véritable. Il y a seulement un léger exsudat opalin mouillant les interstices des anses intestinales. C'est une forme grave (péritonites suites d'appendicites, de perforations intestinales, de plaies de la paroi). Parfois il n'y a rien, le ventre est sec, les anses parésiées et distendues : il s'agit d'une forme septique suraiguë presque toujours mortelle (péritonite post-opératoire, perforations du tube digestif, puerpéralité).

S'il y a un commencement d'organisation de l'exsudat et tendance à la localisation, si la masse intestinale forme un large gâteau isolant le petit bassin, par exemple du reste de la grande cavité séreuse, le pronostic est favorable. C'est alors qu'il faut s'abstenir de toutes manœuvres pouvant froisser les anses intestinales ou rompre les adhérences encore molles. Ne pas faire d'explorations inutiles, mais éviter le ventre en essuyant doucement les parois intestinales et la cavité séreuse enflammée, suturer rapidement mais soigneusement et drainer. Enlever matières fécales, liquides, grumeaux, etc.

Doit-on rechercher une perforation intestinale, une ulcération typhique ou appendiculaire, une tumeur de l'utérus ou des annexes, un foyer de suppuration, une anse intestinale gangrenée, en un mot compléter l'opération par la suppression de la cause infectante? Il est difficile de se prononcer d'une façon générale.

La conduite à tenir peut varier avec chaque malade. Une petite ulcération de l'appendice guérira avec le drainage et il y a danger à aller rechercher, au fond d'un foyer purulent, un appendice enveloppé de fausses membranes. Il en sera de même pour une petite plaie intestinale, pour une perforation consécutive à la réduction d'une hernie gangrenée. Mais s'il s'agit de lésions viscérales graves : section du gangrené de l'intestin, suppurations ovariennes, rupture de l'estomac, de l'utérus, des uretères, il faudra agrandir l'incision, si cela est nécessaire, aller jusqu'au point malade : en un mot, faire une opération complète. C'est la seule chance de salut pour le malade. (On trouvera le détail de ces interventions avec les opérations sur les viscères de l'abdomen).

Qu'on ait simplement ouvert ou qu'on ait fait une opération plus compliquée : suture intestinale, résection, ablation de tumeur, etc., il faudra toujours drainer. On a employé les drains de caoutchouc, de verre, de gutta-percha, les mèches de coton, de gaze salolée, iodoformée, phéniquée, le drainage à la Mikulicz. Ce dernier procédé, décrit à propos de la laparotomie en général, a eu plus d'inconvénients que d'avantages. Il expose à l'intoxication par l'iodoforme; il ne permet pas la sortie des matières solides, flocons de pus, matières alimentaires, corps étrangers, etc., qui peuvent avoir échappé au nettoyage.

Le drain de caoutchouc ou de verre perforé (simple, double ou triple, retenu par un fil ou par une épingle de sûreté pour l'empêcher de s'enfoncer), suffira dans la plupart des cas.

Le pansement consécutif demande à être très absorbant, en raison de la grande quantité des liquides qui seront exsudés. Il devra être renouvelé le soir ou le lendemain matin. On ne fera d'injections par le drain qu'en cas de fétidité du pus, et ces injections devront être très douces pour ne pas être nuisibles.

La suture de la paroi doit être rapide. Un surjet au catgut dans le péritoine avec retour sur le plan musculo-aponévrotique et cutané sera solide et rapidement exécuté.

La question de temps est ici capitale, 15 à 20 minutes est déjà long pour un malade en état de collapsus et la mort, pendant l'opération ou dans les minutes qui suivent, n'est pas très rare.

Relever les forces du patient par la chaleur, les lavements alcooliques, les injections sous-cutanées de sérum artificiel, le champagne glacé, etc.

Les statistiques donnent, pour cette opération, une mortalité de 30 à 40 pour 100. Si l'on compte que la péritonite aiguë est presque constamment mortelle, c'est un très beau résultat que de guérir par cette intervention plus de la moitié des malades. Cette proportion de succès augmente, d'ailleurs, avec la précocité de l'intervention. D'après Köerte, toute intervention faite après le quatrième jour est suivie de mort. On doit donc agir le plus vite possible aussitôt que se montrent les premiers signes de la péritonite. L'indication est formelle, avant même l'apparition de ces signes dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, les perforations, les ruptures traumatiques de l'intestin, de la vésicule biliaire, de la vessie, de l'estomac et de l'intestin. On pourra être très embarrassé dans certaines péritonites septiques post-opératoires ou puerpérales, d'autant que les premières surtout ne s'accompagnent pas d'exsudations et tuent avant l'apparition du pus. La laparotomie est là tout à fait inefficace.

Laparotomie dans les péritonites circonscrites. — Ici, rien de spécial à dire. On s'inspirera des règles générales de la chirurgie. Ouvrir toutes les fois qu'il y a du pus, le plus tôt possible dans le point où se fera le meilleur drainage. Drainer pour arriver à la guérison. L'incision se fera donc sur n'importe quel point de l'abdomen. On choisira le chemin le plus court pour arriver à la collection purulente. Pour la péritonite circonscrite d'origine pelvienne, c'est sur la ligne médiane sous-ombilicale qu'il faut ouvrir. S'il y a prédominance d'un côté, on pourra passer à travers l'un des droits ou sur leur bord externe.

IV. — *Laparotomie dans les péritonites chroniques.*

Les péritonites chroniques sont : 1° *Simples* ; 2° *Tuberculeuses.*

A. — *Laparotomie pour péritonites simples.*

Les péritonites péri-hépatiques, péri-gastriques, péri-vésicales, post-opératoires, péri-cæcales, pelviennes et traumatiques, ont été souvent guéries par la laparotomie. Il a suffi du décollement d'une adhérence, de la section d'une bride, pour amener la disparition de douleurs intolérables, de troubles gastriques ou de signes d'obstruction intestinale chronique. Nous y reviendrons à propos des *adhérences.*

© BIU Santé

B. — *Laparotomie de la péritonite tuberculeuse.*

Historique. — L'histoire de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse commence en 1862, avec l'observation de Spencer Wells. Croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, il incisa le ventre et, après avoir évacué l'ascite, constata sur les anses intestinales la présence de tubercules miliaires. A sa grande surprise, la malade guérit ; elle vivait encore 27 ans après. S'appuyant sur ce fait et sur quelques autres semblables, publiés après, Kœnig proposa le premier, en 1884, la laparotomie dans les cas diagnostiqués de péritonite tuberculeuse. Depuis, un très grand nombre d'observations ont été publiées. Elles ont été réunies dans les mémoires de Pic (1890), d'Aldibert (1892), de Rœrsch, qui fait une statistique sur 358 malades (1893, Revue de Chirurgie).

Manuel opératoire. — Le malade sera de préférence légèrement incliné du côté des pieds, pour que le liquide se collecte dans le petit bassin et puisse être enlevé complètement. L'incision doit être faite le plus souvent sur la ligne médiane et assez bas pour qu'on puisse voir aisément l'utérus et les annexes. J'ai employé dans deux cas l'incision latérale à travers le muscle droit, parce que la paroi distendue par une ascite abondante, maigre et peu solide, pouvait se laisser distendre, si l'on se bornait à unir des tissus fibreux peu épais. La suture musculo-aponévrotique, dans ces cas particuliers, me paraît meilleure. L'ouverture doit être peu étendue d'abord, puis agrandie, si cela est nécessaire. Le péritoine, plus ou moins épais, plus ou moins infiltré de tubercules, est incisé avec précaution pour ne pas blesser l'épiploon ou l'intestin qui adhèrent souvent à la paroi. Quand les adhérences sont molles, on les détache. On peut être obligé de sectionner entre deux pinces des brides péritonéales, pour bien voir la surface de l'intestin.

Forme ascitique. — 1° Tantôt, selon la forme de la péritonite, on trouve des tubercules jeunes opalins semés sur les anses et la paroi et une ascite abondante mêlée de grumeaux blanchâtres ressemblant à une bouillie tournée ; les anses sont peu ou pas adhérentes entre elles. On laisse entièrement s'écouler le liquide, puis on dessèche, avec des éponges fines ou des compresses molles, les culs-de-sac de Douglas où s'accumule le liquide. Ce dessèchement est très long, quelquefois parce que le liquide des parties supérieures et latérales de l'abdomen tombe peu à peu à travers les anses intestinales dans les parties déclives. On enlève tous les grumeaux, toutes les masses fibreuses, tous les caillots qu'on peut trouver. Lorsque ce dessèchement est parfait, on explore les anses intestinales et les viscères. Si les anses sont agglutinées par des adhérences très molles, on peut essayer de les séparer doucement ; on arrive quelquefois aussi sur des collections incluses au milieu d'un paquet intestinal. Si elles sont un peu résistantes, il y a avantage à ne pas les rompre; on s'exposerait à déchirer l'intestin. Ne pas gratter non plus ni frotter trop énergiquement pour détacher les fausses membranes : on fait saigner l'intestin inutilement. L'examen des organes pelviens doit être fait avec soin. Très souvent, on constate une prédominance marquée de la granulie dans la portion pelvienne du péritoine autour des trompes, des ovaires et de l'utérus. Il sera indiqué quelquefois d'enlever ces organes s'ils sont très atteints, ulcérés, et si l'on pense qu'ils ont été le point de départ de la maladie. Il y a avantage à se débarrasser du foyer initial. On pourra constater aussi parfois une tuberculose primitive du cæcum ou de l'appendice, une épiploïte tuberculeuse, une ulcération de l'intestin grêle ou du gros intestin. Il faut toujours avoir présent à l'esprit ce principe : qu'il n'y a pas de *péritonite tuberculeuse primitive*, mais des *tuberculoses viscérales* ayant plus ou moins injecté le péritoine, et agir en conséquence.

Forme ulcéreuse et grave. — 2° Il y a du pus dans le ventre, les anses sont fortement agglutinées entre elles. On ne cherchera point à suturer la perforation s'il y en a, mais on lavera doucement, on séchera ensuite la cavité, puis on drainera. C'est la plus mauvaise condition pour le succès.

Forme sèche. —3° Dans cette forme, on ne trouve pas de liquide. Des adhérences plus ou moins résistantes unissent les anses, des brides anciennes forment des cordes tendues sur lesquelles l'intestin a pu s'étrangler. C'est la raison de l'intervention souvent, et on n'a qu'à lever l'obstacle pour amener une guérison au moins temporaire. Dans un cas récent, avec tous les symptômes de l'obstruction intestinale, constipation absolue, vomissements et fièvre depuis huit jours, j'ai trouvé une tuberculose disséminée des anses intestinales au premier et au deuxième degré, et une rétraction spasmodique des anses intestinales. L'exploration de l'intestin n'a fait trouver aucune bride. L'obstruction a cessé par le seul fait de la laparotomie et la malade est aujourd'hui guérie.

Le ventre étant séché, faut-il laver ? Faut-il drainer ? On a fait les lavages les plus variés avec des solutions de thymol, de naphtol, d'acide borique, phénique, phosphorique, avec le sublimé, la teinture d'iode, le chlorure de zinc, l'éther iodoformé, l'eau stérilisée à 40° — la solution physiologique de chlorure de sodium. — Il n'est pas démontré que le résultat a été meilleur que si l'on s'était abstenu de laver. On tend aujourd'hui à ne plus employer les lavages.

Le *drainage* est abandonné aussi en général. Il n'est indiqué que dans les formes ulcéreuses avec pus ou exsudation de liquides intestinaux. Dans les autres conditions, il expose à la production de fistules et à l'infection par les tubercules de l'orifice du drain.

La suture de la paroi doit être faite complètement et aussi solide que possible après désinfection rigoureuse des parois de l'incision un peu meurtries par le passage des éponges et pouvant être facilement injectées. La suture, à 2 étages pour la ligne médiane et à trois pour l'incision latérale, sont les meilleures.

Suites opératoires. — La blessure des anses, l'hémorragie, les déchirures, plus tard la production de fistules sont des complications fâcheuses, mais évitables en prenant les précautions indiquées. Le liquide se reproduit en partie dès les premiers jours, mais il disparaît ensuite. Quelquefois une deuxième laparotomie est nécessaire.

Indications et contre-indications. — La laparotomie est indiquée dans toutes les formes. Mais elle donne les meilleurs résultats dans les formes ascitique et sèche, — dans les formes ulcéreuses avec suppuration, le pronostic est mauvais. Les suites dépendent, d'ailleurs, surtout de l'état général du malade au moment de l'opération et du point de départ de la péritonite.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Comité technique.* — Le pharmacien principal de 1re classe BOUILLON est nommé membre du comité technique de santé.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours libres de la Faculté. — M. le Dr Bonnet.

Ces conférences de *Radioscopie* et *Radiographie* à l'Ecole pratique de la Faculté ont commencé samedi dernier, à huit heures du soir. Il est regrettable pour notre ami, le Dr Léon Bonnet, qu'il n'ait pu prévoir d'une manière relative le nombre d'auditeurs qui ont répondu par leur présence à son invitation. La toute petite salle, sans air ni issue, choisie pour la circonstance, a été d'une insuffisance fâcheuse, d'abord en interdisant l'entrée du cours à nombreux confrères, disparus mécontents. A part ce désagrément, le Dr Léon Bonnet n'a cessé d'être intéressant pour ceux qui ont pu l'entendre. Il a fait l'historique de la découverte de Rœntgen, ainsi que plusieurs expériences d'un caractère pratique très utile pour ceux qui veulent s'adonner d'une manière particulière à la radiographie. Les conférences continueront chaque samedi, à huit heures du soir, dans une salle plus grande et mieux appropriée. En somme, le Dr Bonnet a eu plein succès, puisque la salle était trop petite. Nous lui prédisons même réussite ultérieure, car le conférencier paraît posséder à fond son sujet. De plus, il l'expose d'une manière claire et simple, et s'est engagé dans une série d'applications médicales, alléchantes au premier chef.

Le Drainage Cholédocho-hépatique.

Définition. — On appelle *Drainage cholédocho-hépatique* l'opération qui consiste à placer un drain dans les voies biliaires *principales*, après laparotomie préalable, dans le but d'assurer l'écoulement au dehors pendant un certain temps de la sécrétion biliaire.

Historique. — Le drainage des voies biliaires *accessoires* est connu depuis longtemps, depuis qu'on a pratiqué l'ouverture de la vésicule; mais celui des voies biliaires *principales* n'a guère été employé et encore ?) que lorsqu'on a fait une cholédochotomie sans sutures ou incomplète : c'est dire qu'il remonte à quelques années seulement. On ne peut pas prétendre, en effet, qu'on drainait le conduit hépatico-cholédochien, lorsqu'on plaçait un drain au fond de la vésicule, à l'origine du cystique.

C'est à Kehr (d'Halberstadt) (1) qu'on doit les premiers travaux spéciaux sur ce procédé opératoire, envisagé à part et en dehors de la cholédochotomie pour calculs exécutée sans sutures et suivie de *drainage intra-cholédochien*. Ce chirurgien, dont la compétence en ces questions est indiscutable, l'a étudié sous le nom de *drainage de l'hépatique*.

Manuel opératoire. — On peut drainer les voies biliaires principales, c'est-à-dire le cholédoque et l'hépatique, lorsque l'abdomen est ouvert, de plusieurs façons.

Si la vésicule persiste, on peut drainer à travers le cystique; mais, bien entendu, il faut s'assurer au préalable que ce conduit est parfaitement perméable. C'est ce qu'on peut appeler le *drainage par voie cystique* ou *indirecte*. A l'aide d'un drain très flexible, qu'on enfonce jusque dans l'hépatique, on peut très bien de la sorte assurer l'écoulement des liquides au dehors, surtout lorsque les voies biliaires sont dilatées.

Quand la vésicule n'existe pas, ou si l'on a été obligé de l'enlever, ou quand on ne veut pas l'intéresser, on place le drain dans une incision faite directement sur le canal cholédoque. C'est là le *drainage proprement dit* ou *direct*, ou *drainage par voie cholédocho-abdominale*.

Indications. — D'après Kehr, ce procédé opératoire rend les plus grands services dans les angiocholites et peut entrer en balance avec la Cholécystostomie. Il amène un dégorgement très rapide des canalicules biliaires infectés et est surtout indiqué dans les formes aiguës, accompagnées de douleurs vives. Cette manière de faire est considérée comme très rationnelle par Sprengel (1).

Marcel Baudouin.

(1) Kehr (d'Halberstadt). — *Ueber die directe Drainage des Ductus hepaticus bei Cholangitis*; in *Versamml. d. Gesell. deut. Naturf. u. Aerzte*, Braunschweig, 1897, 23 septembre.

La responsabilité médicale : Un médecin peut-il être déclaré, par les tribunaux, responsable à raison d'une imprudence exclusivement imputable à l'homme de l'art ?

Telle est la question que la Conférence des Avocats à la cour d'Appel vient de discuter dans sa dernière réunion.

Les orateurs de l'affirmative ont essayé d'établir : que le médecin doit être assimilé à l'ingénieur, au mécanicien, à l'officier ministériel; que la médecine, la chirurgie, la thérapeutique sont des sciences exactes avec leurs méthodes et leurs règles; que l'appréciation du fait médical par le premier juge venu est possible; que dans les cas plus difficiles des experts viendraient résoudre les questions techniques; qu'il y a d'ailleurs des méthodes curatives qui peuvent être prématurées et que la responsabilité ainsi comprise protège le malade contre le progrès lui-même; qu'enfin plus une profession a de règles, mieux elle est considérée.

Si ces arguments ont trouvé des défenseurs, nous sommes persuadé que la raison en est dans cet usage qui veut que chaque question mise à l'ordre du jour soit discutée aux deux points de vue du pour et du contre.

Ç'a donc été avec un véritable soulagement que nous avons entendu les orateurs de la négative présenter la question sous son véritable aspect. Ces derniers n'ont pas eu de peine à retracer les phases de l'obscur combat livré par le médecin à la nature, combat dont le mystère est bien fait pour confirmer cette opinion que la médecine est un sacerdoce. On a prétendu qu'il y avait des règles de l'art. Mais où sont-elles donc ces règles immuables? Il faut avouer parfois l'impuissance de l'homme, la fatalité est dans tout. plus encore que les erreurs médicales, les erreurs judiciaires en sont une preuve criante. La meilleure garantie du malade est dans l'investigation libre; si d'ailleurs on adoptait le principe contraire, on n'en pourrait tracer les limites. Il convient enfin de se pénétrer avec Bacon de ce principe directeur : la meilleure loi est celle qui laisse le moins de place à l'arbitraire du magistrat. A la presque unanimité, la négative a été adoptée. Ce vote honore grandement la conférence des avocats. De cet avis précieux, nous ne voulons pas, en insistant, diminuer la portée d'actualité aiguë, qu'il nous suffise d'y ajouter le vœu suivant : le médecin ne dépend que de sa conscience, disait, par la bouche du procureur général

(1) Sprengel. — Discussion de la Communication de Kehr. — *Loc. cit.*

© BIU Santé

Dupin, la magistrature de 1832. Que nos magistrats, dépositaires nés de la compétence universelle, sinon de la science, se pénètrent de cette pensée. Si enfin elle ne veut rien connaître de l'évolution scientifique et de ses nécessités, qu'elle s'élève du moins à la même hauteur de vues que son ancêtre de 1832, la Magistrature du siècle finissant!

Henry LEMESLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 novembre 1897.

Sur une bactérie pathogène pour le phylloxera.

M. L. DUBOIS. — Cet élément microbien a été rencontré dans un mélange de terre et de fumier, laissé en sac depuis plusieurs années, à une profondeur d'environ 0 m 50. Il détermine, chez certains hémiptères, une véritable infection ayant probablement la voie buccale pour porte d'entrée. Les corps des insectes qui ont succombé renferment le microorganisme, qu'il est parfois possible de retrouver à l'examen microscopique et à la culture. Enfin, dans certains sols, il paraît susceptible de conserver sa virulence pendant un très long temps. Il se présente sous deux formes : filaments longs de 4 à 7 μ, grêles, ondulés, mesurant de 0 μ,2 à 0 μ,4 de large, ou coccus de 0 μ.2 à 0 μ.3, peu mobiles, à zone annulaire nettement différenciée par une teinte plus sombre, entourant une partie centrale plus claire, mais ne présentant jamais de vacuole. Il ne semble pas que ces cocci soient des spores, car, dans certaines cultures, ils constituent la presque totalité des éléments. Ces éléments microbiens ne sont que peu ou pas colorables par les méthodes usuelles. Cette bactérie est anaérobie, du moins avec les milieux de culture habituels. Elle ne se développe bien qu'en l'absence d'oxygène, mais la culture n'est jamais luxuriante. Les limites de température les plus propices à sa végétabilité oscillent entre 20° et 30°. Les expériences ont été faites avec le phylloxera, dont il est actuellement très facile de se procurer des échantillons. La virulence de l'élément microbien paraît varier suivant la constitution chimique du sol et les influences atmosphériques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 Novembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

M. FÉRÉ montre des poules auxquelles il a fait des *greffes sous-cutanées d'embryons de poulets* déjà avancés (quinze jours). Contrairement à ce qui se passe avec les greffes de tissu adulte qui sont vite résorbées, ces greffes se développent. Ces expériences, très curieuses, jettent une lumière importante sur l'évolution des tumeurs cancéreuses.

M. VAQUEZ donne un procédé d'*hématolyse*, c'est-à-dire d'analyse de la vulnérabilité plus ou moins grande des globules du sang. Il consiste à stériliser au préalable toutes les solutions salines dont on se sert pour dissoudre progressivement les globules rouges, car l'expérience démontre que les micro-organismes qui pullulent rapidement dans ces solutions chargées de sang détruisent les globules avec une rapidité considérable, et l'on n'obtient plus alors de résultats comparables entre eux.

M. PÉRON montre les pièces d'un cobaye atteint de *typhlite gangréneuse expérimentale*. L'animal a été soumis à des injections sous-cutanées d'alcool dilué dans du sérum, et en même temps à la résection partielle du foie. L'intestin suppléerait donc le foie dans l'élimination de l'alcool et serait nécrosé, comme le foie lui-même, par des doses trop fortes du toxique.

M. HOBBES rapporte un cas de *choléra nostras* avec péritonite purulente et mort chez une nourrice. L'examen bactériologique fait après la mort révéla, dans tous les organes abdominaux, la présence du coli-bacille.

M. VERDUN (de Toulouse) adresse une note sur le *développement du corps thyroïde* chez le chat. Il provient pour lui exclusivement de l'ébauche médiane thyroïdienne. La troisième et la quatrième fente branchiale donnent naissance au thymus et aux grains thymiques internes.

MM. TRIBOULET et COYON ont trouvé à l'autopsie d'*une enfant rhumatisante* un microbe anaérobie, se développant dans le lait, et présentant tous les caractères morphologiques du microbe déjà signalé par M. Achalme, puis par M. Thiroloix, dans l'exsudat pleural ou articulaire des rhumatisants. Ce microbe leur paraît important à signaler, car bien qu'il se rapproche par quelques caractères dus à sa vie anaérobie du vibrion septique, il s'en éloigne cependant assez pour mériter une étude spéciale.

M. CHARRIN. — Il faudrait, et cela est facile, s'assurer si l'on n'a pas affaire au vibrion septique lui-même.

MM. ABELOUS et BRARD (de Montpellier) adressent une note sur l'*action anticoagulante du foie des écrevisses sur le sang*. Cette singulière propriété, découverte par Heidenhain dans les muscles des crustacés, s'étend au foie.

M. HARDIVILLERS (de Lille) adresse une note sur l'*origine des bronches lobaires chez l'embryon du mouton*.

A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Extraction des projectiles intra-craniens.

M. MAREY présente un appareil de M. CONTREMOULIN, permettant de déterminer avec une grande précision la situation des projectiles intra-craniens. Cet appareil est basé sur l'emploi simultané des rayons X et d'un compas d'épaisseur.

M. LE DENTU croit que cet appareil modifie très avantageusement les conditions d'extraction, auparavant si difficiles en raison des fausses routes. Il l'a employé dans un cas avec un succès complet.

Résultats éloignés de la gastro-entérostomie dans les rétrécissements non cancéreux du pylore.

M. TUFFIER a pratiqué huit fois cette opération chez des malades vainement traités par tous les moyens médicaux et atteints de sténose pylorique ou non pylorique. Un seul a succombé à une hémorragie intestinale au dixième jour. Chez les sept autres, le résultat immédiat et définitif a été très bon. L'indication opératoire, dans tous ces cas, a été la même : signes de sténose pylorique extrinsèques ou intrinsèques, dont les principaux sont les vomissements, les douleurs, la dilatation gastrique et la constatation, le matin à jeun, de liquides résiduels dans l'estomac. C'est, en un mot, la rétention alimentaire stomacale rebelle à toute thérapeutique judicieuse, et amenant le malade à l'amaigrissement rapide et à la cachexie. Pendant la laparotomie, M. Tuffier a été, comme tous les chirurgiens habitués au traitement des affections de l'estomac, frappé de l'impossibilité de faire le diagnostic entre un néoplasme stomacal et une simple induration inflammatoire. Même la pièce en main, ce diagnostic peut être impossible. Il aurait pourtant une importance capitale, non pas seulement pour établir un pronostic, mais pour choisir le mode d'intervention. La gastro-entérostomie est, en effet, merveilleuse quand on est en présence d'un tissu de cicatrice, mais s'il s'agit d'une lésion néoplasique elle peut céder le pas à une intervention plus radicale. Les résultats opératoires ont été très satisfaisants. Les résultats thérapeutiques se basent sur l'état des fonctions de l'estomac après l'opération et sur l'état général des malades. Chez tous les malades l'état douloureux qui, depuis plusieurs mois ou plusieurs années, rendait tout travail impossible, a complètement disparu. Les vomissements ont cessé instantanément, les malades qui ne sup-

© BIU Santé

portaient que du lait peuvent, après l'opération, suivre le régime habituel des hôpitaux. Ce résultat peut n'être pas immédiat, et pendant une à deux semaines les opérés peuvent encore avoir quelques pesanteurs gastriques, mais le résultat définitif est parfait. Ils reprennent leur embonpoint normal. Il semble donc que dans ces sténoses toute la maladie réside dans la rétention stomacale : dès qu'elle a cessé les troubles s'évanouissent et la guérison ainsi obtenue se maintient. M. Tuffier croit donc que la gastro-entérostomie dans les rétentions stomacales rebelles à tout traitement médical, quelles qu'en soient les origines, est une opération très recommandable, et par sa bénignité et par ses résultats thérapeutiques.

Nature des pleurésies sérofibrineuses.

A propos de la communication de M. Le Damany, M. Landouzy rappelle qu'il a le premier, et contrairement à l'opinion classique, soutenu la nature tuberculeuse de ces pleurésies. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 novembre 1897. — Présidence de M. Delens.

Abcès gazeux sous-phréniques.

M. Michaux a eu l'occasion de voir un malade atteint d'un abcès sous-costal à droite, dont la percussion rendait un véritable son tympanique. On aurait pu croire à un pneumothorax. Le diaphragme était refoulé et la poche sonore remontait jusqu'à la troisième côte. Il incisa. Il s'agissait d'un abcès gazeux sous-phrénique.

M. Peyrot a rencontré de ces abcès sous-phréniques. Dans un cas il pensa à une pleurésie et ouvrit la plèvre, mais la trouva saine et vide. Il sutura la plèvre, et ponctionna le diaphragme. Il trouva une petite nappe de pus. Il ponctionna le foie. Guérison.

M. Tuffier.—Une femme de 30 ans présentait de la dyspnée, de la douleur à la base gauche, et des signes d'infection. Je fis une ponction qui donna du liquide; j'opérai cette femme croyant trouver une pleurésie; mais j'ouvris le diaphragme et alors je trouvai du pus. L'origine semblait être une poussée furonculeuse et du reste le pus de l'abcès contenait du staphylocoque doré. A la suite se firent des abcès miliaires des reins droit, puis gauche, et la malade succomba. Le second malade avait été cru atteint de kyste hydatique suppuré de la face convexe du foie. Les ponctions donnaient un liquide séro-sanguin à la base du thorax droit. Le diagnostic n'a pu être confirmé. Il est possible que c'était de la tuberculose du foie, et du reste le malade a succombé sans ouverture large.

M. Routier. — Un malade atteint de fistules anciennes fut opéré par moi. Ces fistules conduisirent, après ouverture d'un volet thoracique, sur la face convexe du foie. Celui-ci était dur, bosselé. Le pus était mêlé de grumeaux durs mêlés à des caillots. Le malade a guéri, sans qu'on ait su exactement la nature de cet abcès. Dans un second cas, je trouvai aussi des fistules persistantes. Comme pour le premier je dus, pour les prévoir, faire le désossement de la paroi costale. C'est la même thérapeutique que les fistules, suites de pleurésies purulentes.

M. Berger a eu un cas contenant une quantité énorme de pus, et qui guérit par le simple drainage, sans nécessité d'ouvrir un large volet.

M. Pothérat. — Chez un malade que l'on me disait avoir un abcès du foie, j'ai trouvé une fistule purulente. Pour le guérir, je dus inciser le long du thorax, et mon incision me conduisit dans une vaste cavité au-dessus du foie, lequel était dur.

Lymphangiome et filaire du sang.

M. Le Dentu a eu l'occasion de voir chez un jeune homme de 16 ans, né à Colombes, un lymphangiome au niveau de la fosse sous-épineuse. La tumeur avait 13 à 14 centimètres, oblique sous l'aisselle, très adhérente à la peau; elle était mobile sur les parties profondes; elle formait une plaque nette, ni fluctuante, ni dure, ni lobulée comme un sarcome. La tumeur datait de 16 ans; on l'avait diagnostiquée lipome congénital, qui avait augmenté rapidement à la puberté. Il y avait des plaies. Il l'enleva.

Cholédochotomie pour calculs du cholédoque.

M. Lejars. — Une femme de 52 ans avait eu une série de coliques hépatiques, et depuis un mois était dans un état fort grave, avec ictère chronique et amaigrissement. Je fis la cholédochotomie et trouvai plusieurs gros calculs du cholédoque. Après l'opération, bile dans le pansement. Le cinquième et le sixième jour, l'ictère diminua, et au septième jour survint une selle colorée. Dès ce moment, l'amélioration marcha rapidement vers la guérison. Celle-ci se fit sans qu'il y ait eu de fistule.

MM. Schwartz et Michaux citent une série de faits de chirurgie biliaire (*cholécystotomie* et *cholédochotomie*). M. B.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 18 novembre. — Présidence de M. Ollivier-Beauregard.

M. G. de Mortillet présente un travail de M. du Chatelier sur des *tumulus sans sépultures*, fouillés en Bretagne.

M. le Dr Raymond a observé des tumulus semblables dans le Gard.

M. André Lefèvre donne lecture d'une éloquente notice sur son nouvel ouvrage, véritable tableau d'*histoire universelle*.

M. Zaborowski attire l'attention sur ce qui suit. M. Manouvrier, étudiant des *crânes néolithiques* provenant du dolmen d'Epône, près Mantes (Seine-et-Oise) a observé sur le vertex de trois d'entre eux, une cicatrice en forme de T. Sa branche antéro-postérieure suit la suture sagittale et rencontre près de l'obélion sa branche transversale qui descend symétriquement de chaque côté, jusque derrière la bosse pariétale. Cette cicatrice résulte évidemment de lésions subies pendant la vie, de séries d'incisions ou de plaies, laissant en place le cuir chevelu, qui, sans cela, eût pu subir un décollement étendu. M. Manouvrier l'a observée sur trois autres crânes, provenant de dolmens de la même région. Tous sont féminins et l'un d'eux est celui d'une fillette de 13 à 14 ans (*Bullet.*, 1895, p. 358). Dans quelles conditions et dans quel but ces lésions si particulières ont-elles été provoquées? Pour répondre à cette question, il aurait fallu observer quelques pratiques du même genre chez des peuples contemporains? On n'en connaissait pas. Mais depuis, M. de Ulzfalvy, dans son ouvrage sur les *Aryens* de l'Asie centrale (1896), a publié l'observation d'un Siah-Pouche, par lui mesuré, qui avait une brûlure étendue occupant le vertex et la région sus-auriculaire. Il paraîtrait que dans le Dardistan, cet usage de brûler les enfants en bas âge sur le vertex et au-dessus des oreilles est très répandu. On pense par ces brûlures préserver les enfants contre les maladies de la tête! Cette observation est d'autant plus importante, qu'une coutume aussi particulière, comme le disait M. Manouvrier, peut servir à établir des relations ethniques avec plus de sûreté que des objets d'un usage courant chez tous les peuples.

M. Deniker, à propos de cette communication, expose que dans un ouvrage d'un voyageur allemand récemment paru sur les Samoans, se trouve l'observation d'une pratique qui n'est pas sans quelque rapport avec celle ci-dessus décrite. Les Polynésiens de certaines îles procèdent à des scarifications et à un grattage des os du crâne qui les amincit jusqu'à les perforer. Le but de cet usage est bien aussi un but de médication. Mais il a plus de rapports avec les trépanations préhistoriques qu'avec les lésions signalées par M. Manouvrier.

Mme Chellier, qui exerce la médecine parmi les indigènes de l'Aurès, a envoyé un lot de *mensurations et observations* que M. Papillault a mises en œuvre. D'après ces quelques données, il n'y aurait pas de race berbère. Parmi les 25 sujets étudiés, on peut distinguer deux groupes. Le premier, comprenant les 8 plus bruns, est de taille plus haute (1 m. 75), de crâne un peu plus long (indice, 76,3), de nez un peu plus étroit (62,9). Le second groupe, groupe de blonds, a une taille moyenne de 1 m. 65, un indice céph. de 77,6, un indice nasal de 69,9.

M. Zaborowski demande ce que sont ces blonds, d'une association de caractères assez paradoxale. Mme Chellier n'a pas noté la couleur de leurs cheveux et de leurs yeux, d'après l'échelle chromatique de Broca. Mais elle a noté des cheveux

© BIU Santé

blonds deux fois sur vingt-cinq cas observés, et des yeux bleus clairs sept fois. C'est une proportion bien élevée. En Tunisie, d'après les milliers de relevés de M. Collignon, il n'y a que 7 0/0 de cheveux blonds. Il y a donc provisoirement des réserves à faire sur le résultat obtenu par Mme Chellier.

M. Rivière présente de nouveaux *échantillons de l'industrie de la grotte de La Mouthe* qu'il est en train de fouiller. Parmi eux, il a recueilli des silex archeuléens. Mais ceux-ci paraissent avoir été roulés. Ils gisaient d'ailleurs hors des foyers dans des argiles. Ces argiles sont des dépôts de remplissage entraînés par les eaux venues de la surface du plateau. Pour enlever tout l'amas de ces dépôts et des foyers accessibles de la grotte en question, il faudra bien trois ou quatre années.

Suite de la lecture du mémoire du Dr Bertholon sur la *conduite à tenir vis-à-vis des indigènes algériens*. M. Bertholon veut bien n'en pas demander l'extermination, comme son langage nous le faisait craindre. Il s'accommoderait d'une transportation en masse. Le mieux serait de les faire émigrer au Soudan, où d'irréconciliables ennemis qu'ils sont pour nous en Algérie, suivant lui, ils deviendraient de solides appuis pour la France ! Z.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du jeudi 11 novembre 1897. — Présidence de M. Richelot.

MM. Tissier et Mercier. — *Obstruction intestinale par volvulus chez un nouveau-né.* — Des phénomènes d'obstruction intestinale s'étant déclarés chez un enfant aussitôt après sa naissance, M. Tissier pratiqua un anus iliaque qui ne donna pas issue au méconium. A l'autopsie, on s'aperçut que l'intestin présentait un volvulus, siégeant en deux endroits de l'intestin grêle. L'examen microscopique fera peut-être reconnaître des lésions de l'intestin qui, en diminuant son calibre, ont favorisé sa torsion.

M. Pichevin présente un *kyste tubo-ovarique* qu'il a enlevé par laparotomie, chez une femme de 35 ans. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que la tumeur s'était enroulée autour des ligaments larges et, à première vue, y paraissait incluse.

M. F. Jouin. — *Du traitement des métrites, et particulièrement de l'endométrite cervicale blennorrhagique par les applications locales d'essence de Wintergreen.* — L'auteur a traité la métrite et ses différentes complications ; mais tout particulièrement l'endométrite cervicale blennorrhagique, en badigeonnant les régions malades avec l'essence de Wintergreen. Grâce à la pénétration de l'agent thérapeutique, le gonocoque peut être atteint jusque dans les culs-de-sac glandulaires, et la guérison des cas anciens et rebelles obtenue sans l'intervention du bistouri (Schrœder) M. Jouin a pu aussi, par ces applications locales d'essence de Wintergreen, faire pénétrer dans les trompes, à travers l'utérus, un excellent antiseptique, l'acide salicylique, et obtenir la guérison de vieilles salpingites. Il croit d'ailleurs à une action spécifique de l'agent thérapeutique.

M. Fournel s'élève contre cette généralisation de l'emploi de l'essence de Wintergreen au traitement des métrites.

M. Petit est partisan de la glycérine créosotée qui lui a toujours paru préférable à tout autre topique.

M. Doléris dit qu'avant de déclarer l'essence de Wintergreen supérieure aux autres antiseptiques, il eût été rationnel d'étudier son action *in vitro* et d'observer si ce médicament arrête le développement des microbes plus rapidement que les autres corps employés jusqu'ici avec succès.

M. Jouin. — Les expériences de MM. Linossier et Lannois démontrent que l'essence de Wintergreen a une action pénétrante qui lui permet d'atteindre les microbes, jusque dans la profondeur des tissus. Son emploi réussit dans le traitement du rhumatisme et surtout du rhumatisme blennorrhagique. Le Dr Duquaire (de Lyon), a aussi obtenu d'excellents résultats en se servant de cet agent dans l'urétrite chez l'homme. Il était donc logique de l'employer dans la cervicite blennorrhagique. Les résultats heureux sont venus confirmer cette tentative. Cela ne diminue en rien la valeur de la créosote, ni ne rétrécit le champ de la chirurgie dans le traitement des cols sclérokystiques.

M. Gheorghiu. — *Galactophorite double généralisée.* — Il s'agit d'une nourrice de 29 ans qui, neuf mois après le début de son allaitement, présenta une double galactophorite sans cause connue. Le pus extrait des canaux galactophores contenait des streptocoques. Au bout de sept jours, le pus ayant disparu des seins, la malade reprit son service, et depuis la sécrétion mammaire est normale.

M. Jouin a vu, avec M. Porak, une jeune femme dont l'accouchement avait été des plus réguliers. A la suite d'une émotion vive et de préoccupations pessimistes de l'accouchée, celle-ci fut prise d'un frisson intense. La température monta à 39° et la sécrétion lactée fit place à une sécrétion purulente. Malgré l'évacuation du pus suivant la méthode de M. Budin, la température continua à monter et l'état général s'aggrava à un tel point que, sur le conseil de M. Porak, je fis appeler M. Richelot qui pratiqua l'amputation des deux seins transformés en véritables éponges purulentes. La malade succomba.

M. Porak. — En dehors des seins, nous n'avions trouvé chez cette malade aucune cause pouvant expliquer les accidents infectieux. Mais il s'agissait bien d'une infection puerpérale de la pire espèce. De ce que nous n'ayons pas trouvé la porte d'entrée à l'utérus, il ne s'ensuit pas qu'elle faisait certainement défaut.

A propos de l'arrestation d'un médecin accusé d'homicide par imprudence. — Sur la proposition de M. Doléris, la Société décide de nommer une Commission composée de MM. Porak, Doléris, Poitou-Duplessis et Lutaud, chargée de présenter aux pouvoirs publics un projet destiné à modifier la loi de la prévention concernant les médecins.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr Paul Cornet.

XIII. — Traitement des superacidité, supersécrétion et gastroxynsis (Neuroses de l'estomac); par le Pr Fleischer (d'Erlangen). — *Lehrbuch der inn. Medizin.* IIe Hälfte, Wiesbaden, 1896.

XIII. — 1° Comme dans la Superacidité, les troubles divers sont dus à l'excitation des nerfs gastriques par excès d'HCL, il y a lieu de rechercher, pour une diète rationnelle, les aliments qui accaparent le plus d'acide chlorhydrique : ce sont d'abord les *viandes*, et ensuite les *légumes riches en albumine*. D'autre part, il faut écarter tous excitants, tels que : épices fortes, paprika, poivre, moutarde, raifort, acides organiques (lactique, acétique, tartrique), acides gras (graisse rance), et le sel de cuisine en excès. Sont nuisibles, les boissons très alcooliques : bière forte, vin fort, schnaps, cognac, etc. Les aliments et boissons ne doivent pas être trop froids (au-dessous de 8 à 10° R.) (1) ni trop chauds (au-dessus de 45° R.) (2). Bien que les douleurs ne soient pas plus vives avec les aliments difficiles à digérer en raison de leur contenu en matières albuminoïdes, il est cependant préférable d'apprêter ces mets albumineux d'une façon minutieuse, pour obvier le plus possible à l'excitation mécanique des nerfs de l'estomac. Si une nourriture purement amylacée est défectueuse, on peut cependant l'associer à une plus grande quantité d'aliments albuminoïdes. Les graisses pures sont permises, de même que le sucre. Quant aux produits de boulangerie, il convient de préférer ceux qui, par un processus de cuisson plus prolongé, et par le grillage, sont en partie dextrinisés; tels sont : les swiebacks, le pain bien grillé, les cakes, la croûte de pain (trempée dans du lait), ainsi que certaines farines d'enfants. Il faut éviter de boire en une fois une grande quantité de liquide, pour ne pas distendre démesurément la paroi gastrique déjà troublée dans sa motilité. Le mieux est de faire boire ces liquides par petites gorgées, en s'adressant, en cas de soif exagérée, aux eaux minérales riches en CO^2 (Apollinaris, Selters, Giesshubler, Fachingervasser), et susceptibles par ce gaz, de calmer les nerfs

(1) = 10 à 12°,50 centig.
(2) = 56°,25 centig.

© BIU Santé

gastriques et de favoriser la résorption. On ajoute à ces causes un peu de vin de la Moselle, ou de vin rouge, ou de cidre, ou de képhir. Si malgré cela, il y a toujours soif opiniâtre, on a recours aux introductions répétées d'eau simple par le rectum.

Comme le contenu en albumine des divers aliments, ainsi que leur pouvoir d'accaparer HCL, varie remarquablement, voici un classement dû aux nombreuses recherches de Fleischer et ses élèves (Mayer, Ziegler, Ehrlich), en vue d'établir combien 100 grammes de tel ou tel aliment doivent fixer d'acide chlorhydrique, jusqu'à réaction faible mais manifeste (réactif de Baeyer-Günsburg) :

PLATS DE VIANDE.

100 gr. d'albumine pure, fixent 5 gr. d'HCL pur et 20 gr. d'HCL à 25 0/0.

100 gr. cervelle de veau cuite	= 0,65	HCL pur, et	2,6 gr. d'HCL à 25 0/0	
— boudin blanc	= 0,8	—	3,2	—
— andouille	= 1.	—	4.	—
— cervelas	= 1,1	—	4,4	—
— boudin ordinaire	= 1,3	—	5 2	—
— viande de porc cuite	= 1,6	—	6,4	—
— jambon cru	= 1 9	—	7,6	—
— mouton cuit	= 1,9	—	7,6	—
— bœuf cuit	= 2,	—	8.	—
— veau cuit	= 2,2	—	8,8	—
— sol. Leube-Rosenthal	= 2,2	—	8,8	—

AUTRES ALIMENTS.

100 gr. de bière fixent	= 0,1	d'HCL pur et	0,4 d'HCL à 25 0/0.	
— de lait	= 0,36	—	1,44	—
— pain blanc	= 0,3	—	1,2	—
— — de Graham	= 0,3	—	1,2	—
— pompernickel (1)	= 0,7	—	2,8	—
— fromage de Brie	= 1,3	—	5,2	—
— — Roquefort	= 2,1	—	8,4	—
— — suisse	= 2,6	—	10,4	—
— cacao	= 4,1	—	16,4	—

Dans ces deux séries qui seront complétées ultérieurement, la prépondérance est aux aliments qui fixent le moins d'HCL. Mais n'est pas le cas dans l'hyperacidité, où conviennent le mieux : les viandes de bœuf, de veau, de mouton, et le jambon cru, lesquels fixent 2 ou 3 fois autant d'HCL que les mêmes quantités de cervelle de veau et de boudin blanc. Pour la même raison, la solution de viande de Leube-Rosenthal est à recommander, d'autant qu'elle est facilement digestible en soi ; il en est ainsi du jambon cuit et de la viande de porc. Viennent enfin, le fromage suisse, le roquefort, le saucisson, et les différents pains à l'exception du pain blanc, celui-ci, en effet, ne convient pas autant, car il en faut 700 gr. contre 300 gr. de pompernickel, pour fixer autant d'HCL que 100 gr. de viande de veau. Quant aux boissons, la bière ne convient pas. Il en est autrement du lait lequel est facile à digérer, et peut être réduit par évaporation au 1/4 de son volume, pour épargner un excès de liquide à la motilité troublée ; 600 gr. de lait reduits à 150 gr. fixent autant d'HCL que 100 gr. de veau.

Traitement médicamenteux. — S'il y a forte douleur après les repas, faire prendre une tasse de lait tiède, ou du bouillon avec un œuf, ou de la solution de viande, ou du jambon cru finement haché, ou encore, des œufs, lesquels fixent beaucoup d'HCL. Les alcalins (bicarbonate de soude, carbonate de chaux, etc) sont à conseiller, mais en réglant judicieusement l'emploi, car on a trop oublié jusqu'ici que ces sels se transforment avec l'excès d'acide gastrique en chlorures alcalins (en particulier NACL), mais que ces derniers en trop grande quantité surexcitent la muqueuse, en même temps que sous l'influence de sels acides il peut y avoir nouvelle production d'HCL libre.

En outre, les albuminates alimentaires peuvent aussi fixer beaucoup d'HCL et transformés en peptones chlorhydriques, ils sont profitables à la nutrition générale : ce qui n'a pas lieu pour les chlorures alcalins. Enfin, l'hémialbumose et la peptone pour leurs combinaisons chlorées, fixent beaucoup plus d'HCL que l'albumine (peptone = presque le double), et comme la peptonisation ainsi que la décomposition des peptones-acides dans le sang exigent un certain temps, ce n'est pas si vite que l'HCL employé à ces combinaisons redevient libre. Il en résulte qu'en cas de douleur, on ne devrait recourir aux alcalins qu'après insuffisance de la diète albuminoïde. Les meilleurs alcalins sont les eaux acidules-alcalines (Apollinaris, Biliner, Fachinger, Vichy, etc.), et comme poudres, le bicarbonate de soude et le biborate de soude (Javarski, Wolff) par petites pincées répétées. S'il y a tendance à formation de gaz, le mieux est la magnésie calcinée, qui présente de plus l'avantage d'être transformée en chlorure de magnésium, légèrement purgatif. Les *narcotiques* sont indiqués en cas de douleur persistante. Soit :

Extrait de belladone.	0 gr. 03 centigr.
Phosphate de codéine	0 gr. 03 —
Julep gommeux.	150 grammes.

pour une potion, à prendre par cuillerée à bouche toutes les heures (1) ; ou bien encore :

Sulfate n. d'atropine.	0 gr. 001 milligr.
Magnésie calcinée.	1 gr. 80 centigr.

En six cachets, un toutes les deux heures (2).

Le Dr Fleischer rejette le chlorhydrate de cocaïne, à cause de son action trop fugace, mais conseille en outre de la belladone et son alcaloïde, les bromures de sodium et d'ammonium, lesquels, à la dose de 2 gr. 50 à 4 grammes par jour, rendent à la longue de bons services. Le chlorhydrate de morphine est à *éviter* le plus possible, depuis les recherches d'Hittig et Alt. D'après ceux-ci, la morphine s'élimine en bonne part par le suc gastrique, et aussi (pour d'autres auteurs) par la salive, laquelle passe à son tour dans l'estomac. Or, de petites quantités de morphine irritent les nerfs plus qu'elles ne les calment. Le lavage de l'estomac, les irrigations de la muqueuse, les douches internes de Malbranc sont à essayer. De même que dans les crampes opiniâtres, l'unique ressource est de vider l'estomac par la sonde, et de laver l'organe, d'abord avec de l'eau tiède, puis avec de l'eau de Vichy ou Carlsbad (Mühlbrunnen), en laissant une petite quantité de liquide dans l'estomac.

L'électrisation rend aussi des services dans la neurose hypersécrétoire, sous forme de galvanisation interne, vantée par Einhorn (de New-York). L'anode qui agit sur les nerfs excités par une action rafraîchissante et calmante (Heidenhain), est introduite, à l'aide d'une sonde, dans l'estomac, lequel est moyennement rempli d'eau tiède ; la cathode est appliquée sur le sternum ou les lombes.

2° Quant au traitement de la SUPERSÉCRÉTION (sécrétion continue de Riegel, maladie de Reichmann), il oblige d'abord à multiplier les repas albumineux pour fixer le plus d'HCL. Petits repas toutes les deux ou trois heures, de manière que l'estomac ne soit jamais complètement vide, même la nuit, s'il y a lieu. Dans les cas graves, repos absolu de l'estomac, pendant six à huit jours au moins, en nourrissant exclusivement par le rectum. Le traitement est par ailleurs, semblable à celui de la supersécrétion. On combat les autres troubles nerveux par un long séjour à la campagne, à la mer, sur les montagnes ; par le repos, la gymnastique modérée (ascension de montagne), la cure d'eau froide, les bains, etc.

3° Enfin, dans la GASTROXINSIS, de Rossbach (Gastroxie de Lépine), le traitement doit être avant tout prophylactique. S'il y a crise, le plus sûr remède est un rapide lavage de l'estomac avec des eaux minérales alcalines (Vichy, Carlsbad, Ems), dont on laissera une petite quantité dans l'estomac. Grande ingestion d'eau, sans usage de la sonde, avec une demi-cuillerée à café de bicarbonate de soude. Si les douleurs persistent encore, il faut favoriser le vomissement par de l'eau tiède.

(1) Pain noir de Westphalie.

(1) Cette forme pharmacologique est du Dr P. Cornet.—(2) *Ibidem.*

LA TUBERCULINE. — Nous commencerons la publication d'un travail de M. le Dr Dauriac sur cette question, dans notre prochain numéro. Ce travail nous a été remis au commencement de novembre.

© BIU Santé

BIBLIOGRAPHIE

De l'adénopathie syphili ique (Observation clinique faite à l'hôpital Kalinkinsky, a Saint-Pé ersbourg, suivant les indications du Pr W. Tarnowski); par le Dr Koulneff.

Dans le but de déterminer la localisation des lésions ganglionnaires, chez les syphilitiques, nous avons examiné trois cents malades dans les différentes périodes de cette maladie, à partir du chancre induré, éruptions variables récidivantes, jusqu'aux formes tardives des éruptions secondaires. Les conclusions que nous avons tirées sont les suivantes :

La tuméfaction des ganglions lymphatiques commence dès la fin de la seconde période d'incubation ; son maximum est pendant l'apparition des roséoles, puis cette tuméfaction diminue un peu dans la première année de la maladie, mais surtout considérablement les années suivantes. Les lésions anatomo-pathologiques sont : l'épaississement de la capsule et des travées conjonctives et l'infiltration abondante du tissu par les éléments cellulaires. Dans le processus rétrograde, une partie de ces éléments néoformés dégénère et se résorbe, l'autre se transforme en tissu conjonctif et occasionne l'induration du ganglion. Cette adénopathie se termine le plus souvent par la résolution; quelquefois, chez les sujets affaiblis par les maladies précédentes, chez les anémiques et les tuberculeux, on observe une tendance à la suppuration. Mais, tous les ganglions ne se comportent pas de la même façon sous l'action du poison syphilitique. La statistique des trois cents cas observés par nous a montré l'ordre suivant des localisations des ganglions malades : les ganglions du cou postéro-latéraux (60 0/0), occipitaux (50 0/0), mastoïdiens (40 0/0), cubitaux (30 0/0), axillaires (28 0/0), mammaires (16 0/0). La tuméfaction des autres ganglions ne s'observe pas souvent et n'a pas d'importance pratique. En résumé, d'après ce qui était dit, pour diagnostiquer les adénopathies syphilitiques, il faut trouver les signes suivants : localisation caractéristique, consistance uniforme, indolence et mobilité, l'absence de la suppuration du côté du ganglion et du tissu environnant. L'adénopathie syphilitique se dispose plutôt isolément. Les ganglions tuberculeux sont plus grands, mous, moins mobiles, suppurent plus facilement et se disposent par groupes. Au cou, ces lésions tuberculeuses frappent des ganglions de la région antéro-latérale. Dans le cancer, les ganglions sont plus durs, bosselés, douloureux à la pression et se trouvent au voisinage du néoplasme.

Contribution au traitement de l'ozène par l'électrolyse métallique et la circulation d'air chaud; par le Dr Ferdinand Dagail. — Paris, Jouve, 1897.

Le pouvoir microbicide de l'oxy-chlorure de cuivre a été mis en évidence par MM. Gautier et Favier. Les conclusions de ces derniers auteurs ont été confirmées par les recherches de M. Lindermann, professeur de chimie à l'Ecole militaire de Bruxelles, et par M. le Dr Cheval. Les applications de l'oxy-chlorure de cuivre (corps naissant au pôle positif de la pile), qui joue le rôle essentiel dans le traitement de l'ozène, sont faites dans le but déterminé d'agir : *a*) Par endosmose, c'est-à-dire par le passage du sel à travers les tissus ; *b*) par l'action microbicide de ce sel. La chaleur pendant l'expérience est normale. Les essais faits par MM. Gautier, Jouslain, Cheval et Bayer sont favorables à cette thérapeutique, qui, rapide, puisqu'une seule séance peut suffire, a donné des résultats satisfaisants, même dans des cas rebelles à toute autre médication précédemment instituée. Les auteurs qui refusent à cette méthode l'efficacité que lui reconnaissent MM. Gautier, Jouslain, Cheval et Bayer, n'ont peut-être pas suivi avec attention le mode opératoire recommandé par des électrothérapeutes de la valeur de Morton, Cheval, Bayer, etc. L'électrolyse interstitielle ne doit être suivie d'aucune complication, et il est probable que les accidents sont dus à un outillage défectueux. Utilisée avec la circulation d'air chaud, les résultats paraissent plus durables. Il sera toujours utile de faire l'occlusion des fosses nasales avec des bouchons de ouate hydrophile. Dans une dernière conclusion, nous appellerons l'attention de nos confrères sur le traitement de l'ozène par la circulation d'air chaud. Cet agent physique, la chaleur, n'a pas, comme l'électrolyse, fait ses preuves ; il est intéressant à être utilisé par des médecins compétents, car il a donné des résultats encourageants.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Le Personnel secondaire des Hôpitaux de Paris.

Garde-malades pour la Ville. — Habitations des infirmiers et des infirmières. — Transformation de l'Ecole de la Pitié en Ecole de perfectionnement : essai de programme. — Améliorations réalisées. — Groupement du personnel secondaire. — Appel au Conseil municipal.

I. — Extrait du Discours prononcé a la Pitié par M. Bourneville.

. . . . . .

Nous arrivons aux *considérations générales* qui constituent la seconde partie de notre discours. Nous les limiterons à trois questions : le *Registre* des garde-malades, l'*habitation du personnel secondaire*, la *transformation de cette école* en *École de perfectionnement*.

1° Bien que les Écoles d'infirmières et d'infirmiers soient publiques et gratuites, bien que le programme et l'organisation des écoles soient connus, les congrégations religieuses n'ont pas essayé de profiter de l'enseignement professionnel qui leur est offert comme à tout le monde et ne paraissent pas avoir tenté d'imiter ce qui a été fait à Paris, à Lyon et à Bordeaux. En revanche, les *mères de famille* et les *garde-malades* de la ville fréquentent de plus en plus nos écoles. Nous voudrions voir ces dernières encore plus nombreuses, parce que les malades qui auront recours à elles seront mieux soignés, les médecins mieux secondés et aussi parce que nos garde-malades diplômées pourront prendre dans les familles la place des religieuses et diminuer ainsi leurs moyens d'action. Dans ce but, nous devons insister auprès des garde-malades pour que, dans l'intervalle de leurs gardes, elles perfectionnent leur instruction en assistant aux exercices pratiques, en suivant, le matin, la visite des chefs de service auxquels nous n'avons jamais cessé de faire appel. L'Administration doit aussi les aider en facilitant leur placement dans les familles. C'est pourquoi nous avons demandé qu'il fût établi, ici et à Lariboisière, un *Registre* sur lequel elles peuvent s'inscrire. Ce registre existe seulement à la Pitié. Il contient 23 noms. Maintes fois, déjà, le bureau de l'hôpital a pu procurer du travail à nos anciennes élèves. Nous invitons toutes les garde-malades qui vont être diplômées à s'y faire inscrire. Nous demanderons à M. Peyron de donner des instructions pour qu'une copie de ce *Registre* soit envoyée dans tous les hôpitaux et pour qu'il soit mis, avec la plus grande complaisance, à la disposition des familles qui viendront réclamer des garde-malades.

2° Nous n'avons pas discontinué depuis 20 ans de signaler à l'Administration et au Conseil municipal soit dans des articles de journaux, soit dans des rapports, soit dans nos innombrables discours, l'*insalubrité des habitations* qui sont attribuées aux infirmiers comme dortoirs, aux sous-employés des deux sexes comme logements. « Pendant le jour, disions-nous en 1895, ils vivent dans des salles encombrées de malades ; la nuit ils retrouvent le même encombrement dans des locaux qui, dans beaucoup de maisons, ne remplissent aucune des conditions de l'hygiène. Nous avons profité bien des fois de la présence des conseillers municipaux aux distributions de prix des Écoles d'infirmières, pour appeler leur attention sur cette réforme urgente, commandée par

© BIU Santé

l'humanité la plus élémentaire, afin de les amener à voter à l'Assistance les crédits nécessaires pour remédier à cette situation. Médecins, chirurgiens et accoucheurs tiennent, et ils ont raison, à ce que leurs infirmiers et infirmières soient très propres durant leur visite, oubliant ou ne sachant pas, que, dans leurs dortoirs, leurs auxiliaires peuvent puiser les germes de toutes les maladies possibles, et partant contaminer leurs opérés, leurs accouchées. Ces dortoirs, qu'ils les visitent, qu'ils s'intéressent à cette question d'hygiène hospitalière, et ils verront que loin d'exagérer, nous sommes demeurés bien au-dessous de la réalité. Nous avons dit que le personnel secondaire fournissait à la tuberculose un contingent considérable que l'on pouvait à bon droit attribuer au milieu nosocomial, à l'alimentation défectueuse, surtout aux habitations absolument insalubres ».

L'an dernier, ici même, nous nous exprimions ainsi :

« Les dangers de cette situation ont attiré l'attention et, en 1895, nous vous avons cité l'opinion de M. le professeur Terrier, chirurgien de l'hôpital Bichat, conforme à la nôtre. La discussion qui s'est produite au commencement de 1896 à l'Académie de Médecine au sujet de l'origine hospitalière de la phtisie pulmonaire a contribué également à mettre en évidence les défectuosités de l'hygiène hospitalière et des graves inconvénients de l'encombrement. Une commission a été nommée par le Conseil municipal et par M. Peyron pour faire une enquête et indiquer les mesures à prendre. Une sous-commission, croyons-nous, s'est occupée en particulier de la situation de vos habitations. Vous vous souvenez que nous avons toujours réclamé pour le personnel secondaire, l'habitation en dehors des salles, dans des *chambres particulières*, ayant un cube d'air suffisant meublées convenablement, pourvues d'un lavabo, avec des cabinets d'aisance à proximité et installés conformément aux prescriptions de l'hygiène. Nous avons été assez heureux pour faire réaliser ce programme, d'une façon complète, dans notre section de Bicêtre où chaque infirmier et chaque infirmière a sa chambre, et dans les pavillons spéciaux affectés au personnel secondaire de l'Asile de Villejuif. C'est sur nos instances aussi, qu'ont été installés, malgré la résistance de l'Administration de cette époque, à défaut de chambres, des boxes pour chaque infirmière, dans le pavillon Moïana à l'hôpital Saint-Antoine. C'est également ce que l'Administration a fait il y a quelque temps à l'hôpital Cochin. Les infirmières ont été installées dans un pavillon neuf où elles ont un cube d'air de 25 mètres. Le dortoir a été séparé par des cloisons en boxes constituant à chacune d'elles une sorte de chambre. Il a été établi à l'extrémité du dortoir, un lavabo, des bidets, des cabinets d'aisances. En ce qui concerne les sous-employées les installations qu'on prépare pour elles paraissent devoir être bien aménagées (1).

« Dans les constructions nouvelles, l'Administration est décidée à vous donner des *habitations particulières*. Toutefois, il semble y avoir des restrictions, car à la nouvelle Maternité de l'hôpital Beaujon, nous avons vu des chambres à deux lits.

« A notre avis, l'Administration devrait se décider nettement pour la création de *chambres individuelles* où vous soyez bien chez vous, où vous puissiez reposer tranquillement et vous donner tous les soins qu'exige votre hygiène personnelle. La promiscuité des dortoirs sordides que nous avons si souvent décrits est l'une des causes qui font abandonner les hôpitaux par de bonnes hospitalières et qui s'opposent à l'entrée dans le personnel des hôpitaux de femmes qui seraient heureuses de se consacrer au service des malades et des malheureux. »

En ce qui concerne plus particulièrement l'hôpital de la Pitié, ce malheureux établissement si délaissé, nous trouvions vos habitations si mauvaises que, voyant nos efforts infructueux, nous avons eu recours au correspondant de *The Lancet* qui, il y a 5 ou 6 ans, est venu visiter vos dortoirs, en a fait une description minutieuse, accompagnée de figures : il concluait en montrant la nécessité d'une réforme urgente. Nous avons donné naguère une traduction de cet article. Rien n'est changé. Nous avons revu hier toutes vos habitations et nous les avons retrouvées dans les mêmes conditions d'insalubrité qu'autrefois : elles échappent à toute description. Nous supplions M. Peyron, nous supplions les représentants du Conseil municipal, présents, de bien vouloir s'y rendre à l'issue de cette cérémonie.

Depuis la distribution des prix de la dernière année scolaire, la question dont nous nous occupons, nous le répétons, depuis 20 ans, a été l'objet d'un rapport et d'une discussion à la Commission spéciale de la Tuberculose, à laquelle nous avons fait allusion il y a un an et d'une discussion cette année au Conseil municipal. Nous relevons dans ce rapport le passage suivant :

« A ce propos — il s'agit de la police sanitaire des dortoirs, vieux sujet pour nous — la Commission s'est prononcée sans hésitation pour la *suppression des dortoirs* dans les nouvelles constructions hospitalières ; elle demande que tout le personnel soit dorénavant logé en *chambres particulières. La commission est catégoriquement opposée au système des dortoirs* qui, dans les plus salubres et les plus récentes de nos maisons, n'offrent que des inconvénients, puisqu'ils menacent de devenir des foyers d'infection dès qu'un infirmier panseur y a quelque peu séjourné. » Peut-être aurait-il été équitable de faire tout au moins une allusion discrète aux efforts que nous avonsfaits depuis 20 ans, pour la réalisation de cette réforme hospitalière, et aussi à l'enseignement qui est fait dans les écoles au point de vue de l'hygiène hospitalière, au point de vue de votre hygiène personnelle, et de l'antisepsie : le rapporteur n'y a pas songé.

La discussion soulevée au Conseil municipal par l'honorable M. Gras, si dévoué aux intérêts de ce quartier, si soucieux de vos intérêts, contribuera, nous l'espérons, jointe aux travaux de la Commission de la tuberculose, à déterminer le Conseil municipal à donner à M. Peyron les crédits nécessaires pour entreprendre sérieusement, sans arrêt, la réforme de vos habitations. Jamais les Religieuses n'auraient accepté les habitations des Laïques. Et, depuis longtemps, les transformations que nous réclamons seraient accomplies, si les médecins, formant un conseil pour chaque hôpital, visitaient régulièrement leur maison, chaque année, dans tous ses détails et s'ils essayaient de faire pénétrer les notions d'hygiène dans le personnel administratif.

3° La transformation de cette école en *École de perfectionnement*, sur laquelle nous avons appelé bien des fois l'attention, doit devenir une réalité, sinon au mois d'octobre prochain, au plus tard en 1898. Alors, en effet, presque tous les agents du personnel secondaire, âgés de moins de 45 ans, seront pourvus du diplôme.

Lorsque, avec le Conseil municipal et l'Administration, nous avons créé les *Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières*, il s'agissait de donner à tout le personnel secondaire une instruction professionnelle qui lui faisait défaut.

Durant la première période, de 1878 à 1883, un millier d'infirmiers ou d'infirmières ont suivi les cours, mais les nécessités de la laïcisation ont obligé souvent de prendre les meilleurs de ces élèves parfois au milieu de l'année scolaire. D'autre part, il n'y a pas eu, durant cette période

(1) 22 infirmiers de Cochin sont logés sous les combles du vieil hôpital, dans une pièce lambrissée ne donnant que 11 mètres cubes à chacun. Ils sont obligés de se rendre aux cabinets d'aisance des salles de malades.

© BIU Santé

de consécration de leur travail. Ce n'est, en effet, qu'en 1883 que l'Administration de cette époque a consenti à délivrer des diplômes.

Pendant la seconde période, de 1883 à ce jour, l'obligation de remplir des conditions précises pour l'obtention du diplôme et par conséquent, de suivre les cours pendant toute une année, nous a fourni une nouvelle couche d'infirmiers et d'infirmières possédant une meilleure instruction professionnelle. Après la distribution des diplômes à la Salpêtrière, le nombre des sous-employés des deux sexes, des infirmiers et infirmières des hôpitaux ayant leur diplôme, sera de plus de 2.000.

L'*École de perfectionnement*, dans notre idée, est appelée à fournir une troisième couche d'infirmiers et d'infirmières, plus instruits que ceux des deux premières. Nous arriverons ainsi, d'étapes en étapes, comme cela a eu lieu pour le personnel enseignant des écoles primaires, à doter les hôpitaux d'un personnel de plus en plus instruit, de plus en plus capable de bien seconder les médecins, les chirurgiens, les accoucheurs, et, par conséquent de plus en plus apte à contribuer au soulagement et à la guérison des malades, but commun de tous ceux qui, à des titres divers, sont attachés aux établissements hospitaliers.

Nous rappellerons quelques-unes des indications que nous avons déjà fournies sur le programme. Chaque professeur, après avoir fait un résumé du cours des écoles du premier degré, insisterait, dans des leçons spéciales, sur les points les plus importants. En ce qui concerne le cours de pansements, ce serait tout un programme nouveau à établir. C'est ainsi que des leçons pourraient être faites sur le *rôle de l'infirmière dans le traitement des maladies aiguës* par *l'eau froide* ; sur les *vers intestinaux* et leur recherche ; sur les moyens de découvrir les *calculs biliaires*, sur l'*examen des urines*, le *dosage de l'urée* et les moyens de constater la *gravelle* ; sur les *escarres*, les précautions à prendre pour les éviter et leur pansement ; sur l'*asphyxie* et les premiers soins à donner ; sur les *malades délirants* ; sur le rôle de l'infirmière dans le traitement des *maladies* des *yeux*, des *oreilles*, etc. On pourrait indiquer aussi comment il faut procéder pour prendre les *premiers renseignements* sur les malades entrants, comme les infirmiers et les infirmières de notre service le font depuis 1880, apprendre aux élèves à se servir des *appareils électriques* ; leur faire des leçons de *massage*, etc., etc. Des *exercices pratiques* pourraient être faits sur le maniement des malades graves, des blessés, de ceux qui sont atteints d'hémorragie.

Actuellement les maîtresses des cours pratiques sont obligées de passer rapidement sur les instruments, les médicaments, etc., de se borner trop souvent à quelques notions sommaires. Comme les élèves de l'École de perfectionnement auraient leur diplôme du premier degré, leurs maîtresses pourraient leur faire préparer, à tous et plus souvent, les appareils, les monter et les démonter, apprendre les détails des pansements, les leur faire répéter, etc.

Les professeurs des cours de pansements, les professeurs d'hygiène, les professeurs du cours élémentaire d'accouchement donnent, chacun de leur côté, des renseignements *complets* sur l'*antisepsie* et l'*asepsie*, que nous complétons par des dictées spéciales. Les maîtresses des cours pratiques, par des interrogations répétées, fixeraient dans l'esprit des élèves tous les détails si importants de cette méthode de pansement. Il ne faut pas oublier que *tous* les infirmiers et *toutes* les infirmières doivent savoir faire parfaitement les pansements, et que ces connaissances ne doivent pas être l'apanage d'une catégorie d'infirmiers et d'infirmières ; en un mot, tous doivent être *panseurs* et *panseuses*.

Déjà, nous avons introduit à Bicêtre et surtout ici, l'enseignement du *massage*. Mme Boissière s'en est occupée depuis plusieurs années ; cette année elle a fait une quarantaine de leçons.

L'enseignement pourrait être complété par des *conférences* faites par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux ou les médecins de bonne volonté. C'est ainsi que cette année, nous avons demandé à notre ami, M. le Dr Laborde, de vous faire une leçon sur le *traitement de l'asphyxie* par un procédé ingénieux de son invention, les tractions rythmées de la langue. C'est ainsi que M. le Dr Thoinot vous a fait, il y a quelques jours, une très intéressante leçon sur la *tuberculose* et sur les précautions à prendre contre elle.

L'École de perfectionnement de la Pitié pourrait être suivie non seulement par les infirmiers et infirmières de la Pitié, qui seraient tous diplômés, mais encore par le personnel diplômé des autres établissements et par les élèves libres diplômées.

Nous demandons dès maintenant à M. Peyron de réunir tous les professeurs des Écoles, au mois d'octobre, pour examiner le programme détaillé des cours de l'École de perfectionnement, afin qu'elle puisse fonctionner en 1898. Dans le courant de la prochaine année scolaire, il sera bon d'essayer d'introduire une partie du programme, à titre d'essai. Nous arriverons ainsi à vous rendre plus aptes à bien remplir vos fonctions et à assurer définitivement la *laïcisation des hôpitaux*.

A vous de faire, Mesdames et Messieurs, par votre ardeur au travail, par votre bonté, votre dévouement envers les malades, que la réforme de la laïcisation ne soit plus l'objet de critiques et, en toutes circonstances, montrez-vous les ardents défenseurs de la République.

II. — Extrait du Discours de M. Peyron a la Pitié.

. . . . . .

« A la distribution des prix de l'École de Bicêtre, Monsieur le Secrétaire général a rappelé les améliorations successives que le Conseil municipal a permis à l'Assistance publique d'apporter à la situation de son personnel secondaire et, à propos de chacune de ces améliorations, M. Derouin montrait l'action incessante de M. le Dr Bourneville en faveur de ce personnel et son perpétuel souci de son bien-être. Nous avons recueilli tout-à-l'heure dans ses plaintes si fondées sur l'état lamentable des logements, dans son exposé du développement à donner au programme de l'École de la Pitié, une preuve nouvelle de cette double préoccupation à laquelle avant, pendant et après son séjour au Conseil municipal, il a sacrifié le meilleur de sa vie si active. Avec une persévérance qui ne s'est jamais lassée, il a toujours poursuivi l'amélioration morale et matérielle de notre personnel ; il l'a voulu, il l'a fait plus instruit ; il a voulu aussi que sa rémunération fût plus en rapport avec ses services et ses fatigues.

« Je pourrais dire que la nouvelle augmentation d'appointements due à la générosité du Conseil municipal n'est qu'une suite et qu'un complément encore imparfait des anciennes propositions de M. le Dr Bourneville.

« En priant l'honorable M. Gras et son collègue M. Girou, tous deux si dévoués aux intérêts hospitaliers, d'être auprès du Conseil municipal l'interprète de notre reconnaissance, nous faisons appel à tout leur concours pour obtenir de leurs collègues qu'ils ne laissent pas leur œuvre inachevée et réalisent le plus promptement qu'ils le pourront les espérances qu'ils ont fait naître. Certes, la

© BIU Santé

somme de 200.000 francs déjà votée est une grosse somme et un gros sacrifice annuellement imposée à la Ville de Paris, mais répartie entre près de cinq mille participants, elle fait à chacun d'eux une part bien petite et nous souhaitons de tout notre cœur que les ressources de son budget permettent au Conseil municipal de faire un pas de plus dans la voie où il s'est si généreusement engagé.

« Pour témoigner de ses sentiments de gratitude envers le Conseil municipal, le Conseil de surveillance et la Direction de l'Assistance publique, le personnel secondaire a organisé une fête à laquelle il a donné le nom significatif de fête de la Reconnaissance. Je tiens à renouveler ici mes bien vifs regrets de n'avoir pu assister à cette fête. Elle n'a pas été seulement une manifestation de reconnaissance ; par l'affluence qui s'y pressait, elle a été la manifestation éclatante du succès du Groupement du personnel secondaire. Ce que je n'ai pu dire à la réunion du Tivoli, je tiens à le dire ici et à dire bien haut que ce n'est pas d'un œil inquiet, mais d'un œil bienveillant et favorable que mon Administration a vu les membres du personnel s'unir dans une pensée d'aide mutuelle et de défense de leurs intérêts communs. Leur cause est aussi notre cause ; nous sommes aussi intéressés qu'eux-mêmes à l'amélioration de leur sort, car plus leur situation sera bonne, plus ils feront d'efforts pour ne pas la compromettre. Nous sommes certains qu'ils n'ont jamais eu la pensée d'affaiblir chez eux la discipline et chez nous l'autorité. Ils seront au contraire plus jaloux qu'auparavant de la dignité de leur corporation et si hommes ou femmes, par intempérance ou mauvaises mœurs, faisaient tache parmi eux, ils nous reprocheraient de ne pas faire disparaître ces taches. Je souhaite donc bonne chance et bon succès au Groupement du personnel secondaire. . . .

. . . . . .

« C'est pour eux, c'est pour que vous puissiez leur assurer des soins plus intelligents que vos maîtres, Mesdames, dépensent leurs efforts. Mais vous ne répondriez qu'incomplètement à nos espérances si vous vous contentiez de sortir de cette école plus instruites, sans en sortir en même temps plus dévouées aux misères que vous aurez à secourir. Si l'instruction n'avait qu'un but utilitaire, elle perdrait le meilleur d'elle-même ; le cœur doit se hausser quand l'esprit s'élève et, en même temps que des connaissances pratiques, vous devez emporter de cette école un sentiment plus net de votre devoir et de vos obligations. Ce n'est pas seulement par des soins plus éclairés donnés aux malades, c'est par la dignité de votre conduite et de votre tenue que vous devez servir cette grande œuvre de la laïcisation qui a presque complètement cause gagnée dans les hôpitaux de Paris, mais qui, sur tant d'autres points, est encore en échec et dont le triomphe importe au salut de la République. »

— A la fin de la cérémonie, M. Peyron, MM. Gras et Girou, conseillers municipaux, ont visité les habitations des infirmiers et des infirmières. Ils ont reconnu que notre tableau était au-dessous de la vérité et déclaré qu'il y avait lieu de prendre des mesures urgentes.

Monument de Pasteur. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences a rappelé, lundi dernier, qu'un petit monument sera érigé à la mémoire de Pasteur à Boulogne-sur-Mer, le 28 novembre. M. Duclaux a été désigné par la compagnie pour la représenter à cette cérémonie. Ajoutons encore que M. Gaston Paris prendra à cette occasion la parole au nom de l'Académie française.

Nominations. — M. le Dr Pousson (de Nantes), élu ces jours-ci président d'honneur de l'Union des Syndicats médicaux de France, vient d'être nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

VARIA

Affaire Laporte.

La *Société de Médecine de Nimes*, dans sa séance du 9 novembre dernier, s'est occupée de l'affaire Laporte qui intéresse si vivement le corps médical, et a pris à l'unanimité la résolution suivante : « La Société de Médecine de Nîmes adresse au Dr Laporte l'expression de sa sympathie ; proteste contre l'arrestation de ce confrère à l'occasion d'un acte opératoire, contre la détention préventive dont il a été l'objet ; félicite le Pr Pinard de son attitude énergique, et déclare s'associer à la souscription destinée à la défense de nos droits contre l'arbitraire des Parquets et des Tribunaux. La somme de 50 francs est votée par la Société, sans préjudice de ce que pourra voter le Syndicat. »

Médecins et Tribunaux.

A propos de l'affaire Orgeas, tout en réservant d'une manière absolue le fond du débat, la *Société de Médecine de Nimes* a pris la résolution suivante : « La Société de Médecine de Nimes s'étonne que les confrères n'apportent pas leurs dissentiments devant le conseil de famille ou le conseil du Syndicat médical ; qu'une affaire intéressant deux docteurs ait pu être portée à plusieurs reprises devant les tribunaux, sans que ceux-ci aient cru devoir en référer au Syndicat médical ou le consulter ; proteste contre la prison préventive et regrette que le Dr Orgeas ait été traité par la justice avec une rigueur excessive. »

La Faculté de Médecine de Paris et le Budget de 1898.

Les employés de la Faculté. — A la Chambre des Députés, lors de la discussion du budget sur le chapitre 7 (Facultés), M. Couyba a proposé une augmentation de 32.800 francs pour relever les appointements des employés et gens de service de la Faculté de Médecine de Paris. La Chambre tiendra, dit-il, à rendre cette justice à ces modestes serviteurs de la science. M. Georges Berry a demandé, de son côté, 15.000 francs pour faire débuter à 1.500 francs les gens de service de la Faculté de Médecine de Paris.

M. Bouge, rapporteur, a répondu que la commission du budget acceptait une augmentation de crédit de 50.000 francs pour relever les traitements du personnel de l'enseignement supérieur, étant bien entendu que l'on commencera par ceux des employés inférieurs. Le crédit provisoire permettra d'attendre le résultat des études auxquelles se livre la commission extraparlementaire chargé de poser les bases de la réforme des traitements du petit personnel de l'enseignement.

M. Couyba a maintenu son amendement. Il ne s'agit pas d'accorder au petit personnel un crédit d'attente, qui sera réparti avec plus ou moins de justice. Il s'agit d'assurer aux petits employés une augmentation suffisante qui leur permette de vivre (*Très bien !*). Le rapporteur a répété que, dès cette année, la commission du budget propose 50.000 francs d'augmentation. Il suffira de deux autres annuités semblables pour que la réforme soit complète. M. Krantz, rapporteur général, a demandé à la Chambre de s'en tenir à la proposition de la commission du budget, qui est à la fois plus étendue et plus juste, que celles de MM. Couyba et Georges Berry. MM. Couyba et Georges Berry ont alors retiré leurs amendements et l'augmentation de 50 000 fr., proposée par la commission du budget, a été adoptée par mains levées (1).

(1) Ce crédit de 50.000 francs doit servir à élever le traitement des *préparateurs* et des *chefs de travaux* des Facultés de Médecine et des Facultés des Sciences, ainsi que celui des *gens de service* et des *garçons de laboratoires* de ces établissements. Pour réaliser une réforme complète sous ce rapport, il faudrait une somme qui ne peut être inférieure à 150.000 fr. (d'après M. Liard, ce chiffre serait dépassé si l'on relevait tous les traitements que l'on a en vue), le crédit de 50.000 fr. constitue seulement une première annuité égale au tiers de la somme nécessaire. Quand viendra le budget suivant, on sera sans doute mieux fixé sur ce point, le Ministère de l'Instruction publique préparant une réforme d'ensemble en ce qui concerne le relèvement des traitements. A cet effet, le gouvernement a constitué une commission extra-parlementaire

© BIU Santé

Chaire d'Embryologie.— Au cours de la discussion du budget à la Chambre des députés, M. le Dr Vaillant a proposé un relèvement de 15.000 francs au même chapitre pour la création à la Faculté de Médecine de Paris d'une *chaire d'embryologie*. Le ministre a répondu que, pour la création d'une chaire d'embryologie, il faudrait au moins 25.000 francs. Cette création n'est d'ailleurs pas réclamée par la Faculté et n'est pas près de l'être! L'amendement de M. Vaillant a été repoussé.

Laboratoire de pathologie. — Au cours de la discussion du budget à la Chambre des députés, la commission du budget a accepté un amendement de M. Isambert tendant à un relèvement de 6.000 francs pour maintenir, à la Faculté de Médecine de Paris, le personnel du laboratoire de pathologie.

Agrégation d'accouchements. — M. Lhopiteau a réclamé 1.000 francs pour la création d'une nouvelle place d'agrégé d'accouchement à la Faculté de Médecine de Paris. Mais M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, commissaire du gouvernement, a répondu que l'adoption de l'amendement entrainerait une dépense de 4.000 fr. L'amendement a donc été repoussé.

La Reconstruction de l'Académie de Médecine.

A l'occasion du chapitre 27 (*Académie de Médecine*), M. le Pr Lannelongue a appelé l'attention du gouvernement sur l'insuffisance des locaux de la Faculté de Médecine, et M. Cochery, ministre des finances, a répondu que le gouvernement soumettra à la Chambre, à très bref délai, un projet de reconstruction de l'Académie de Médecine.

Exercice illegal de la Médecine par une sage femme.

Au tribunal correctionnel des Sables (Vendée), le 10 novembre 1897, l'audience a débuté par une affaire sensationnelle. La nommée Tribaleau (Marie-Philomène), femme Verré, âgée de 44 ans, sage-femme, domiciliée à la Barre-de-Monts (1), était poursuivie pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Quinze témoins avaient été assignés par le Ministère public, tous habitants de la Barre-de-Monts, venant raconter à l'audience comment ils ont été soignés, eux et leur famille, par la prévenue.

La veuve Rousseau, âgée de 55 ans, cultivatrice, a appelé plusieurs fois la sage-femme pour soigner son fils atteint d'une *hernie étranglée*. L'inculpée ne reconnut pas la gravité du mal dont l'enfant Rousseau était atteint. Après lui avoir appliqué un simple bandage, elle lui dit : « Tu peux aller faucher, maintenant, Pierre. » Mais l'état du jeune homme empira rapidement et au bout de trois jours *le malheureux enfant mourait* au milieu des plus cruelles souffrances. Lainard (Jean-Joseph), 26 ans, domestique, souffrait depuis plusieurs semaines d'un *panaris* au doigt. M. le Dr Riou (de Beauvoir) fut appelé en même temps que la sage-femme. Cette dernière osa lui offrir même un *bistouri* qu'elle possédait, pour inciser le doigt malade; mais M. Riou répondit qu'il avait toujours *le sien* sur lui. Après le départ du Dr Riou, l'inculpée examina une petite fille de la maison qui se trouvait atteinte d'*un abcès sous l'aisselle*. Elle perça alors l'abcès au risque de tuer l'enfant, car, de l'avis des médecins, le cas était fort grave et exigeait des connaissances spéciales.

Milcent (Edmond), 29 ans, cultivateur, et Rose Bernard, 27 ans, cultivatrice, son épouse, ont eu recours à la femme Verré pour soigner leur enfant âgé de 6 ou 7 mois. L'inculpée fit placer sur la figure du petit être un cataplasme de farine de graine de lin : le lendemain l'enfant était trouvé mort dans son berceau. « Si « j'avais su que mon petit était si mal, a déclaré le père à l'audience « je me serais empressé d'aller chercher un médecin. »

La prévenue s'est avancée à la barre. Après avoir décliné ses nom, prénoms et qualité, la femme Verré a expliqué au tribunal qu'*elle n'a jamais exercé la médecine!* « Je me suis contentée, dit-elle, de donner des conseils. Chaque fois qu'un malade me paraissait sérieusement atteint, je m'empressais d'inviter les parents à faire venir un médecin. »

M. le Procureur de la République a prononcé un réquisitoire très sévère pour l'inculpée. Il a montré la femme Verré *si livrant journellement à l'exercice illégal de la médecine*. « Si l'enfant Rousseau et si l'enfant Milcent sont morts, déclare M. le Procureur, c'est la femme Verré qui en est cause. Les parents, en effet, avaient une entière confiance en elle, aussi ont-ils eu l'imprudence de ne pas faire venir de médecins. » En terminant, M. le Procureur a réclamé une peine sévère pour la prévenue. Le tribunal s'est retiré alors pour délibérer. Au bout d'une demi-heure, l'audience est reprise et, à *la stupéfaction générale*, Tribaleau (Marie-Philomène), femme Verré, a été *acquittée purement et simplement*.

Il n'y a plus qu'à tirer l'échelle après de *tels jugements*! — A quoi donc peuvent bien servir toutes nos lois, administrations, etc.! — Au dernier moment, nous apprenons que M. le Procureur de la République vient de faire appel de ce jugement extraordinaire! — Nous adressons toutes nos félicitations à ce magistrat pour sa courageuse initiative.

Hospices civils de Marseille.

Concours pour la nomination à quatre places d'élèves internes en Pharmacie des Hospices civils de Marseille.

Un concours pour la nomination à trois places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 13 décembre 1897, à trois heures de l'après midi, dans l'Amphithéâtre des Concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Administration des Hospices, à l'Hôtel-Dieu, jusqu'au 9 décembre inclusivement.

Conditions de l'admission au Concours et formalités à suivre. — Tout aspirant devra être âgé de 18 ans au moins et de 40 ans au plus, être Français ou naturalisé Français. Il devra produire : 1° son acte de naissance; 2° un certificat de vaccine; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le Maire de la commune; 4° le certificat de validation de son stage et des certificats de pharmaciens constatant qu'il a fait trois ans de stage, dont un an au moins dans une même pharmacie; ces derniers certificats doivent, sous peine de nullité, être légalisés et indiquer quelle a été la conduite de l'élève pendant son séjour dans les pharmacies. (Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie). Le jury du concours se compose : de deux professeurs de l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie, d'un pharmacien de 1re classe de la ville et de deux pharmaciens en chef des hôpitaux.

Epreuves du Concours. — Le concours se compose des épreuves suivantes. *Epreuves d'admissibilité* : 1° Reconnaissance de vingt plantes et substances appartenant à l'histoire naturelle, à la chimie et à la pharmacie et de dix préparations pharmaceutiques proprement dites. Il est accordé à chaque candidat quinze minutes; le maximum est de 30 points dont un pour chaque préparation pharmaceutique ou substance chimique; pour les drogues simples, il y a : 1/2 point pour le nom français, 1/4 de point pour le nom latin et 1/4 de point pour le nom de famille. 2° Deux manipulations ou préparations pharmaceutiques magistrales ou officinales. Il est accordé une heure et le maximum est de trente points. — *Epreuves définitives* : 1° Une épreuve orale portant sur la pharmacie galénique et sur la pharmacie chimique. Il est accordé dix minutes après un temps égal de réflexion. Maximum : trente points. 2° Une épreuve écrite portant sur un sujet de pharmacie, un sujet de chimie minérale et d'histoire naturelle médicale. Il est accordé quatre heures. Maximum : 75 points. Les plantes et les substances à reconnaître seront choisies par le jury avant chaque séance et seront communes à tous les candidats passant dans une même séance; il en sera de même pour les manipulations. Pour les épreuves orales, avant chaque séance, les questions seront rédigées au nombre de cinq et placées dans une urne; celle que le sort désignera sera commune à tous les candidats de la même séance. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats; il est tiré au sort entre cinq questions arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance.

Chaque élève sera nommé pour trois ans; la nomination sera renouvelable pour trois autres années, si l'Administration le juge convenable. Ils recevront un traitement de : la première année, 860 fr.; la deuxième année, 920 fr.; la troisième année, 980 fr. Ce traitement de 980 fr. sera continué aux élèves renommés pour une nouvelle période de trois années. Les élèves ne seront nourris et logés dans les hôpitaux que les jours de garde. Ils seront responsables de leur service vis-à-vis de l'Administration et du pharmacien en chef. Ils seront nommés, s'il y a lieu, par la commission administrative après le rapport du jury d'examen. Ils n'entreront en fonctions qu'au fur et à mesure des vacances d'emploi et devront en attendant leur installation définitive, remplir les fonctions d'élèves externes. Les candidats admis recevront un titre provisoire

---

dans laquelle siègent tous les anciens ministres de l'instruction publique et les rapporteurs du budget de l'instruction publique des deux Chambres (*Sem. méd.*)

(1) Le Maire de la Barre-de-Monts est notre secrétaire de rédaction, M. le Dr Marcel Baudouin.

© BIU Santé

ne leur donnant pas le droit de porter par la suite le titre d'ex-internes des hôpitaux; ce droit ne leur sera définitivement acquis qu'au bout d'une année de service. Il leur sera remis alors un titre définitif.

Les élèves cesseront d'office leurs fonctions à partir du moment où ils seront pourvus du diplôme de pharmacien. Les candidats prendront connaissance du règlement intérieur ainsi que de celui spécial à la pharmacie, dans les bureaux du secrétariat général à l'Hôtel-Dieu. Ils seront tenus d'observer toutes les dispositions actuelles et toutes les autres que l'Administration pourrait adopter plus tard pour le bien du service.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 29. — Médecine opératoire : MM. Tillaux, Delbet, Walther. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Remy. Retterer. — (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Blanchard, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Pinard, Segond, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Terrier, Ricard, Bonnaire.

MARDI 30. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Campenon, Quénu, Bar. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Panas, Berger, Albarran. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Jaccoud, Debove, Marie. — (2e *série*) : MM. Proust, Dieulafoy, Letulle.

MERCREDI 1er Décembre. — Médecine opératoire : MM. Marchand, Delbet, Lejars. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Segond, Tuffier, Broca. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Déjerine, Gilles de la Tourette.

JEUDI 2. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Hartmann, Thiéry. — 3e *de Doctorat* oral, (1re *partie*) : MM. Panas, Nélaton, Maygrier. — (2e *partie*) : MM. Hutinel, Charrin, Marfan. — 5e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Gilbert.

VENDREDI 3. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Tillaux, Kirmisson, Ricard. (2e *partie*). MM. Terrier, Reynier, Broca. — (2e *partie*) : MM. Potain, Déjerine, Gaucher. (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Segond, Bonnaire.

SAMEDI 4. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hutinel, Ménétrier, Letulle. — 5e *de Doctorat*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Le Dentu, Campenon, Hartmann. (2e *partie*) : MM. Cornil F. Ballet, Marie. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Quénu, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 1er DÉCEMBRE. — M. Papillon. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, en particulier chez les chlorotiques. — M. Labbé. Des abcès de l'encéphale consécutifs aux otites chroniques moyennes suppurées. — M. Bosc. La responsabilité médicale au point de vue judiciaire. — M. Alvès de Lima. De la fréquence des lésions annexielles dans les rétrodéviations douloureuses de l'utérus.

JEUDI 2. — M. Boju. De l'assistance médicale dans un département. — M. Dansac. De l'erytrocytose dans ses rapports avec l'insuffisance hématopoiétique. — M. Brocchi. Nocivité des huitres et des moules. — M. Le Faguays. Des maladies infectieuses dont le germe pathologène est inconnu ou douteux. — M. Aubry. Contribution à l'étude des doctrines pathogéniques et de la thérapeutique de la pelade. — M. Bourgeois. Contribution à l étude de la claudication intermittente par oblitération artérielle. — M. Portier. Les oxydases dans la série animale. Leur rôle physiologique.

Enseignement médical libre.

Electrothérapie. — M. L.-R. REGNIER. — Les samedis, à 5 heures, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité.

Gynécologie. — M. le Dr Ch. FOURNEL commencera le mardi 30 novembre 1897 à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, Amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de : Gynécologie médico-chirurgicale et chirurgie abdominale. Il le continuera les mardis, jeudis, samedis suivants à la même heure.

MÉDAILLE LE DENTU. — Un certain nombre d'élèves et d'amis désirent offrir une médaille à M. le Pr LE DENTU à l'occasion de sa nomination comme Officier de la Légion d'honneur. Le prix de la cotisation est fixé à 20 fr. Prière d'envoyer le montant des souscriptions à MM. Lyot, 37, rue de Rome ; Mauclaire, 22, rue Montaigne ; Pichevin, 18, rue Caumartin. La liste des souscriptions sera close le 25 décembre 1897.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 au samedi 13 novembre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.118, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes. 392, illégitimes, 183. Total, 575. — *Sexe féminin* : légitimes, 386, illégitimes, 157. Total, 543.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 au samedi 13 novembre 1897, les décès ont été au nombre de 865, savoir : 474 hommes et 391 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 2, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 1, T. 4. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 0, T. 1. — Diphtérie, Croup : M. 1, F. 2, T. 3. — Grippe : M. 2, F. 0, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 117, F. 73, T. 190. — Méningite tuberculeuse : M. 6 F. 4, T. 10. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 4, T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 30, F. 38, T. 68. — Méningite simple : M. 8, F. 8, T. 16. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 22, F. 21, T. 43. — Paralysie, M. 3, F. 6, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 8, T. 14. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 34, T. 57. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 7, T. 18. — Bronchite chronique : M. 12, F. 11, T. 23. — Broncho-pneumonie : M. 14, F. 9, T. 23. — Pneumonie : M. 29, F. 21, T. 50. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 21, F. 24, T. 45. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 10, T. 16 — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 3, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 3, T. 6. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2 T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 14 F. 10, T. 24. — Sénilité : M. 9, F. 20, T. 29 — Suicides : M. 12, F. 4, T. 16. — Autres morts violentes : M. 11, F. 11, T. 22 — Autres causes de mort : M. 83, F. 47, T. 130. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 2, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 101, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 39, illégitimes, 11. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 31, illégitimes, 20. Total : 51.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Concours d'agrégation de médecine.* — Le jury du concours d'agrégation de médecine (pathologie interne et médecine légale), qui doit s'ouvrir le 13 décembre prochain, est composé actuellement comme il suit : *Président*, M. Bouchard ; *juges titulaires*, MM. Potain, Laboulbène, Proust, Landouzy (de Paris) ; Arnozan (de Bordeaux) ; Bard (de Lyon) ; Combemale (de Lille) ; Mossé (de Toulouse). Sont désignés comme *juges suppléants* : MM. Raymond, Hutinel, Marie et Gilbert (de Paris). — Voici les noms des candidats admis à prendre part à ce concours : *Paris*. MM. Aviragnet, Barbier, F. Bezançon, Boix, Boulloche, Bruhl, Charcot, Claisse, Courtois-Suffit, Dupré, Gastou, Gouget, de Grandmaison de Bruno, Jeanselme, Legry, Lesage, Lion, Méry, Mosny, Parmentier, du Pasquier, Péron, Renault, Rénon, Roubinovitch, Sallard, Sergent, Souques, Springer, Teissier, Thiroloix, Vaquez et Veillon. — *Montpellier*. MM. Legrain, Raymond, Vedel et Vires. — *Bordeaux*. M. Cabannes, Carrière, Hobbs, Lamacq et Matton. — *Lyon*. MM. Chatin, Paul Courmont, Frenkel, Lyonnet, Nicolas, Paviot, Pic et J. Roux. — *Lille*. MM. Crespin, Deléarde, Papillon et Patoir. — *Toulouse*. MM. Baylac et Daunic.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cliniques annexes.* — Voici les noms des médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui sont nommés pour trois ans, à dater du 1er décembre 1897, chargés de cours annexes de clinique prévus au décret du 20 novembre 1893. *Médecine* : MM. Ferrand, Gingeot (Hôtel-Dieu) ; Oulmont, Gouraud (Charité) ; Robin, Faisans (Pitié) ; Rendu, Huchard, Cuffer, Barth (Necker) ; Letulle (Boucicaut) ; Chauffard (Cochin) ; Fernet, Troisier (Beaujon) ; Merklen (Laënnec) ; Duguet, Dreyfus-Brisac, Tapret (Lariboisière) ; Gaucher (Saint-Antoine) ; Sevestre (hôpital des Enfants-Malades, service de la diphtérie). — *Chirurgie* : MM. Polaillon (Hôtel-Dieu) ; Campenon (Charité) ; Schwartz, Quénu (Cochin) ; Th. Anger (Beaujon) ; Reclus (Laënnec) ; Peyrot (Lariboisière) ; Monod, Blum (Saint-Antoine) ; Richelot (Saint-Louis). — *Nominations* : M. DU PASQUIER, chef des travaux chimiques au laboratoire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, est nommé chef du laboratoire, et M. Apert est nommé chef des travaux chimiques. — M. EMERY est nommé chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Clinique de la Diphtérie. — M. SEVESTRE, médecin des hôpitaux, est chargé pour trois ans d'un cours de clinique (service de diphtérie) à l'hôpital des Enfants-Malades.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Le concours de chef de clinique médicale s'est terminé par les nominations suivantes : M. le Dr VERGEZ est nommé chef de clinique médicale et MM. les

© BIU Santé

Drs Guérin et Vergely sont nommés chefs de clinique adjoints. Le concours de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. le Dr Verdelet comme chef de clinique chirurgicale et de M. le Dr Legros, comme chef de clinique adjoint.

Épidémies. — *La fièvre typhoïde dans une école normale.* — On écrit de Nantes que quatre cas de fièvre typhoïde se sont déclarés dans le pensionnat des élèves-maîtresses à l'École normale de la Villa-Maria, et, le lendemain soir, onze jeunes filles étaient atteintes sur quarante-deux élèves qui composent le pensionnat. En présence de cette situation, le recteur a ordonné le licenciement immédiat de l'École. Un lundi matin, toutes les élèves ont été rendues à leur famille, sauf trois qui sont soignées à la pension. Les cas sont d'ailleurs bénins et aucune des malades ne paraît en danger. On attribue cette épidémie à l'eau malsaine qu'on a dû servir aux jeunes filles, au lieu de l'eau des filtres Pasteur qui existent pourtant en nombre suffisant à l'École.

Maison de Nanterre. — *Concours pour l'admission à quatre emplois d'interne en médecine et en chirurgie à la maison départementale de Nanterre, qui seront vacants le 1er janvier 1898.* — Un concours sera ouvert, le 15 décembre 1897, à la maison départementale de Nanterre, pour l'admission à quatre emplois d'interne en médecine et en chirurgie qui deviendront vacants dans cet établissement le 1er janvier 1898. Traitement annuel : 1.200 francs, plus une indemnité de 1.080 francs. — Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire à la Préfecture de Police (service du personnel, Caserne de la Cité). Le registre d'inscription sera ouvert le 25 novembre 1897, à 10 heures du matin, et clos définitivement le 10 décembre suivant, à 4 heures. Les candidats devront remplir les conditions suivantes : 1° Etre français ; 2° être âgés de moins de 28 ans ; 3° être pourvus d'au moins 12 inscriptions en médecine justifiées par un certificat de scolarité de date récente ; 4° n'être pas reçus docteurs en médecine. Ils devront adresser au Préfet de Police une demande sur papier timbré et y joindre un extrait authentique sur timbre de leur acte de naissance, un extrait du casier judiciaire remontant à moins d'un mois, les pièces établissant leur situation au point de vue militaire, une notice indiquant leurs titres scientifiques ou hospitaliers. — Le concours, qui aura lieu à la maison départementale de Nanterre, comprendra deux séries d'épreuves : 1° épreuves d'admissibilité ; 2° épreuves définitives. A. *Epreuve d'admissibilité.* Le candidat examinera, sous les yeux de ses juges, deux malades, l'un de médecine, l'autre de chirurgie, chacun pendant dix minutes. Il écrira son diagnostic, son pronostic et son traitement. Il exposera ensuite de vive voix les raisons qui l'ont guidé. L'exposition pour chacun des deux malades ne devra pas dépasser dix minutes. L'épreuve sera évaluée en chiffres (20 points au maximum pour chaque malade). Le nombre des candidats admissibles pour l'épreuve définitive sera double du nombre des places vacantes. — B. *Epreuve définitive.* Cette épreuve comprendra : 1° une question d'obstétrique (30 points au maximum) traitée en cinq minutes après cinq minutes de réflexion ; 2° la rédaction de deux ordonnances, l'une de thérapeutique infantile, l'autre de thérapeutique sénile (10 points pour chacune au maximum). — Les candidats seront classés par ordre de mérite ; dans le classement *ex-æquo*, il sera tenu compte des titres. A la suite de ces candidats un certain nombre d'autres candidats pourront être présentés pour les fonctions d'interne provisoire. Ces derniers pourront être appelés, le cas échéant, à remplacer les internes. — Les internes seront nommés pour un an. Ils pourront être maintenus pendant une deuxième année sur la proposition des médecins et du chirurgien de la maison départementale de Nanterre et sur l'avis du directeur de la maison.

Récompenses. — M. Brieux, auteur de l'*Evasion*, pièce bien connue du monde médical, vient d'obtenir un prix de 4.000 francs à l'Académie française. *Ab uno disce omnes !* — M. le Dr Montoyat, ayant été fait récemment officier d'Académie, ses compatriotes, réunis sous la présidence de l'intendant général Raizon à leur dîner habituel de la Brandade, ont remis au médecin chansonnier des palmes d'argent. M. Gaston Boissier, qui est également originaire du département du Gard, a prononcé, à la fin du dîner, une courte allocution, dans laquelle il a protesté, malgré les décisions de l'Académie française, de son goût pour la chanson. « Elle est peut-être déplacée à l'Académie, a-t-il dit ; mais elle est tout à fait à sa place dans nos réunions amicales et je suis heureux de féliciter le chansonnier Dr Montoyat. » — M. le médecin-major de deuxième classe, Vincent, a reçu la décoration de Saint-Stanislas de Russie (3e classe). — M. le médecin-major de deuxième classe, Chêne, est nommé officier du Dragon de l'Annam. — Le jury de l'Exposition internationale de Bruxelles a décerné une médaille d'or à M. le médecin principal de deuxième classe, Castaing, pour le système d'aération des habitations dont il est l'inventeur et qui, suivant décision ministérielle du 14 août 1895 est réglementaire dans l'armée.

Association des Dames françaises. — *Assemblée générale de la Sorbonne.* — Dans le grand amphithéâtre de la nouvelle Sorbonne, rempli jusqu'aux gradins les plus élevés d'une foule nombreuse et élégante, M. Poincaré, vice-président de la Chambre des Députés, a présidé, la semaine dernière, l'assemblée générale de l'Association des Dames françaises, société de secours aux militaires en cas de guerre, aux civils dans les calamités publiques. Une médaille d'honneur a été décernée au Dr Chaplain, délégué régional à Marseille. Au nom du Ministre de l'Instruction publique ont été proclamées les nominations que voici : *Officiers de l'instruction publique* : Mme le Dr Edwards-Pilliet, à laquelle nous adressons nos plus vives félicitations, ainsi que M. le Dr Renouard, tous deux professeurs à l'Association des Dames françaises. *Officiers d'académie* : M. le Dr Dubosc, professeur.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Externat.* — *Anatomie* : 17 novembre, *Configuration extérieure et rapports de l'œsophage.* 18 novembre, *Muscles de la main.* 19 novembre, *Muscles de la région antéro-latérale de l'abdomen.* — *Pathologie* : 18 novembre, *Epistaxis.* 19 novembre, *Cathétérisme évacuateur de l'urètre.*

Nécrologie. — M. le Dr Détray, pharmacien à Paris, décédé le 10 novembre, à l'âge de 63 ans. — M. le Dr Delaroche, de Saint-Félicien (Ardèche), reçu en 1888. — M. le Dr Delabrousse, de Darnetal (Seine-Inférieure), reçu en 1880. — M. le Dr Comte, de Marguerittes (Gard), reçu en 1894. — M. le Dr Lannégrie, de Morlaix (Finistère), reçu en 1891. — M. le Dr Bonnefin, de Perthes (Haute-Marne), reçu en 1871. — M. le Dr Bertes, de Toury (Eure-et-Loir), reçu en 1890. — M. le Dr Bernardeau, de Lye (Indre), reçu en 1887. — M. le Dr Heydenreich, de Thairé (Charente-Inférieure). — M. le Dr Bergeret, de Pont-de-Chéruy (Isère), reçu en 1878. — M. le Dr Bonnet, de Mareuil (Vendée), reçu en 1851. — M. le Dr Beuf, de Saint-Tropez (Var), reçu en 1891. — M. le Dr Poisson, professeur de pathologie externe à l'École de médecine de Poitiers, reçu en 1875. — M. le Dr Barbe, de Loulon, reçu en 1878. — M. le Dr Laforestorie, de Tilly-sur-Seulle (Calvados), reçu en 1887. — M. le Dr Coffignon (de Marle). — M. le Dr Coignet (de Pordeaux). — M. le Dr Henri Sicard, chirurgien-dentiste à Poitiers, membre de l'Association générale des Dentistes de France. Docteur en médecine, il eut la conscience de reconnaître que, pour pratiquer l'art dentaire, ce titre seul ne suffisait pas, et, l'un des premiers parmi les médecins, il prit ses inscriptions à l'École dentaire de Paris et en sortit en 1886 avec le diplôme de cette école. Fondateur de la *Revue dentaire*, il dirigea cette publication d'art dentaire, jusqu'en 1889, entouré de collaborateurs, d'amis plutôt, qu'il s'était faits à l'École dentaire de Paris. (M. B.) — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. le Pr Tarnier. Nous publirons un article nécrologique dans notre prochain numéro, avec un portrait du célèbre praticien.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Du Castel reprendra ses conférences cliniques le samedi 4 décembre. Le samedi, à 1 h. 1/2, consulation externe ; à 2 h. 1/2, conférence clinique et présentation de malades dans la salle des conférences de l'hôpital. — Le jeudi, à 9 heures, présentation et discussion de malades, salle Cazenave.

ANÉMIE, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale, *Biosine Le Perdriel.*

SAVON DENTIFRICE VIGIER, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

PHTISIE, *Bronchites chroniques.* — Émulsion Marchais.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SERIE. T. VI. N° 49. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 4 DÉCEMBRE 1897.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Notes cliniques sur l'emploi de la nouvelle tuberculine TR du Pr R. Koch dans le traitement des tuberculoses ;

Par le Dr J.-S. DAURIAC, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

On n'a pas perdu le souvenir de l'émotion que souleva dans le monde entier, la célèbre communication faite par R. Koch, au Congrès de Berlin, le 4 août 1890. Médecins et malades se portèrent en foule vers Berlin, en quête de la mystérieuse substance « qui, inoculée au cobaye, le rendait inapte à réagir à l'inoculation du virus tuberculeux et qui, chez l'animal atteint de tuberculose, amenait un arrêt complet dans le développement de la maladie. »

La nouvelle lymphe ne donna pas, hélas! tous les résultats qu'on en attendait, et bientôt, à l'enthousiasme du début, succédèrent les découragements, conseillers des dénigrements exagérés. La tuberculine primitive de Koch n'est pourtant pas de nos jours complètement abandonnée, et de nombreux médecins allemands n'ont jamais cessé de l'employer. On n'ignore point qu'en France elle est d'un usage presque obligatoire, pour déceler la tuberculose chez les bovidés, et à ce titre elle rend d'inestimables services.

Depuis 1890, R. Koch n'a cessé de travailler à perfectionner sa lymphe primitive. Il essaya d'abord d'en extraire la substance active, et il obtint un précipité par l'alcool à 60 p. 100, qu'il appela la *tuberculine purifiée*. Mais tel qu'il était, ce produit n'était pas encore le produit désiré. Après sept ans de recueillement et d'étude, l'illustre professeur de Berlin, vient de faire une nouvelle communication que tout le monde a lue et dont, cependant, j'esquisserai un court résumé.

Koch a d'abord essayé d'arriver à l'immunisation en extrayant des bacilles tuberculeux les substances résorbables, par l'emploi d'agents chimiques : cette voie ne le conduisit à aucun résultat. Il tenta alors d'extraire ces substances résorbables sans utiliser les résidus bacillaires. L'extraction au moyen de la glycérine lui fournit la première tuberculine, dont l'utilité au point de vue diagnostique est incontestable, et qui est entachée de la « réputation ridicule de mobiliser les bacilles tuberculeux » (Koch), réputation qui est détruite par les constatations faites journellement sur les animaux, et dans plus de mille cas d'injections chez l'homme, faites par Koch.

Au cours de ces nouvelles recherches, Koch, traitant les bacilles tuberculeux par la lessive de soude normale à 1/10, obtint un liquide clair, légèrement jaunâtre, qu'il désigna, à cause de sa réaction alcaline, sous les initiales TA. Ce produit possède des réactions tout à fait analogues à celles de la tuberculine mais ces réactions ont une durée plus longue. Avec TA, les résultats obtenus se montrèrent plus durables que ceux que donnait la première tuberculine.

Koch en vint alors à l'idée de détruire mécaniquement les bacilles tuberculeux, dont l'enveloppe protectrice s'oppose à la résorption. Se servant de cultures bien desséchées, il les tritura longuement dans un mortier d'agate. Pour se débarrasser des bacilles tuberculeux qui auraient échappé à la pulvérisation, il délaya la substance obtenue dans de l'eau distillée, et la soumit à l'action de la force centrifuge. Il obtint de la sorte, un liquide séparé en deux couches : une supérieure, blanchâtre et opalescente, mais tout à fait transparente, et ne contenant plus de bacilles ; et une couche inférieure, d'aspect louche, boueux, adhérente au fond du vase.

Cette dernière couche à nouveau desséchée, triturée au mortier, et soumise à la centrifugation, donna encore une couche supérieure transparente, et un résidu solide. La manipulation ci-dessus décrite, ainsi continuée plusieurs fois, il arriva à la fin, à transformer la masse entière de la culture bacillaire, en une série de liquides entièrement transparents.

Koch constata que le premier liquide obtenu lors de la première centrifugation, *se distingue seul des suivants* ; il désigna par le nom de tuberculine TO, la couche supérieure, obtenue par la première centrifugation, et par le nom de tuberculine TR le résidu de la première opération, soumis plus tard à des opérations successives.

Il fut reconnu que TR, contient les substances constitutives du bacille tuberculeux qui sont solubles dans la glycérine, tandis que TO contient les substances qui sont insolubles dans la glycérine. Les expériences cliniques confirment ces résultats fournis par l'analyse.

TO présente les propriétés de la tuberculine ordinaire, et correspond au point de vue des effets à TA, avec cette différence qu'avec TO, il n'y a pas à craindre la formation d'abcès. Mais les qualités immunisantes de TO sont peu marquées. TR possède au contraire, d'une façon indiscutable, des propriétés immunisantes au premier chef :

« Ce liquide TR produit des réactions chez les tuberculeux, quand on s'est servi de doses trop élevées, mais son action est tout à fait indépendante de cette réaction ; tandis qu'avec TA ou TO, on doit obtenir des réactions pour arriver à des effets curatifs, je cherche, en employant TR, à éviter ces réactions, et je m'efforce uniquement à faire disparaitre chez le malade, aussi vite que possible et avec les plus grands ménagements, la susceptibilité pour les doses élevées. Je me propose d'immuniser l'organisme contre TR, et par conséquent, ainsi que je pense pouvoir l'admettre, contre les bacilles tuberculeux eux-mêmes. TR contient, en effet, tous les facteurs immunisants des cultures de bacilles tuberculeux, ainsi que le démontre déjà le fait qu'un homme immunisé vis à vis de TR, même si on a évité presque complètement les réactions au cours de l'immunisation, ne réagit plus vis à vis de doses élevées de tuberculine ordinaire ou de TO ; le sujet est en conséquence immunisé vis à vis de tous les produits constitutifs du bacille tuberculeux. J'ai constaté dans un si grand nombre de cas cette propriété de TR, qui m'a paru si importante, qu'aucun doute ne peut subsister sur l'exactitude de l'observation. » (Koch).

D'après les expériences du professeur de Berlin, l'action immunisante de TR est donc incontestable. Koch conclut, en annonçant qu'il a réussi à immuniser entièrement un grand nombre de cobayes, qui ont supporté à diverses reprises des inoculations faites avec des cultures virulentes, sans qu'il se soit produit d'infection. Chez l'homme atteint de tuberculose pulmonaire, on arrive à la guérison si le traitement n'a pas été institué trop tard.

Cette communication, émanant d'un homme aussi considérable, n'a pas laissé que de produire une sensation profonde. Cependant, le souvenir des mécomptes de 1890 était encore trop présent à la mémoire, pour qu'un nouvel emballement pût se produire. Les esprits les plus sérieux attendirent des résultats pour se prononcer et aller de l'avant.

(1) Avec la collaboration des Drs Ovide BENOIT, préparateur à la Faculté de Médecine ; LE TANNEUR, médecin-directeur de l'Œuvre des Tuberculeux adultes ; William GÉRENTE, médecin du Dispensaire.

© BIU Santé

La communication de Koch paraissait en avril dans la *Deutsche med. Wochens.* Quelques jours après, j'entreprenais un voyage d'étude en Allemagne et, le premier, en France, je pus faire, avec le nouveau produit, des recherches cliniques pour lesquelles je réclame la priorité. J'ai longuement attendu pour faire paraître les résultats de ces expériences, et, si je le fais, c'est que de nombreux expérimentateurs, qui ont commencé après moi, ont déjà fait connaître leurs résultats.

Les observations relatives à la tuberculine ont jusqu'ici été publiées, presque toutes, à l'étranger. Un grand nombre de résultats ont été livrés à la publicité, après un temps d'expérience manifestement trop court. D'autre part, les injections ont été faites avec le premier liquide livré par Hoescht, qui contenait beaucoup de microbes associés. Ces publications renferment un grand nombre de cas favorables ; mais leurs auteurs ont attribué ces succès à d'autres causes qu'à la tuberculine, notamment à l'hospitalisation et au repos.

D'ailleurs, tous les travaux défavorables ont été publiés, sans que leurs auteurs aient mentionné les mémoires favorables, qui ont été jusqu'ici soigneusement laissés dans l'ombre. Nous citerons, autant que nous le permet l'espace dont nous disposons, quelques-uns de ces travaux où la tuberculine est justement appréciée.

Le Dr Baudach, directeur médical du Sanatorium de Schomberg (Wurtemberg), a donné une note importante sur les résultats qu'il a obtenus.

« J'ai traité en tout, par TR, dit-il, vingt malades : pour six, le traitement est actuellement terminé ; pour un, il a été suspendu ; pour treize, il continue à être appliqué. Chez tous les vingt patients, il s'agissait de tuberculose pulmonaire avec des complications peu importantes. Aucun n'avait atteint, ni dépassé une température de 38°, pendant trois jours au moins, avant le commencement du traitement, la température ayant été prise toutes les trois heures. Tous les patients se trouvaient depuis un temps plus ou moins long en traitement au sanatorium. On a continué à fournir pendant la cure une alimentation reconstituante, à employer prudemment l'hydrothérapie, et à appliquer la cure à l'air libre.

« Le traitement ne provoqua jamais d'accidents, à l'exception de quelques réactions fébriles, intenses, mais isolées. Je n'ai pas appliqué la méthode du dédoublement des doses, indiquée par Koch, et, suivant chaque cas, j'ai augmenté chaque fois, plus ou moins, la teneur en substance active de chaque nouvelle injection.

« Les essais faits à la clinique du Pr Frænkel, et publiés par Bussénius, ont donné, entre les mains de ces auteurs, une durée maxima de la cure de soixante-cinq jours, et une durée minima de vingt-neuf jours seulement. Nos expériences nous ont montré que ce temps ne suffira que dans les cas exceptionnels, et que le temps maximum de soixante-cinq jours devra être dépassé.

« On aura de bons résultats toutes les fois que l'on aura affaire à des malades sages, s'engageant à subir un traitement qui doit être long, et les résultats défavorables, constatés dans certaines cliniques, sont dus à ce que les malades de ces cliniques ne sont pas choisis comme l'indique Koch, et qu'ils ont tendance à ne pas vouloir séjourner longtemps à l'hôpital.

« Au point de vue des réactions, sur 285 injections, il n'y a pas eu un seul abcès. Quelques infiltrations douloureuses se montrèrent, qui disparurent au deuxième jour en général. Chez le malade de l'observation IX, il existait une *fistule anale* qui sécréta d'une façon beaucoup plus active, pendant plusieurs jours après les injections, pour finir, à mesure que le dosage augmentait, par tarir presque complètement. La fistule est actuellement, à la dix-neuvième injection, presque complètement guérie. Le même malade, atteint de *cystite catarrhale*, souffrit après chacune des trois dernières injections de douleurs vives dans la vessie, avec épreintes fort pénibles ; au bout de quelque temps, les *troubles vésicaux disparaissaient*, en même temps que la fièvre diminuait.

« Dans un autre cas, encore en traitement, *des ulcérations multiples* de la région cervicale disparurent rapidement. Dans une autre observation, un vieux lupus s'enflamma, sécréta à la suite des injections, et subit une régression complète indéniable.

« Il y eut dans beaucoup de cas, à la suite des injections, des réactions générales du système nerveux, souvent sans aucune ascension thermique. On observa de la céphalalgie, de la fatigue générale, des arthralgies, rarement des palpitations. Dans la plupart des cas d'ailleurs, ces phénomènes firent place à un sentiment de bien-être absolu, sans troubles consécutifs.

« En dehors de ces réactions nerveuses, il advint fréquemment que la température monta d'un degré entier, sans que des troubles quelconques se fussent développés ; ce ne fut que grâce aux mensurations faites toutes les trois heures, que nous reconnûmes ces ascensions thermiques, chez des malades se sentant tout à fait bien. Dans d'autres cas apparurent, en général d'une façon absolument inattendue, chez des malades qui avaient déjà supporté des doses élevées, des ascensions de 2 degrés et même davantage. Cette fièvre dure rarement plus d'un jour après l'injection. Dans nos cas elle n'entraîna jamais une ascension thermique durable.

« La constatation, faite par Bussénius, que les préparations de TR ont présenté un effet essentiellement différent, suivant la date de leur mise en circulation par le fabricant, ne nous a pas particulièrement frappés. Nous n'avons vu apparaître chez aucun de nos malades, en des régions jusqu'alors indemnes, des foyers morbides nouveaux. Dans la plupart des cas, on constata un phénomène que Koch indique dans son travail, à savoir que dans les parties malades se produit un renforcement, avec augmentation correspondante de l'expectoration. Ces troubles durent un jour environ, pour diminuer ensuite d'une façon considérable. Dans trois cas, le son devint indubitablement plus clair, et la zone de matité diminua dans les parties pulmonaires infiltrées ; la marche de la maladie fut en général alors très favorable. »

Les conclusions du Dr Baudach sont les suivantes :

« S'il est licite de résumer les quelques cas que nous venons de décrire, et de se former une opinion, malgré le temps relativement court qu'a duré l'observation clinique, je puis affirmer que les expériences ont donné, en général, un résultat incontestablement favorable. Dans plusieurs cas, l'amélioration, déjà obtenue avant le traitement par les injections, a sans nul doute, progressé plus rapidement. En tous cas, les expériences, jusqu'ici instituées, m'incitent à continuer mes recherches avec grande confiance. Il va de soi que le traitement devra toujours être accompagné de l'application des règles hygiéniques et diététiques, et que la cure à l'air libre augmente les chances de réussite. »

Nous citerons encore le travail d'un des médecins les plus autorisés en matière de tuberculose, le Dr Lucius Spengler (de Davos-Platz).

« Depuis le 8 avril de cette année, écrit-il, j'ai à ma disposition la nouvelle tuberculine TR de Koch. J'ai traité jusqu'à ce jour, cinquante-neuf malades avec ce remède, dont vingt, il est vrai, pendant trois à sept semaines. Ces cinquante-neuf cas ont reçu, en 922 injections, 181 centimètres cubes ou 1.810 milligrammes. Je n'ai eu en cours de traitement à enregistrer aucun accident fâcheux, bien que la préparation, parfois inégale, eût provoqué quelques réactions plus violentes qu'on n'eût pu s'y attendre.

« Dans les discussions que provoqueront mes succès obtenus jusqu'à ce jour, on me dira qu'à Davos, on arrive au même résultat sans TR et qu'il doit être bien difficile de distinguer la part qui revient au climat et celle qui revient à la tuberculine. Je ferai remarquer à ce sujet que, parmi les trente-neuf malades de ma clientèle, traités par TR, il n'en est pas moins de trente que je soigne depuis six mois et davantage, et quelques-uns depuis plusieurs années, avant la publication du mémoire de Koch. Je ne mettrai évidemment pas en doute que le traitement par la tuberculine est, dans un grand nombre de cas, favorisé par le climat. Parmi mes malades, de 30 et 35 0/0 arrivent à Davos avec de la fièvre, et parmi ceux-ci il y en a 75 0/0 qui perdent rapidement leur hyperthermie.

© BIU Santé

« Parmi mes trente-six cas, il n'y a pas un seul enfant ; vingt-cinq malades n'avaient que de la tuberculose pulmonaire, onze de la tuberculose pulmonaire et laryngée. Parmi ces derniers, il y en avait sept que l'on pouvait considérer comme guéris avant le traitement par TR. Ce n'est qu'au cours d'une réaction fébrile, que je pus apercevoir une rubéfaction légère des cicatrices.

« Chez aucun des sept malades guéris, on ne vit survenir une aggravation de l'état du larynx, au contraire, on remarque chez les malades injectés depuis plus de trois mois aujourd'hui, un aplanissement des épaississements que présentait la muqueuse du larynx. Un aplanissement de ce genre s'est montré, dans un cas de pachydermie de la paroi postérieure, existant depuis longtemps. Une malade se plaignait, à chaque ascension thermique, de douleurs légères durant plusieurs heures, et ayant pour siège la cicatrice du larynx. Dans les cas d'ulcérations, on ne peut rien trouver d'anormal, en dehors d'une légère rougeur de la paroi de l'ulcère. Sous l'influence du traitement, les ulcères guérissent plus rapidement.

« La réaction fébrile provoquée par TR, est, *quand elle existe*, beaucoup moins violente que celle produite par l'ancienne tuberculine. Chez tous les malades qui présentaient encore une expectoration valant la peine d'être signalée, j'ai pu constater une diminution frappante, et continue, de cette expectoration. Une malade que je traite avec TR, depuis le milieu d'avril, et qui, à ce moment, avait une expectoration de 80 à 120 centimètres cubes en 24 heures, n'expectore plus que 10 à 16 centimètres cubes par jour. Il va sans dire que les phénomènes de ce genre indiquent qu'une modification parallèle s'effectue à l'intérieur du poumon de cette malade ; la matité du sommet droit a notablement diminué ; les roncus, autrefois très nombreux, sont devenus rares et les phénomènes physiques provoqués par l'infiltration sont nettement en régression. J'avais conseillé à la malade un essai avec TR, parce qu'elle était restée pendant tout l'hiver de 1896-1897, à Davos, sans aucun résultat.

« Je compte parmi mes malades, toute une série de cas de ce genre ; une erreur d'observation n'est pas ici possible. Six malades ont vu disparaître entièrement leur expectoration au cours du traitement par TR, et quand par hasard il m'était donné d'obtenir un crachat provenant du poumon, l'examen montrait l'existence de mucosités légèrement purulentes, dans lesquelles on ne pouvait arriver à démontrer la présence de bacilles tuberculeux.

« Je n'ai observé aucune complication rénale ou intestinale avec TR, tandis qu'avec l'ancienne tuberculine, je constatai dans 8 0/0 de tous les cas traités, une albuminurie passagère. Chez un malade, qui n'était pas entièrement exempt d'infections secondaires, je me suis laissé entraîner, en présence de températures relativement basses (37°,7 à 37°,8), à faire un traitement par les injections ; je dus bientôt supprimer un traitement de ce genre, car le malade n'en obtint aucun bénéfice.

« Je conclus, en déclarant que je n'ai vu que de bons résultats de l'emploi de TR, quand les cas sont soigneusement choisis, et que je considère dès aujourd'hui TR, comme un remède très précieux en phtisiothérapie. »

Les deux derniers mémoires que nous venons de citer, proviennent de médecins dont le champ d'observation est très étendu, mais dont les malades sont soignés dans des sanatoria et se trouvent dans les meilleurs conditions pour guérir.

Toutes autres sont les conditions d'existence des malades qu'a traités, à la consultation externe de l'Institut royal pour les maladies infectieuses, le Dr Pétruschky, directeur de l'Institut royal à Berlin.

« Les résultats que j'ai obtenus, écrit M. le Dr Petruschky, sont à mon sens plus démonstratifs que ceux qui proviennent des cliniques ou maisons de santé, car on ne trouve dans ces établissements que des malades avancés, confinés dans un lit, ou ne faisant qu'un court séjour dans ces maisons, tandis que l'Institut n'a eu à traiter que des tuberculeux que leur position sociale empêchait soit d'entrer à l'hôpital, soit de subir une cure climatérique, et dont le genre de vie influait défavorablement sur les résultats thérapeutiques. On était en outre dans la plupart des cas, forcé de soigner les malades, sans qu'ils acceptassent de quitter leur travail quotidien. »

Voici le résumé des résultats obtenus par l'auteur :

« Les résultats sont presque toujours très satisfaisants, ce qui est d'autant plus important à constater, que les malades n'ont en général pas quitté Berlin, et ne vivaient pas dans de bonnes conditions hygiéniques et sociales. Pour les tuberculoses ganglionnaires pures, et la tuberculose pleurétique ou pulmonaire au début, les résultats furent en majorité bons.

« Pour les cas présentant des infiltrations étendues et des ulcérations ou cavernes, les infections secondaires sont souvent venues troubler les résultats. Dans quelques cas rares, avancés, les infections secondaires se présentèrent si souvent qu'on dut cesser la médication. Dans tous les stades de la tuberculose pulmonaire, même le stade III, je possède des observations où on a consigné la disparition totale de tous les phénomènes morbides. Ces cas ne réagissent plus à l'action de la tuberculine.

« Avec quelques enfants scrofuleux, j'ai observé une transformation complète de la constitution ; ce qui fait croire que la prédisposition à la tuberculose n'est que la manifestation d'une intoxication tuberculeuse déjà existante. Chez un enfant présentant de l'adénite tuberculeuse compliquée d'asthme, ce dernier disparut entièrement, avant même que la première série d'injections fût terminée.

« En résumé, j'ai la conviction absolue que par le traitement de Koch, non seulement on ne nuit jamais en opérant d'une façon raisonnée, mais encore qu'on peut rendre de très grands services. Le résultat ne peut être obtenu en systématisant avec telle ou telle préparation, ni en un temps limité ; au contraire, un traitement par étapes, durant plusieurs années, avec temps de repos appropriés, sera seul efficace. — De cette façon la méthode de Koch peut devenir une arme tout à fait remarquable, pour le combat contre la tuberculose, surtout si l'on parvient à traiter les stades primaires, et surtout les formes scrofuleuses. »

En France, depuis l'apparition du nouveau remède, aucun travail important n'a paru en dehors d'une note de MM. Letulle et Péron, et du mémoire tout récent de M. le Pr Desplats (de Lille). MM. Letulle et Péron n'ont pas réussi à immuniser le cobaye, opération qui a été réalisée un grand nombre de fois par Koch. Je laisse de côté cette question, me proposant de faire connaître plus tard les résultats, que M. Ovide Benoit et moi, avons obtenus dans cette voie. Les essais de MM. Letulle et Péron ont porté d'autre part sur 6 hommes. Le traitement a été commencé le 17 avril et terminé le 25 mai pour tous les malades. Les 6 malades ont reçu en tout 70 piqûres. Deux malades se sont améliorés considérablement, disent les auteurs, mais ils devaient s'améliorer sans traitement. Leur amélioration n'est donc pas due à la tuberculine.

De deux malades gravement touchés, l'un, atteint de phtisie galopante, n'a subi aucune modification. L'autre atteint de tuberculose génito-urinaire (fistule testiculaire bilatérale, vésico-prostatite cystique douloureuse) s'est amélioré. — Mais, l'amélioration paraît aux auteurs, résulter beaucoup plus de l'atténuation des douleurs vésicales, (atténuation spontanée d'ailleurs), que de toute médication.

« Des deux derniers malades, l'un a maigri, l'autre s'est amélioré sensiblement ; mais cette amélioration n'a rien d'extraordinaire, et nous doutons qu'elle persiste longtemps, si nous en jugeons par notre dernier examen. Du reste le bien-être de nos malades inoculés, l'euphorie, répondait non à une amélioration réelle, mais à une action suggestive bien connue. »

D'après MM. Letulle et Péron, la tuberculine ne serait pour rien dans les quelques améliorations constatées. Les malades se seraient améliorés sans elle et l'hospitalisation aurait fait tout le bien. Nous nous permettrons de dire que des expériences réalisées en si peu de temps (5 semaines), au cours desquelles il a été fait un nombre si restreint de piqûres, ne peuvent être concluantes. Il ne faut pas oublier non plus que la tuberculine employée n'était pas pure. —

*

© BIU Santé

Nous ne pensons pas que l'on doive attribuer à un mécanisme de guérison spontanée, le cas si remarquable d'amélioration d'une tuberculose génito-urinaire, publié par MM. Letulle et Péron.

M. le Pr Desplats (de Lille), vient de présenter une étude clinique très consciencieuse des effets de la nouvelle tuberculine. Son mémoire serait à citer presque en entier. Voici intégralement les conclusions de M. le Pr Desplats :

« En somme mon expérience, qui date de plus de cinq mois, et porte sur 25 malades (je ne fais pas entrer en ligne de compte quelques autres, que je traite depuis trop peu de temps), me permet d'affirmer :

1° Que la médication est sans danger (une seule fois la première injection a provoqué un accès de fièvre (39°,5) : chez un malade qui était apyrétique depuis quelques jours).

2° Que, si chez deux ou trois malades, quoique continuée longtemps, elle n'a pas eu d'action apparente, jamais elle n'a été nuisible.

3° Que chez 15 malades, une amélioration incontestable et durable s'est produite et que, sur 12 d'entre eux, cette amélioration me paraît due à la tuberculine.

Je me suis borné pour l'instant à faire connaître mes premiers résultats, afin d'encourager mes confrères à essayer la nouvelle médication. » (*J. d. Sc. méd. de Lille*).

Nous passerons maintenant à l'exposé de notre pratique personnelle. Dès le 28 avril, le traitement était commencé sur un de nos malades, aujourd'hui complètement guéri, et dont nous donnerons plus loin l'observation. Nous diviserons nos malades en deux grandes classes : une première classe comprendra les cas de tuberculose chirurgicale; nous rangeons dans la seconde classe, les sujets atteints de tuberculose pulmonaire ou viscérale. Chargé à partir du 1er septembre de la consultation chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, j'ai pu réunir un certain nombre de cas de tuberculose chirurgicale, qui ont été traités par la tuberculine TR. Ces malades, tous gravement atteints, étaient soignés depuis plusieurs mois par les moyens habituellement en usage pour le traitement de ces tuberculoses. Aucun n'avait subi d'amélioration, et chez beaucoup les lésions n'avaient fait qu'empirer. Voici les observations :

Observation I. — Mlle Berthe Eich.... est soignée à la consultation externe de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, pour une *gomme tuberculeuse ulcérée* située au niveau de la première pièce du sternum, au point de réunion de son bord avec le premier cartilage costal gauche. Ulcération datant de quatre mois, profonde, à fond grisâtre, parsemée de petites granulations jaunâtres. Bords déchiquetés et taillés à pic.

La malade a beaucoup maigri depuis deux mois. Elle n'a aucun appétit, et a un peu de fièvre le soir. Le poumon droit présente une légère induration du sommet. Le traitement par le chlorure de zinc n'a donné aucun résultat. Il a été donné simultanément des hypophosphites de chaux et de l'arsenic.

Le 7 septembre 1897, la malade, découragée, accepte une première injection de 1/500 de milligramme de TR. — Le 9 septembre on constate une amélioration notable de l'ulcération. Le fond, de sanieux et jaunâtre qu'il était, est devenu franchement rosé et de bon aspect. — Le 13 septembre, deuxième injection, 2/500 de milligramme. La plaie s'est franchement rétrécie, et le fond bourgeonne très abondamment. Troisième injection, 1/10 de milligramme.

A la suite de cette injection relativement forte, il y a eu de l'anorexie et de l'excitation durant la nuit. Pas de fièvre. — Le 16, 1/5; le 18, 1/5; le 21, 1/5; le 23, 1/5; les 25 et 28, 1/5.

Le 2 octobre, 2/5. La plaie est complètement fermée. Il reste encore au centre une petite croûte surélevée, d'apparence cornée. — La malade mange bien, dort bien et engraisse. Tout signe d'induration a disparu au sommet droit.

Le 5, 3/5; le 12, 3/5. La guérison est absolument complète. La place occupée par la plaie est recouverte maintenant par une cicatrice rosée, linéaire, absolument solide et nullement exubérante. — Les 19 et 26 octobre on donne encore 3/5 de milligramme. Etat de santé parfaite.

Observation II. — Anton..., Pierre, confiseur, 30 ans. — Soigné pour une gomme tuberculeuse du creux sus-sternal, porte à la région cervicale gauche des cicatrices exubérantes de tuberculose ganglionnaire ancienne, avec de nombreux trajets fistuleux persistants depuis une dizaine d'années. L'ulcération actuelle date de huit mois. Elle est ovalaire, des dimensions d'une pièce de 5 francs, et profondément excavée. On pourrait y loger une volumineuse noisette. Les traitements antérieurs n'ont rien donné et notamment le dernier en date basé sur l'emploi du chlorure de zinc.

Traitement par TR, commencé le 4 septembre. — 4 septembre, 1/500. — Le 6 septembre, 1/10. — Le 8 septembre, 1/10. Les bords de la plaie se sont notablement affaissés. Le fond est rose et bourgeonne.

Les 10 et 16, 1/5 de milligramme. — Les 18 et 21, 2/5. — Les 23, 25, 28, 30, 3/5. — Le 2 octobre, 4/5.

Le 5 octobre, 1 milligramme. La cicatrisation de la plaie est à peu près parfaite. Il reste une petite surface épidermisée faiblement, des dimensions d'une lentille. Toutes les fistules sont complètement fermées et cicatrisées. Aucun pansement, autre qu'une couche de ouate stérilisée, maintenue par du diachylon, n'a été fait.

Les 7 et 9, 1 milligramme. — Les 12, 14, 19, 21, 2 milligrammes. — Le malade est complètement guéri. Cicatrice rose, solide et qui se cutanise très solidement. Toutes les fistules sont fermées.

Observation III. — Bouch..., 50 ans. Ce malade vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour de multiples ulcérations tuberculeuses de la région du triangle sus-claviculaire gauche. Ces ulcérations occupent, le long du bord antérieur du trapèze, une ligne longue de 8 à 10 centimètres, et sont au nombre de quatre, rangées en file. Ces ulcérations ont les dimensions d'une pièce de 50 centimes pour la plus petite, et d'une pièce de 5 francs pour la plus grande. Bords taillés à pic, fond jaunâtre, granuleux, suppuration assez abondante,

1° Injection le 25 septembre, 1/500. — 28 septembre, 2/500. — 30 septembre 4/500. — 2 octobre, 8/500. — 5 octobre, 10/500. — 7 octobre 2/50. — 9 octobre, 3/50. — 12 octobre, 5/50. — 14 oct., 8/50. — 16 octobre 10/50. — 19 octobre, 20/50. La cicatrisation des quatre ulcérations est complète. Au centre de celle qui avait les plus grandes dimensions, il reste encore un petit point humide de la grosseur d'une tête d'épingle.

On continue les injections encore un certain temps, dans un but d'immunisation. — 21 octobre, 30/50. — 23 octobre, 40/50. — 26 oct., 1 milligr. — Le malade est absolument guéri. — Sa plaie a été protégée durant le traitement à l'aide de ouate hydrophile stérilisée, maintenue par du diachylon. Il n'y a pas eu une seule poussée fébrile. Aucun point d'inflammation ou même d'induration au niveau des piqûres.

Observation IV. — Jeanne Sch..., 19 ans. — Gros amas ganglionnaire, du volume d'un œuf de dinde, occupant la région sterno-cleido-mastoïdienne gauche, ayant été ponctionné, traité par les injections de naphtol camphré. Ces divers traitements n'ont donné aucun résultat, et il est resté une fistule, suppurant depuis deux mois d'une façon continue.

Le 2 octobre, 3/500. — Le 5 octobre, 10/500. La masse ganglionnaire est beaucoup moins tendue et la peau se pince facilement par dessus elle, chose qui était impossible. L'écoulement purulent a été beaucoup plus abondant.

Le 7 octobre, 20/500. — Le 9 octobre, 3 50. — Le 12 octobre, 4/50. Les ganglions se ramollissent et diminuent de volume. La masse qui ne formait qu'un tout unique est maintenant divisée, de façon très nette, en deux ganglions séparés.

Le 14 octobre, 5/50. — Le 16 octobre, 6/50. — La fistule est complètement tarie, et les ganglions qui existent encore au toucher ne forment plus de saillie appréciable à la vue.

On fera des injections assez espacées, cette jeune fille étant employée dans un grand magasin où il lui est très difficile d'obtenir des permissions pour venir au dispensaire. — Le 26 octobre, guérison complète. — Aucune réaction générale ou locale. Pas de pansements locaux.

Observation V. — Haup, 32 ans. — Ganglions tuberculeux ulcérés du cou. Deux ulcérations des dimensions d'une pièce de

© BIU Santé

2 francs, séparées l'une de l'autre par une mince bande cutanée. — Au poumon droit, retentissement de la toux, submatité. Respiration saccadée. — A gauche, inspiration rude et basse, expiration prolongée. Ne crache pas. Transpire la nuit. On a fait inutilement des attouchements au chlorure de zinc et des injections du même liquide dans les trajets fistuleux. — L'état normal n'a fait qu'empirer depuis quatre mois.

Première injection, le 16 septembre, 2/500. — Le 18 septembre, 1/100. — Le 21, 1/50 — Le 23, 5/10. — L'état des plaies est complètement modifié. Elles se comblent à vue d'œil. — Le 25 septembre, 2/5. — Le 28 septembre, 2/5. — Le 30 septembre, 3/5. — Le 5 octobre, 4/5. — Le 7 octobre, 1 milligramme. — Les 12, 14 et 16 octobre, 1 milligramme et demi. — Le 19 octobre, 2 milligrammes. — Le 21 octobre, 2 milligrammes. — Le 26 octobre, 2 milligrammes et demi. — Plaie complètement fermée, cicatrice rosée, solide, non exubérante. — Les ulcérations ont été protégées simplement avec du coton hydrophile. — L'état des poumons est bon. — Le malade mange bien, ne transpire plus; il est plein d'entrain. — On continue dans un but d'immunisation à faire des injections espacées.

Observation VI (Dr Le Tanneur). — Bren... —*Tuberculose pulmonaire* deuxième degré, datant de cinq ans. Ce malade porte en plus un abcès froid. Respiration très difficile, fièvre tous les jours. Amaigrissement considérable. Poumon droit : craquements. Poumon gauche : craquements humides. Sueurs nocturnes. Après quatre mois de divers traitements infructueux, j'ai essayé la tuberculine suivant le règles habituelles. Dès la quatrième injection le malade respire beaucoup mieux, tousse beaucoup moins ; l'auscultation donne une très bonne idée d'une amélioration rapide ; plus de fièvre. De plus, un abcès froid de la région costale, datant de cinq ans, et qui ne donnait aucun signe d'existence, s'est spontanément mis, dès la deuxième injection, à rougir, s'est ouvert et à guéri seul en cinq jours sans pansement. Le malade en est très surpris et d'ailleurs enchanté. (15 octobre 1897).

Observation VII. — Lucie Leo..., 16 ans et demi. — Il y a six mois, gros paquet ganglionnaire dans le creux sus-claviculaire ; opérée il y a trois mois (ablation, grattage et cautérisation au chlorure de zinc). Récidive quinze jours après. Actuellement : masse ganglionnaire, du volume du poing, occupant le creux sus-claviculaire. La partie inférieure de la tumeur est largement ulcérée au dessus de la clavicule. Rien de pulmonaire. 5 octobre, 3/500. — 7 octobre, 6/500. — 9 octobre, 10/500. — La masse glanglionnaire a diminué de moitié et se montre maintenant composée de plusieurs ganglions agglomérés. La plaie se rétrécit, bourgeonne, et se cutanise par ses bords. — 12 octobre, 2/50. — 10 octobre, 4/50. — 21 octobre, 8/50. — 23 octobre, 1/5. — 25 octobre, 2/5.

La plaie est complètement cutanisée, et la malade se prétend complètement guérie. On l'engage à revenir néanmoins. Elle allègue le long trajet qu'elle a à faire à pied, et promet de revenir de temps en temps. — 27 octobre, 1 milligramme, — Il persiste encore une masse ganglionnaire peu volumineuse, formée de ganglions séparés, petits et durs. La plaie est cutanisée ; mais la cicatrice est faible.

Observation VIII. — Per..., Franç., 43 ans, plombier. Père et mère bien portants. Sa femme est morte à 39 ans de tuberculose pulmonaire. A bu beaucoup d'absinthe, et continue les apéritifs et liqueurs. Respiration très obscure au sommet droit. Pas de crachats, pas de sueurs. Il y a six mois, il s'est développé en avant du sternum, à sa partie moyenne et vers son bord gauche, une *tumeur indolente* qui, progressivement, a atteint les dimensions d'un œuf de dinde. C'est à ce niveau que cet homme avait l'habitude de faire appuyer le manche du vilbrequin dont il se sert habituellement. La tumeur est fluctuante et présente à ce point culminant un petit trajet fistuleux, par où elle évacue son contenu de temps en temps.

Commencement du traitement le 7 octobre avec 4/500. — Le 9 octobre, 8/500. — Le contenu de l'abcès froid a été évacué hier. L'écoulement a été très abondant. — Le 12 octobre, 2/50. — Le 23 octobre, 10/50. — Le 26 octobre, 1/5.

La poche est complètement affaissée, et l'orifice du trajet fistuleux est recouvert d'une croûte dure et cornée. — Le 28 octobre, 2/5. — La croûte est tombée et la cicatrisation est complète. La poche est complètement affaissée, et il ne reste plus rien de la tuméfaction primitive. — Le malade est guéri. — Il restera en surveillance.

Observation IX. — J. de Len..., 4 ans. Gomme tuberculeuse de la face dorsale du pouce. Père mort à 36 ans de paralysie générale. Spécificité non établie. Le grand-père était mort de ramollissement cérébral. Mère bien portante. Une petite sœur de notre malade a été atteinte, il y a quelques années, d'adénite suppurée de la région sous-maxillaire. L'enfant a reçu les soins d'une personne manifestement tuberculeuse, de laquelle peut provenir l'infection. L'enfant, à l'âge de 18 mois, a présenté un abcès de la région sous-claviculaire.

Il y a trois mois environ, est apparue à la face dorsale du pouce droit, sans cause connue, une petite *tumeur* qui grossit insensiblement, accompagnée d'une rougeur de la peau, et présente enfin de la fluctuation. La tumeur fut ouverte, qualifiée gomme scrofuleuse, et largement désinfectée au naphtol camphré. Le fond de la plaie devint fongueux, surélevé, et fit une saillie du volume d'une noisette au-dessus de la face dorsale du pouce. C'est alors que je vis l'enfant à la consultation externe de l'Hôtel-Dieu, où il me fut amené par le Dr Ablaire, de la garde républicaine, qui a pris son observation.

Nous décidâmes d'un commun accord de faire, autour de la gomme, des injections interstitielles de chlorure de zinc. L'emploi de ce procédé n'ayant rien donné malgré notre insistance à l'employer, nous nous décidâmes à avoir recours à la tuberculine TR.

Le 23 septembre, première injection, 1/1.000. — Le 25 septembre, 2/500. — Le 28 septembre, 3/500. La gomme s'est affaissée, paraît sèche et a diminué de moitié.

Le 30 septembre, 3/500. — Le 2 octobre, 5/500. — Le 5 octobre, la gomme a complètement disparu. Seule une petite croûte reste comme vestige de la tumeur primitive. 8/500. — Le 7 octobre, 2/50. — Le 9 octobre, 2/50. — Les 12 et 14 octobre, 3/50. — Les 16 et 19 octobre, 5/50.

L'enfant est complètement guéri ; on a continué des injections, tous les deux jours, jusqu'à 1/5 de millimètre dans un but d'immunisation. L'enfant a bonne mine, est gai, de belles couleurs, et a beaucoup engraissé.

Observation X. — Bar... François, 26 ans, bijoutier, Enormes ganglions suppurés de la région sous-maxillaire gauche. Un oncle maternel mort de tuberculose pulmonaire, une petite fille de 4 ans atteinte de mal de Pott. A eu la dysenterie en 1891 et les fièvres paludéennes (a été aux colonies). Rien aux poumons. Début de la maladie en janvier 1897. La masse ganglionnaire, du volume d'un poing d'adulte, a augmenté peu à peu depuis cette époque, sans aucune douleur. Un foyer de suppuration s'est établi à la fin de septembre. Pas de fièvre. Pas de dents cariées. Traitement commencé le 5 octobre, 4/500. — Le 7 octobre, 10/500. — L'abcès a coulé abondamment et s'est affaissé.

Les 9 et 12 octobre, 2/50. — Les 14 et 16 octobre, 4/50. — Le 21 octobre, 6/50. — Le 23 octobre, 8/50. — Le 26 octobre, 1/5. — Les 28 et 30 octobre, 2/5. — Il reste deux ganglions séparés du volume d'une petite noix. La cicatrisation n'a laissé aucune trace. Le traitement continue.

Observation XI. — Bar... Francine, 4 ans et demi. Cette enfant, fille du malade précédent, est atteinte, depuis l'âge de un an, de mal de Pott lombaire. Voilà dix-huit mois qu'elle n'a pas fait un pas et qu'elle reste, soit couchée, soit tenue dans les bras de ses parents. Aucun appareil d'immobilisation n'a été appliqué. Il existe une gibbosité, à la formation de laquelle prennent part les première, deuxième et troisième vertèbres lombaires. Les apophyses font saillie sous la peau rougie et tuméfiée. Un trajet fistuleux existe au niveau de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre lombaire.

L'écoulement persiste depuis deux ans. L'enfant est dans un état de déchéance avancé. Les cheveux sont rares, secs, décolorés. L'œil gauche est fermé et suppure abondamment, du fait d'une conjonctivite strumeuse. Par l'oreille gauche, il y a un écoulement de pus. Etat de maigreur très accusé. Les

© BIU Santé

cuisses sont fléchies sur le bassin. L'enfant ne parle jamais, ne prête aucune attention aux personnes qui essayent d'attirer son regard, et se plaint constamment. Aucun appétit.

Première injection, le 9 octobre, 1/500. Poids, 12 kilos. — Le 12 octobre, 2/500. — Le 14 octobre, 3/500.— Le 16 octobre, 4/500. — Le 19 octobre, 6/500.

La suppuration de l'oreille est terminée. L'œil gauche est grand ouvert. La conjonctive est encore un peu injectée. L'enfant rit et chante, et se précipite sur les gâteaux. Elle agite vigoureusement ses jambes au moment de la piqûre. L'abcès vertébral ne donne plus. Il reste de la rougeur.

Le 21 octobre, 8/500. — Le 23 octobre, 10/500. — Le 26 octobre, 2/50. L'enfant se tient debout sur ses jambes, elle se redresse sans aucun appui et marche sans se plaindre.

Le 28 octobre, 3/50. Poids, 13 kil. 280. — Le 30 octobre. 6/50. La petite malade, de plus en plus gaie, marche et court dans le dispensaire. Elle se tient très droite et a bon appétit. La rougeur persiste au niveau des apophyses, mais il n'y a plus de suppuration. La pression est encore douloureuse.

Observation XII. — Mart... Annette, 24 ans. Tuberculose linguale. Mère morte poitrinaire. Chlorose à 14 ans, mal réglée depuis ; aucun antécédent spécifique.

Au commencement de septembre, la pointe de la langue est devenue lourde et douloureuse. Il s'est formé une série de petits points jaunâtres en dessous de la langue, au niveau du canal de Stenon, de chaque côté, et peu à peu la consistance de l'organe a augmenté par suite de la production d'une glossite interstitielle. Il semblait à la malade qu'elle avait une boule à l'intérieur de la langue. Il s'est produit ensuite une petite ulcération qui a grandi et s'est creusée rapidement.

La malade vient nous voir vers le 5 octobre à l'Hôtel-Dieu. Nous trouvons, au niveau de la pointe, deux ulcérations ; une sur la ligne médiane au niveau du 1/5 antérieur, ulcération de forme triangulaire, à angles mousses, à bords taillés à pic. Le fond très profondément excavé est sanieux et parsemé de granulations jaunâtres et de débris caséeux. On logerait un petit pois dans la cavité de cette ulcération.

Près du bord gauche, se voit une deuxième ulcération semblable à la première comme aspect, mais des dimensions d'une lentille. Semis de points jaunâtres autour d'elle. Gros ganglion au niveau de l'angle gauche de la mâchoire. En faisant relever la pointe de la langue en haut, on voit que sa face inférieure est parsemée de petits tubercules miliaires de la grosseur d'un grain de mil. Ces petits tubercules sont surtout confluents au niveau du canal de Sténon, de chaque côté. Dents en très bon état. Rien aux poumons. Amaigrissement. Pas de spécificité. Deux cobayes, inoculés dans le péritoine, avec le suc provenant du raclage de l'une et l'autre ulcération, sont devenus tuberculeux. On a trouvé le bacille dans les produits du raclage.

Première inoculation : le 5 octobre, 2/500. — Le 7 octobre, 4/500. — Le 8 octobre, 10/500.

La petite ulcération se décharge et commence à se combler. Son fond est presque au niveau de la muqueuse. Le malade, qui ne pouvait prendre que des aliments liquides, commence à s'alimenter comme auparavant. Le ganglion est gros comme un pois chiche. Le 12 octobre, 2/50. — Le 14 octobre, 3/50. — Le 19 octobre, 5/50. — Le 21 octobre, 9/50. — Le 23 octobre, 10/50.

Les deux ulcérations sont presque disparues. Il ne reste au niveau de la plus grande qu'une sorte de crevasse. Les petites granulations de la face inférieure sont entièrement disparues. L'une d'elles s'est évacuée en perforant la muqueuse et il reste à sa place une petite ulcération sèche, des dimensions d'un grain de chenevis.

Le 26 octobre, 2/5. — Le 28 octobre, 3/5. — Le 30 octobre, 4/5. — Les deux ulcérations sont fermées. La pointe de la langue reste encore rouge, et sa consistance est encore dure.

Le 13 novembre, la malade a reçu successivement des injections de un, deux, trois, quatre et cinq milligrammes. A la date d'aujourd'hui, la langue a retrouvé toute sa souplesse. La muqueuse de nouvelle formation du quart antérieur de la langue diffère du reste de la muqueuse par sa coloration rosée.

Observation XIII. — Lost... Lucien, 23 ans. — Malade atteint d'une fistule anale manifestement tuberculeuse. Le malade a eu une tumeur blanche du genou, et est soigné pour une bronchite persistante. Retentissement de la toux à gauche en avant, matité et râles sous-crépitants dans la fosse sus-épineuse du même côté. Respiration supplémentaire à droite. Père mort tuberculeux pulmonaire. Deux frères morts tuberculeux pulmonaires.

Traitement commencé le 4 septembre, 1/500. — Le 5 septembre, 2/500. — Le 9 septembre, 4/500. — Le 11 septembre, 8/500. — Le 13 octobre, 3/50.

La fistule est complètement tarie. Le linge du malade n'est plus souillé et il n'y a aucune douleur au moment des selles. Il persiste un petit tubercule surélevé au niveau de l'orifice.

Le 16 octobre, 4/50. — Le 18 octobre, 6/50. — Le 21 octobre, 1/5. — La fistule est complètement fermée. Il est impossible d'en retrouver trace. Le traitement continue pour le poumon qui est fort amélioré. Le malade a engraissé de 1.800 grammes.

Observation XIV.—Alen...,, 43 ans, laveur de carreaux. A.H., parents bien portants ; né dans le Calvados. 2 frères et une sœur bien portant. A. P., a eu, à l'âge de 7 ans, un abcès tuberculeux au niveau du grand trochanter du côté droit. Un abcès de même nature s'est montré au niveau de l'éminence thénar de la main droite.

Venu à Paris comme garçon de café en 1878. Avait l'habitude de boire des apéritifs deux fois par jour. Le matin à jeun, mêlé-cassis. S'enrhumait quelquefois. A eu des attaques de rhumatisme en 1881 et en 1893 généralisées.

Au mois de janvier 1897 a eu un ganglion indolent qui a atteint la grosseur du poing sous l'aisselle gauche et qui suppura. Ce ganglion suppure encore. Au mois de mars 1897 apparition d'une tuméfaction du volume d'une orange au niveau de la face antérieure du tiers inférieur de l'avant-bras droit, qui s'est percée et qui a laissé une vaste ulcération profonde semblable à celle que l'on voit actuellement au dessus de la malléole externe de la jambe gauche. Cette suppuration a évolué sans aucune douleur. A l'heure actuelle, sous l'influence du traitement on voit une cicatrice crustacée au niveau de la face antérieure du poignet.

Au commencement de juillet, le malade s'est aperçu de la formation d'une tuméfaction indolente au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires, tuméfaction faisant saillie sous la peau au niveau des muscles de la gouttière vertébrale gauche. Elle atteignait la grosseur d'une orange. En septembre il s'est produit une tuméfaction indolente en dessous des muscles qui s'insèrent à l'épine iliaque antérieure et supérieure, au niveau du tenseur du fascia lata. Cette tuméfaction se voit surtout lorsque le malade fléchit fortement le corps en arrière. Elle n'empiète pas dans le triangle de Scarpa qui est occupé par trois ganglions volumineux. Cette tuméfaction est fluctuante et semble n'avoir aucun rapport avec la cavité abdominale. Elle n'est pas réductible et n'a jamais grossi tandis que la tuméfaction dorsale diminuait ; cette dernière très fluctuante également n'est d'ailleurs pas réductible. On constate l'existence d'un point osseux sensible au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Les apophyses vertébrales ne sont pas douloureuses. Le malade a vu apparaître en juillet au-dessus de la malléole externe une grosse tuméfaction de la grosseur d'une orange qui s'est formée sans douleur et qui a évacué son contenu un jour que le malade était en train de travailler ; il est resté depuis cette époque deux ulcérations : l'une antérieure du diamètre de deux pièces de 5 francs à bords taillés à pic et surélevés, très profonde et à fond atone, grisâtre, en rapport avec les couches musculaires profondes dont les fibres étaient détruites.

La seconde ulcération, un peu en arrière de la précédente, des dimensions d'une pièce de 10 centimes, présentait les mêmes caractères.

Appareil respiratoire : toux fréquente la nuit. — Poumon droit en avant : submatité sous la clavicule, respiration rude et basse, retentissement de la toux. En arrière : respiration normale. — Poumon gauche en avant : sonorité normale, respi-

© BIU Santé

ration supplémentaire, retentissement de la toux. En arrière : respiration normale.

Le malade digère bien, il a peu d'appétit ; sueurs nocturnes. Jamais d'hémoptysies. Depuis le traitement, le malade se sent plus fort.

Poids il y a quatre ans, 58 kilos.— Poids le 15 septembre 1897, 42 kilos. — Poids actuel, 46 kil. 400 (10 octobre 1897).

Le 18 septembre, 3/500. — Le 21 septembre, 1/10. — Le 23 septembre, 1/5. — Poids, 46 kil. 320 (vêtements modifiés).

Le 25 septembre, 2/5. — Le 26 septembre, 3/5. — Le 30 septembre, 3/5. — Le 2 octobre, 4/5.— Le 5 octobre, 1 milligramme. — Le 7 octobre, 1 milligramme. — Le 9 octobre, 1 milligramme. — Le poignet est totalement cicatrisé ; les gommes de la jambe se ferment de plus en plus. — Le 12 octobre, 1 milligramme.

Le 1er novembre, les plaies de la jambe sont fermées, sauf pour la plus grande, un petit point central dont la canalisation n'est pas complète. Les deux tuméfactions d'os et du triangle de Scarpa ont considérablement diminué. Il sera nécessaire d'évacuer leur contenu.

Nous avons intégralement cité tous les cas de tuberculose chirurgicale que nous avons pu rencontrer. Ces cas proviennent tous de la consultation chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, où les malades se sont présentés pendant les mois de septembre et d'octobre, période pendant laquelle j'ai été chargé de ce service. On voit que tous les malades qui viennent de faire l'objet de ces observations ont tous guéri, et cela très rapidement.

La guérison a été particulièrement rapide dans les cas des observations I, II, III et IV. La gomme tuberculeuse du doigt du jeune L..., qui avait résisté à toutes les médications et dont le volume n'avait fait qu'augmenter, a cédé en quelques jours aux injections de tuberculine.

Le cas le plus remarquable, à notre avis, est celui de la tuberculose linguale relaté à l'observation XII. La nature tuberculeuse de cette lésion sautait aux yeux au premier abord, et les nombreux médecins, et des plus distingués, qui ont vu la malade, n'ont pas hésité sur l'étiquette à attribuer au mal. D'ailleurs, les inoculations aux cobayes et l'examen bactériologique des produits de raclage ont levé tous les doutes en admettant qu'il en eût existé. Cette tuberculose a guéri en vingt-cinq jours. Or, que disent les auteurs les plus autorisés sur le pronostic de la tuberculose linguale?

Voici comment s'exprime A. Broca dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus : « La forme superficielle et bénigne n'est malheureusement pas la règle. Le plus souvent, l'ulcération persiste, rebelle à tous les traitements.

« Au total, en tenant compte à la fois de l'état général et de l'état local, le pronostic est certainement grave, et la plupart des malades, d'après les calculs de Butler, succombent en un à deux ans. »

Comme dans notre cas, la malade n'avait pas de tuberculose viscérale, quel aurait été le traitement de choix : « l'ablation radicale du foyer infectieux » (Broca, Reclus).

On pourra objecter que notre malade n'est pas à l'abri de récidives. Je répondrai que les deux ulcérations étant cicatrisées, les granulations jaunâtres ayant disparu, je continuerai à faire les injections, jusqu'au retour complet de la souplesse de la langue.

Ce résultat étant obtenu, et si cette jeune femme veut bien s'y prêter, il sera pratiqué sur elle, de temps en temps, quelques séries de piqûres. Une piqûre de TO, ou d'ancienne tuberculine, faite à intervalle éloigné, permettrait, si la chose était possible, de s'assurer de son état de microbisme latent.

Un cas non moins remarquable, et à propos duquel on peut prononcer le mot miracle, est celui de la jeune Francine B... atteinte de mal de Pott. Cette enfant qui ne marchait pas et ne pouvait pas se tenir debout depuis dix-huit mois, a marché au bout de dix sept jours de traitement, et s'est trouvée tellement transformée qu'elle est un sujet d'étonnement pour tous les médecins et toutes les personnes qui l'ont suivie.

On ne saurait objecter, pour diminuer la valeur de nos résultats, l'influence du repos, de l'hospitalisation, de la bonne nourriture, des médicaments ; aucun de nos malades ne s'est reposé en cours de traitement. La grande majorité d'entre eux vivent dans de déplorables conditions d'hygiène. Ils vont au jour le jour, et travaillent pour vivre. Aucun n'a pris de médicaments. Les parents de la petite malade au mal de Pott, ont été expulsés et saisis au cours du traitement, et ils ont couché plusieurs jours à l'asile de nuit.

Le malade atteint d'ulcérations de la jambe et d'abcès vertébral, est laveur de carreaux et monte toute la journée à l'échelle. Il est obligé de parcourir des distances considérables, chargé de son matériel de travail, pour aller d'un quartier à l'autre, en quête des devantures qu'il a à laver.

A deux reprises différentes, les dames patronnesses du dispensaire ont été obligées de lui fournir les moyens d'interrompre un jour ses pérégrinations, qui amenaient un œdème considérable de la jambe malade.

En somme, aucun cas d'insuccès ou même douteux, parmi ceux que nous avons traités pour des tuberculoses chirurgicales. Toujours, et de façon très rapide, la tuberculine a amené la guérison complète. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le Pr Duplay.

M. le Pr Duplay a commencé son cours le mardi 16 novembre, devant un nombreux auditoire, comptant comme toujours un certain nombre d'anciens élèves, par une leçon tout à fait pratique sur les *abcès froids ganglionnaires et leur traitement*. Rappelant d'abord l'histoire d'un malade de 19 ans, garçon boucher, couché au n° 20 de la salle Landry, et qui a constaté l'existence d'une petite tumeur ganglionnaire à la suite d'une bronchite, le professeur décrit les signes présentés par cette tumeur et signale la coïncidence d'une hydarthrose du genou gauche; puis il établit le diagnostic d'adénite chronique suppurée; il passe alors en revue les diverses espèces d'adénites suppurées, leur étiologie et leur pathogénie, et aborde enfin la question du traitement des adénites chroniques qui, comme celle qui fait l'objet de l'observation, sont de nature tuberculeuse.

Le traitement général n'a guère d'action lorsque l'adénite est arrivée à la période de suppuration. Reste donc le traitement local. Lorsque l'adénite est bien circonscrite et ne tend pas encore à s'ouvrir à l'extérieur, on doit essayer les injections modificatrices de naphtol camphré ou d'éther iodoformé, ces dernières fournissent les meilleurs résultats. Quand la première injection n'a pas donné de bons résultats, il est préférable de ne pas s'y attarder et de recourir à l'emploi du séton filiforme aseptique qui donne une guérison parfaite avec deux petites cicatrices presque invisibles. On emploie comme séton soit une petite tresse de soie, soit un faisceau de crins de Florence soigneusement stérilisés par l'ébullition ou mieux un petit drain qui permet les injections modificatrices. Le drain doit traverser l'abcès de part en part. Pansement aseptique renouvelé suivant l'abondance de la suppuration. Il ne faut retirer le drain que lorsque la suppuration est devenue insignifiante et maintenir encore pendant quelques jours un simple fil dans le trajet avant de laisser la cicatrisation définitive s'opérer.

Quand le pus s'est évacué spontanément, ou lorsqu'il y a en même temps que du pus des parties ramollies mais non suppurées, il faut enlever les parties malades. Mais il faut savoir que les cicatrices deviennent souvent dans ces cas chéloïdiennes secondairement. Il importe donc, lors-

© BIU Santé

qu'on opère sur de jeunes sujets de constitution lymphatique, de prévenir les parents de cette éventualité, afin qu'ils ne rendent pas le chirurgien responsable de la difformité des cicatrices qui peuvent résulter de ces opérations.

Assainissement de la Seine.

Vendredi dernier a eu lieu une intéressante conférence de M. Bechmann, à la Société d'Encouragement pour l'industrie nationale, 44, rue de Rennes. Après avoir établi la nécessité, qui s'est toujours posée, d'assainir les eaux de la Seine, M. Bechmann passe en revue, à l'aide de nombreuses projections, les différents projets qui se sont succédé depuis 1855. C'est Alphonse Belgrand qui demande deux collecteurs parallèles, avec une canalisation, dont la pente nécessaire est difficile à obtenir. En 1865, c'est M. Mille qui propose de détourner de la Seine les eaux d'égouts, en portant celles-ci directement dans les champs. Ensuite est venue l'épuration chimique des eaux par le sulfate d'alumine. Le conférencier rappelle l'intervention de M. Bourneville à la Chambre, ses trois rapports, ses discours, pour faire aboutir le plan d'assainissement. Actuellement c'est le projet de 1894 dont on poursuit la réalisation, et qui consiste en plusieurs égouts collecteurs avec utilisation des eaux comme engrais. M. Bechmann n'a cessé d'être intéressant, surtout en reposant l'attention par de très curieuses projections relatives aux vieux égouts et aux divers projets. Enfin le conférencier a été de plus un apôtre de persuasion, en buvant, *coram populo*, un verre d'eau d'égout filtrée par le sol. P. C.

Congrès international d'Hygiène de Madrid.

(*Avril* 1898).

Ce Congrès, qui devait avoir lieu au mois de septembre dernier, a été ajourné aux vacances de Pâques, c'est-à-dire en avril 1898. Il coïncidera par conséquent avec le *Congrès national de Médecine*, ajourné lui-même à cause du Congrès international de Moscou, et qui se tiendra à Montpellier. Les organisateurs de ce dernier Congrès ont demandé un nouvel ajournement du Congrès de Madrid, qui serait reporté au mois de mai. Le Comité consultatif d'Hygiène de France, consulté par le représentant de l'Espagne sur cet ajournement, a décidé qu'il y avait lieu de maintenir la date fixée pour le Congrès d'Hygiène de Madrid. Dans la même séance, le Comité a désigné un certain nombre de délégués, parmi lesquels MM. Brouardel, Proust, Gariel, Napias, A.-J. Martin, etc.

Les Délégués aux Congrès scientifiques internationaux.

Ce petit incident rappelant l'attention sur les Congrès internationaux, nous en profitons pour souhaiter vivement que les différents Ministères, qui envoient des délégués aux Congrès, tenus à l'étranger, aient soin d'examiner sérieusement les titres, la situation scientifique, la considération professionnelle des délégués. Il importe de désigner des hommes en mesure de défendre les intérêts scientifiques de notre pays et de pouvoir avec avantage soutenir la comparaison avec les délégués, choisis avec soin au point de vue scientifique et patriotique, envoyés par les autres pays. Il serait bon de ne pas voir se reproduire les maladresses commises à Chicago, à Washington, à Moscou, etc., etc. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 Novembre 1897. — Présidence de M. Bouchard.

M. Bloch a constaté, par une série d'expériences, que les *traumatismes légers exercés sur la peau* déterminent une congestion paralytique des capillaires des points lésés, avec une zone d'anémie proportionnelle à cette congestion.

M. Bouchard rappelle que chez les typhiques l'excitation cutanée, tout au contraire, provoque l'anémie de la peau, sans congestion.

MM. Dastre et Floresco ont constaté la *présence de fer en assez grande abondance dans le foie chez les Invertébrés*. Il ne peut provenir de la destruction des globules rouges qui n'existent pas chez ces animaux; il répond donc à une fonction encore inconnue du foie, que les auteurs proposent de désigner sous le nom de « fonction martiale ».

M. Busquet adresse une note sur *des corps ressemblant à des Sporozoaires*, rencontrés dans un cancer de l'estomac du cheval. Ces corps encapsulés paraissaient être des parasites vivants et non des formes de dégénérescence.

M. Gérard, de Toulouse, adresse une note sur l'*augmentation des matières salines* et l'exagération du pouvoir saccharifiant dans la salive des épileptiques.

MM. Widal et Sicard ont étudié le *phénomène d'agglutination chez les animaux à sang froid*. Ils ont constaté que les humeurs de la grenouille acquièrent assez rapidement les propriétés agglutinantes; il en est de même chez la tortue. Il est à remarquer que ces animaux résistent à de très fortes doses de cultures ou de toxines typhiques. Le phénomène d'agglutination marche donc de pair avec la résistance des animaux, et est une réaction d'infection, non une réaction d'immunité. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 novembre 1897.

En raison de la mort de M. Tarnier, ancien président de l'Académie, la séance est levée en signe de deuil aussitôt après que M. Budin a donné lecture du discours qu'il a prononcé à Dijon le jour des obsèques. Voici cet éloquent discours :

Tarnier est mort. Avec lui disparaît une des plus grandes figures médicales de notre époque.

C'est au nom de l'Académie de Médecine, à laquelle il appartenait depuis vingt-cinq ans et dont il avait été le président en 1891, que nous lui apportons notre tribut d'admiration.

Avant qu'il fût admis dans notre compagnie, son nom y avait été bien souvent prononcé pendant la mémorable discussion sur la fièvre puerpérale. Par ses observations, en effet, par ses statistiques, il avait été conduit à admettre l'existence d'un « poison », d'un « virus capable de se propager », d'un « miasme contagieux ». Aussi, après avoir montré la nécessité d'isoler les malades, fut-il un des premiers à accepter et à enseigner les bienfaits de l'antisepsie.

Il fit plus ; c'est à lui que nous devons l'usage si justement répandu du *sublimé*. Il a donc puissamment contribué à diminuer la mortalité des femmes en couches.

Ceux qui ont vu Tarnier n'oublieront jamais sa physionomie si caractéristique : il était calme, il était pensif, il opérait avec une grande habileté et un grand sang froid, puis il réfléchissait longuement aux difficultés qu'il avait rencontrées ; il cherchait alors avec ténacité les moyens d'en triompher dans l'avenir. C'est ainsi qu'il fut conduit à imaginer un certain nombre d'instruments qu'il a successivement présentés à l'Académie de Médecine.

Parmi eux et au premier rang, il faut citer son *forceps*. Le 23 janvier 1877, Tarnier le montrait à ses collègues. Quelques jours plus tard, il publiait un mémoire véritablement admirable par la simplicité, la netteté et la précision mathématique de ses démonstrations. Après avoir exposé les défectuosités de l'instrument dont on faisait alors journellement usage, Tarnier en décri-

© BIU Santé

vait un qui permettait à l'opérateur de tirer dans l'axe du bassin, qui devait laisser à la tête fœtale une mobilité suffisante pour qu'elle pût suivre librement la filière pelvienne, qui possédait enfin une sorte d'aiguille indicatrice guidant l'opérateur et lui montrant à chaque instant dans quel sens il devait diriger ses tractions devenues désormais inoffensives.

Les discussions qui suivirent l'apparition de ce travail furent vives et nombreuses ; on ne les a point encore oubliées, mais Tarnier répondit victorieusement à tout. Du reste, dans les questions scientifiques et pratiques, le temps fait rapidement son œuvre. Ce qui ne vaut rien disparaît vite, quoi qu'on dise, quoi qu'on écrive, quoi qu'on proclame. Au contraire, ce qui est bon demeure et la vérité triomphe. Les opinions exprimées par Tarnier sont aujourd'hui presque unanimement admises : en France, en Angleterre, en Allemagne, en Italie, en Amérique, la plupart des médecins emploient le forceps de Tarnier ou un forceps analogue fondé sur les mêmes principes.

Le médecin n'a pas toujours le bonheur d'extraire un enfant vivant ; quelquefois, étant données les difficultés du travail, le fœtus succombe. Il peut être alors nécessaire de le mutiler afin de sauver l'existence de la mère. Tarnier a imaginé un certain nombre d'instruments pour pratiquer l'embryotomie, l'embryotomie rachidienne (1877 et 1885) et l'embryotomie céphalique. C'est en 1875 en 1878 qu'il apporta des modifications importantes au *céphalotribe*. C'est en 1883, le 11 décembre, qu'il décrivit devant l'Académie le *basiotribe*. Cet instrument, qui permet le broiement facile et complet du crâne, constitue en même temps un excellent tracteur. Aussi quelle différence entre le basiotribe et les instruments qu'on possédait autrefois ! Aujourd'hui, quelle simplicité, quelle sécurité dans nos opérations, et cela grâce à Tarnier !

La provocation de l'accouchement prématuré artificiel a fait aussi l'objet de ses recherches ; de là le *ballon* qu'il imagina en 1882 et son *écarteur* qui date de 1888.

Les enfants venus au monde avant terme sont, en général, faibles et débiles. Ces petits êtres se refroidissent aisément. En 1882 et en 1883, Tarnier montra tout le bénéfice qu'ils pouvaient retirer du séjour dans la couveuse organisée par lui et dans laquelle il était facile de maintenir une température suffisamment élevée et suffisamment constante.

Il n'est point étonnant qu'un tel homme ait vu se grouper autour de lui, pendant son séjour à la Maternité, des internes qui se passionnaient pour ses découvertes et qu'il entraînait dans des recherches scientifiques nouvelles, des élèves convaincus, enthousiastes, qui répandaient partout ses idées par la plume et par la parole. Grâce à l'impulsion donnée par Tarnier, la France, depuis vingt-cinq ans, a fait faire à l'obstétrique plus de progrès qu'aucun autre pays du monde.

Tarnier ne s'est point borné à faire des recherches originales, des instruments excellents, il fut aussi un vulgarisateur de premier ordre. Après avoir complété l'ouvrage de Lenoir et Sée, après avoir transformé le livre classique de Cazeaux, dont les éditions se succédèrent rapidement, il résolut de commencer la publication personnelle d'un *Traité de l'art des accouchements*. Les deux premiers volumes sont connus depuis longtemps, un troisième paraîtra dans quelques semaines, car plus de 700 pages en sont imprimées.

On ne peut se faire une idée de la conscience qu'il apportait à ce travail, corrigeant et recorrigeant sans cesse les épreuves, ne laissant rien passer qui n'eût été soigneusement vérifié. Le dernier article, dont trois jours avant sa mort il signait le « bon à tirer », montrera quelle conviction il apportait dans la défense de ses opinions.

Les élèves qu'il avait appelés à collaborer avec lui ont à cœur de ne point laisser inachevée son œuvre capitale ; ils la termineront, ils feront tout leur possible pour qu'elle soit digne de sa mémoire.

Tarnier, par ses découvertes, fut un bienfaiteur de l'humanité ; en témoignage de reconnaissance, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, sur la proposition de M. le Directeur général, a décidé que l'hôpital où il avait fait son enseignement dans ces dernières années, s'appellerait désormais la *Clinique Tarnier*.

Tarnier avait donc toutes les qualités qui sont le propre de l'homme de science accompli ; il a été un professeur d'une clarté lumineuse et un écrivain d'une remarquable précision ; il fut le véritable Maître dont la vie doit servir d'exemple.

En venant lui dire un dernier adieu au nom de l'Académie, nous ne pouvons que répéter douloureusement :

Tarnier est mort. Avec lui disparaît une des plus grandes figures médicales de notre époque.

Elections.

Liste de présentation des candidats à la place de membre titulaire de l'Académie de Médecine (Section de Chimie).

En *première ligne*, M. G. Pouchet ; en *deuxième ligne*, M. André ; en *troisième ligne* et *ex æquo*, MM. Burcker et Weiss. A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 novembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DEBOVE.

Causes d'erreur dans l'épreuve de la glycosurie alimentaire.

M. ACHARD, en son nom et au nom de M. Castaing, expose deux causes d'erreur importantes dans l'épreuve clinique de la glycosurie alimentaire. La première tient à ce que le sucre peut facilement, dans le tube digestif, être transformé par les ferments, surtout s'il existe chez le sujet des troubles gastro-intestinaux. La seconde tient aux troubles de l'élimination par les reins qui, maintenant le sucre durant plus longtemps dans le sang, lui permettent de se transformer en partie avant de passer dans les urines. Au moyen du bleu de méthylène ingéré et en injections sous-cutanées, l'on peut se rendre compte de ces deux causes d'erreur, dans les cas où l'épreuve de la glycosurie alimentaire donnerait un résultat négatif.

Corps étranger de l'œsophage.

M. VARIOT relate le cas d'un enfant de 10 mois qui garda durant un an, sans accidents bien marqués, enclavée dans l'œsophage, une petite plaque de zinc de 15 millimètres provenant d'un hochet. Ce corps étranger a été récemment rendu spontanément dans une quinte de toux.

Microbes du rhumatisme.

M. TRIBOULET, avec MM. Coyon et Zadoc, ont constaté le microbe du rhumatisme, décrit par Achalme et Thiroloix dans des tubes de lait stérilisé en culture anaérobie, ensemencés avec du sang de la veine cave inférieure, un segment de la valvule mitrale et de la moelle épinière lombaire, provenant d'un malade mort de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite, de péricardite et de chorée. J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 novembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DELENS.

M. LE PRÉSIDENT de la Société annonce le décès de M. le Pr TARNIER et lève la séance en signe de deuil. M. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 24 novembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. JOSIAS.

Traitement de la chylurie par l'ichtyol.

M. MONCORVO (de Rio de Janeiro), ayant observé deux cas d'hématochylurie d'origine filarienne, après avoir administré en vain l'arsenic, la terpinol, le benzonaphtol, l'aseptol et bien d'autres médicaments, essaya l'ichtyol à des doses variant de 0 gr. 50 à 2 grammes. Il obtint une amélioration rapide et la guérison en 12 jours environ.

Traitement des douleurs de la gangrène.

M. CAMESCASSE (de Saint-Arnould) a obtenu une atténuation des douleurs de la gangrène des extrémités où les moyens ordinaires avaient échoué par les applications d'acide salicylique sous forme de pommade, à 10 0/0.

Radiographies et courants de haut potentiel.

M. BARDET, en une longue communication suivie de démonstrations expérimentales, présente des appareils perfectionnés destinés à remplacer avec avantage les bobines de Rhumkorff pour l'obtention des radiographies et des courants de haut potentiel. Ces appareils, qui théoriquement ne diffèrent pas des bobines, tirent leurs avantages du mode d'isolement des fils de l'induit par une pâte isolante ayant pour base un carbure d'hydrogène. J. NOIR.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 Novembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. VALLIN.

M. RICHARD présente la *cafetière* qui sert aux troupes musulmanes, pour faire leurs ablutions.

Le Dr VAQUIER présente un *crachoir métallique de poche* pour tuberculeux.

M. RICHARD. — Les *établissements de tempérance* et les *boissons sans alcool*.

M. PHILBERT demande à M. Richard s'il a fait une enquête relativement à ce qui a été essayé en France. Il signale une tentative à Marseille qui n'a pas réussi. Il est d'avis, avec M. Richard, qu'avant d'ouvrir des établissements comme ceux de l'étranger, il faut leur fournir des clients Les sociétés de tempérance, qui agitent l'opinion publique, pourront probablement obtenir ce résultat.

M. LAUNAY. — *Les champs d'épandage de la ville de Paris et le parc agricole d'Achères.* — Les terrains de la ville épurent par jour 210.000 mètres cubes. Un cubage égal coule directement à la Seine, la ville ne possédant pas encore assez de terrain. Mais les travaux destinés à employer cette moitié des eaux d'égout sont déjà commencés, et elle ira à Méry-sur-Oise, à Meulan et dans d'autres terrains, au total 2.000 hectares. On pourra épurer 40 millions de mètres cubes d'eau en plus. L'épandage s'est montré à Achères et à Gennevilliers, comme il avait été prévu par les promoteurs; les eaux épurées retournent à la Seine pures et inodores. Au point de vue hygiénique, les résultats ont été obtenus; le poisson même a reparu entre Asnières et Mantes.

M. MASSON. — *L'assainissement de la maison.* — L'auteur explique les types des installations intérieures d'une maison neuve, ou d'une maison ancienne, pour l'écoulement direct à l'égout; la canalisation doit être absolument étanche pour l'air et pour l'eau.

M. DELAFON. — *Conséquences hygiéniques et économiques des récentes décisions du Conseil d'Etat relativement au Tout à l'égout.*

MARTHA.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial : Dr PAUL-BONCOUR.

I. — De l'Albuminurie chez l'enfant; par M. le Dr Jules RENAUT, chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades. (*Revue des maladies de l'enfance*, juillet 1897).

I. — En premier lieu l'auteur déclare qu'il ne s'occupera que de la sérine et de la globuline, les seules variétés d'albumines urinaires intéressantes et bien connues. Le fœtus peut présenter de l'albuminurie : les symptômes alarmants ne sont pas remarqués, cette albuminurie n'étant que transitoire. On a voulu rattacher sa production à des causes diverses. M. Renaut cite les différentes opérations à ce sujet et conclut qu'il y a une congestion rénale plus ou moins intense allant de la simple stase aux hémorragies intra-tubulaires. Vient ensuite l'étude des albuminuries chez l'enfant et l'adolescent. Les variétés étiologiques sont passées en revue. L'albuminurie physiologique existe surtout dans la seconde enfance et au moment de la puberté. La caractéristique de cette forme est : 1° qu'on ne rencontre aucun trouble de la santé générale ; 2° que l'albumine ne dépasse pas 40 ou 50 centigrammes ; 3° l'urine qui la contient est absolument normale quant au reste ; 4° elle n'existe que passagèrement ou à certains moments de la journée (albuminurie périodique). Ces caractères ne suffisent pas à affirmer d'une façon ferme l'existence de cette maladie. Seule l'apparition périodique de l'albumine peut permettre la création de cette classe. On y fait rentrer l'albuminurie cyclique des adolescents manifestée par la présence constante d'une quantité relativement grande d'albumine dans l'urine du jour et son absence constante dans l'urine de la nuit.

On a porté différents pronostics à son sujet ; M. Renaut, qui ne fait pas une revue critique de la question, conclut qu'il est prudent de faire des réserves et de surveiller longtemps les malades de ce genre...

L'albuminurie héréditaire est loin d'être solidement établie malgré les communications qui ont eu lieu à son sujet. M. Renaut commence du reste par constater que l'on réunit ainsi des faits bien dissemblables. La seule conclusion affirmative est la gravité de ces sortes d'albuminurie qui conduit fatalement ou peu s'en faut à l'urémie vers 25 ou 40 ans. Dans les maladies infectieuses aiguës, l'albuminurie est fréquente. La gravité de la maladie n'a pas d'influence sur sa production Au point de vue de sa fréquence dans les maladies infectieuses, il convient d'établir trois classes : 1° Sur un premier plan se trouvent la fièvre typhoïde, la pneumonie, la diphtérie. 2° Sur un deuxième plan viennent la scarlatine, le rhumatisme articulaire aigu, la rougeole, la variole, la grippe, le choléra. 3° enfin beaucoup moins fréquemment, on la constate dans les amygdalites, les oreillons et les infections fébriles.

Dans tous les cas c'est une néphrite (plus ou moins prononcée, naturellement) qui l'a produite. Les maladies chroniques amènent l'albuminurie d'une façon plus compliquée. Dans la tuberculose elle peut être légère, intermittente et dépendre d'une néphrite toxique : elle peut aussi être mise sur le compte d'une congestion passagère. Dans la période prétuberculeuse (albuminurie prétuberculose de Teissier) elle est cyclique jusqu'au jour où la tuberculose pulmonaire apparaît et alors elle disparaît. Il faut aussi se souvenir que la tuberculose rénale se rencontre chez les enfants et s'accompagne d'albumine. La syphilis héréditaire présente de l'albuminurie passagère ou durable (dégénérescence rénale). Les maladies dyscrasiques (rachitisme, obésité, goutte, saturnisme) produisent moins souvent que les précédentes l'albuminurie. Il faut néanmoins signaler une albuminurie prégoutteuse qui débute dans l'adolescence. Les intoxications produisent des troubles urinaires qui ne diffèrent pas chez les enfants de ceux rencontrés chez les adultes. M. Renaut termine cette revue en étudiant avec détails les congestions aiguës et passives du rein. Ces dernières présentent toujours la plus haute gravité.

II. — Quelques observations sur l'alimentation des nouveau-nés; par Henri DE ROTHSCHILD. — Thèse, Paris, 1897.

II. — Le travail de l'auteur porte en sous-titre : « De l'emploi raisonné du lait stérilisé. » Cette thèse est une excellente étude sur la façon dont peut être installée une polyclinique pour nourrissons. On y trouve de très précieux renseignements sur le fonctionnement que doivent avoir des consultations de nourrissons pour les classes pauvres. Il ne s'agit pas de donner sans discernement des conseils aux mères; il ne s'agit pas de donner non plus avec largesse du lait stérilisé sans se préoccuper de l'emploi qui en est fait et du résultat, ce qui en est le point capital. Dans la première partie de sa thèse, M. de Rothschild passe en revue les causes qui influent sur les défectuosités de l'allaitement artificiel.

C'est en premier lieu la difficulté d'acheter du lait bien stérilisé, puis vient la difficulté de bien le stériliser soi-même. Enfin et surtout les soins à apporter à l'allaitement artificiel et à la surveillance du nourrisson sont d'une utilité qu'il faut faire comprendre aux mères. Partant de ce principe, M. de Rothschild indique comment il a organisé sa polyclinique, comment il stérilise le lait, avec quelles précautions il le distribue et comment il fait tout son possible pour suivre ultérieurement les enfants qui lui ont été amenés une première fois. Dans la seconde partie de l'ouvrage, on voit que ses efforts ont été couronnés de succès et du reste on y juge admirablement le soin qu'il apporte à l'œuvre à laquelle il se consacre. Chaque nourisson a un livret où l'on suit pas à pas les progrès accomplis, la quantité de lait absorbée, les particularités qui accompagnent son développement.

Il y a joint un certain nombre de graphiques qui permettent de juger immédiatement les résultats consignés sur chaque livret individuel. L'ouvrage se termine par ces mots qui peuvent servir d'encouragement aux bienfaiteurs particuliers ou aux administrations à cet usage : « Les consultations de nourrissons pour les classes pauvres sont d'une utilité indiscutable. Le peu de frais qu'elles exigent permettra à la charité publique et privée d'en étendre rapidement les bienfaits. »

© BIU Santé

III. — Les hémorragies gastro-intestinales chez les nouveau-nés ; par le Dr Hermary. — 1897, thèse de Paris.

III. — M. Hermary établit dès le début une distinction très nette entre le melœna spuria et le melœna vera. Le premier dans la majorité des cas est constitué par du sang ingurgité par l'enfant qui le puise à une gerçure du sein. Il est donc évident que cette hémorragie n'existe pas en réalité et du reste il ne faut pas s'en préoccuper en tant qu'affection dangereuse. Le melœna spuria est fréquent. Le melœna vera, au contraire, est rare. Aussi on le rencontre une fois sur 500 ou 800 nouveau-nés et 34 fois sur 100 hémorragies.

Le vrai melœna peut dépendre d'une lésion locale du tube digestif, plus souvent il est secondaire à une maladie générale ou à l'altération d'un organe éloigné : parmi celles-ci il faut mettre en relief l'asphyxie, les troubles de circulation porto-hépatiques, la compression de l'abdomen pendant le travail, des malformations, la syphilis.

M. Hermary est d'avis qu'une cause qui prime toutes les autres, est l'infection. Elle est fréquente chez les enfants élevés artificiellement. L'auteur a étudié consciencieusement les lésions rencontrées à l'autopsie : il rapporte les opinions à ce sujet et les discute les unes après les autres. Il faut retenir de ce long chapitre que l'on rencontre de la congestion ou des ulcérations de l'estomac et du duodénum, quelquefois de l'intestin grêle, jamais du gros intestin. Le melœna vera est une affection qui survient habituellement dans les trois premiers jours de la vie. L'enfant est très bien portant et brusquement, « dramatiquement », la lésion survient et l'enfant peut être emporté. L'apparition de la maladie est surtout précoce si elle résulte d'une maladie fœtale ou d'une anomalie de l'accouchement. Les symptômes sont l'hématémèse et le melœna. L'hématémèse précède souvent le melœna, mais existe rarement à l'état isolé. Le melœna est un signe constant. Les autres symptômes sont ceux de toute hémorragie et varient donc en raison de son abondance. M. Hermary examine les symptômes cliniques dans tous leurs détails et avec une clarté qui montre qu'il a appris la question de visu. Le diagnostic ne présente pas de difficultés, seul le diagnostic étiologique est important en raison du traitement et du pronostic. Ce dernier est toujours sérieux et dépend de la cause productive de la perte de sang. Dans tous les cas « quand l'hémorragie persiste abondante pendant 48 heures, le pronostic semble fatal ». Le traitement doit s'abstenir de lavements et d'astringents actifs. Les enveloppements chauds, le lait glacé, l'ergotine, le ratanhia dans les cas ordinaires ; l'oxygène, l'éther, les ventouses dans les cas graves constituent la meilleure thérapeutique.

VARIA

L'affaire Heim.

M. Heim, agrégé de la Faculté de Médecine, fut mis en cause, il y a un mois, par le Pr Blanchard. Celui-ci avait constaté qu'un certain nombre d'objets, confiés à la garde de M. Heim et portés sur un inventaire fait il y a deux ans, avaient disparu. M. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, saisi de l'affaire par un rapport du Pr Blanchard, communiqua ce rapport au conseil de l'Université de Paris. Une commission de discipline, composée des doyens des Facultés et du directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, a examiné durant toute la semaine dernière, ainsi que nous l'avons annoncé, le cas de M. Heim. De nombreux témoins ont été entendus. Conformément aux nouveaux règlements des universités, le conseil de l'Université, réuni en session extraordinaire, devait, sur le rapport de la commission, statuer. Cette réunion a eu lieu cette semaine. Le conseil de l'Université de Paris a siégé, à la Sorbonne, depuis neuf heures du matin jusqu'à six heures du soir. Dix-huit membres sur vingt étaient présents ; il y a eu une suspension de séance entre midi et deux heures et demie. Le matin, le conseil a entendu tout d'abord le rapport qu'au nom de sa commission disciplinaire M. Darboux, doyen de la Faculté des sciences, lui a présenté, puis le Dr Heim, qui a renouvelé et complété ses explications sur les faits qui lui sont reprochés, et enfin Me Morel, que M. Heim avait choisi pour défenseur. L'après-midi, dans une longue délibération, le conseil a examiné successivement les griefs articulés contre l'inculpé. Ecartant rigoureusement tous ceux qui ne lui paraissaient point matériellement établis, il a estimé qu'il en restait encore trop et de trop graves, soit démontrés, soit avoués par M. Heim lui-même, pour pouvoir renvoyer celui-ci des fins de la plainte. En conséquence, il a jugé qu'il y avait lieu de lui appliquer une peine disciplinaire, et, à l'unanimité des membres présents, a prononcé contre lui le retrait d'emploi. Ce n'est pas la plus forte peine que le conseil eût à sa disposition ; il y avait au-dessus celle de la révocation pure et simple; mais, tenant compte du fait qu'il y avait eu exagération sensible dans les premières incriminations portées contre lui, et d'autres circonstances atténuantes dans la cause, s'en tenant, en outre, au point de vue strict des devoirs professionnels auxquels M. Heim lui a paru avoir manqué, il lui a semblé que le retrait d'emploi était la peine méritée par les constatations faites, et de nature suffisante pour assurer la discipline.

Ce jugement ayant un caractère purement disciplinaire, l'Université avait refusé d'en communiquer le texte à la presse. M. Heim, ayant autorisé un de nos confrères à reproduire ce document, nous le publions ici :

Attendu que M. Heim ne donne pas d'explication satisfaisante pour justifier la présence dans son propre laboratoire d'instruments et de livres appartenant au laboratoire de physiologie de M. Richet et qu'en outre, de son propre aveu, il aurait acquis quelques-uns de ces instruments ou de ces livres d'un brocanteur dont l'existence, malgré les recherches de la Préfecture de Police, n'a pu être établie ; — attendu que M. Heim, de son propre aveu, s'est rendu coupable de négligences graves dans sa gestion intérimaire et de chef de laboratoire : 1° en faisant transporter, sans avoir pris l'autorisation du doyen et comme il le reconnait lui-même, sans vérification suffisante, des objets, des livres et des instruments au laboratoire de la rue Cuvier, qui devaient revenir à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine; 2° en faisant ou en laissant transporter au laboratoire de l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine des papiers importants qui faisaient manifestement partie de la succession de M. Baillon; 3° en faisant sortir du laboratoire de ladite Ecole pratique, sans autorisation du doyen, des objets et des livres qu'il n'avait pas le droit de déplacer; 4° en marquant ou en laissant marquer de son étiquette personnelle des objets qui ne lui appartenaient pas; — attendu qu'il a été trouvé dans l'herbier personnel de M. Heim des plantes appartenant manifestement à l'herbier du Muséum; que plusieurs de ces plantes portent encore l'étiquette du Muséum; que sur d'autres, au contraire, cette étiquette a été décollée et remplacée par la suivante : « Herbier Heim; » que quelques-unes de ces plantes ont une valeur particulière, soit à raison de leur origine, soit à raison de leur rareté; que M. Heim, invité à justifier de leur possession, fournit pour toute explication que M. Baillon les lui avait données en lui disant qu'il pouvait les garder ; que cette explication impliquerait de la part de M. Baillon une ignorance ou une méconnaissance complète des règles suivies par l'administration du Muséum ; que M. Heim lui-même devait connaître ces usages ; que, même en admettant la possibilité d'une erreur de M. Baillon, il aurait dû s'enquérir auprès de l'administration du Muséum de la régularité des libéralités qu'il dit lui avoir été faites ; — attendu qu'en publiant, au mois de juillet 1897, en vue d'une candidature au poste de chef des travaux pratiques d'histoire naturelle, une notice sur ses titres et travaux scientifiques, M. Heim y a fait figurer un très grand nombre de mémoires ou de notes qui, contrairement à l'affirmation insérée à la page 6 de ladite notice, n'avaient pas été à cette date livrés à l'imprimeur et n'étaient même pas rédigés; à l'unanimité des membres présents, prononce contre M. Heim (Frédéric-Louis) le retrait d'emploi ; et ordonne l'exécution provisoire du jugement nonobstant appel.

M. Heim, dit *le Temps*, a, de plus, annoncé son intention probable de faire appel de la décision qui l'a frappé. Il y est autorisé par l'article 23 du décret du 21 juillet 1897 portant règlement pour les Conseils des Universités, qui dit :

Dans les cas où l'appel de la décision peut être interjeté devant le Conseil supérieur de l'Instruction publique, avis en est joint à la notification, avec indication du délai dans lequel l'appel peut être formé.

Or, la notification qui vient d'être faite par le vice-recteur de l'Université à M. Heim portait qu'appel pourrait être interjeté devant le Conseil supérieur dans un délai de quinze

© BIU Santé

jours. Si donc M. Heim croit devoir user de son droit, le Conseil supérieur pourra examiner cette affaire dans sa prochaine session, qui se tiendra précisément vers la fin du mois.

Une statue de Pasteur à Melun.

Dimanche dernier a eu lieu à Melun l'inauguration d'une statue du grand savant érigée par les soins du Comité des agriculteurs de Seine-et-Marne et des médecins-vétérinaires français. La cérémonie, précédée d'un banquet, était présidée par M. Vassilière, directeur de l'agriculture, délégué du président du conseil des Ministres. Le monument dû au ciseau du sculpteur d'Houdin, qui s'élève boulevard Victor-Hugo, sur la droite de la Seine, se compose d'une stèle surmontée du buste en bronze de Pasteur. Aux bas reliefs, représentant : l'un une scène d'inoculation avec Pasteur et différents personnages qui l'aident dans ses expériences; l'autre, une bergère de la Brie, coiffée de la traditionnelle marmotte et suivie d'un mouton, désigne Pasteur d'un geste gracieux. C'est en commémoration de la découverte du vaccin anticharbonneux, faite par l'illustre maître à Pouilly-les-Fort, que ce monument a été élevé.

Apres le discours de M. Vassilière qui a exprimé les regrets de M. Méline empêché de se rendre à Melun, et qui a fait l'éloge de Pasteur, M. Nocard, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, a pris la parole. Indiquant du geste la jeune bergère qui, dans un joli mouvement, dépose sur le socle une gerbe de fleurs champêtres et qui symbolise l'agriculture, M. Nocard a rappelé cette parole d'un admirateur du fécond génie : « Si l'on me demandait quelle est la plus belle découverte de Pasteur, je serais bien embarrassé pour répondre ».

Personne ici, je pense, n'éprouverait le même embarras ; si bienfaisantes qu'aient été les études sur les fermentations, sur les maladies des vers à soie, sur les maladies de la bière et du vin, si grande que soit la portée philosophique des recherches sur la génération spontanée, rien de tout cela ne saurait être mis en balance avec les progrès déjà réalisés en médecine par l'application des doctrines pastoriennes. L'étiologie, l'hygiène, la police sanitaire, entièrement renouvelées; la pourriture d'hôpital, la septicémie gangréneuse, l'infection purulente, la fièvre puerpérale, bannies des hôpitaux; la chirurgie dotée d'une telle sécurité qu'elle peut désormais se permettre toutes les audaces; la prophylaxie des maladies infectieuses fondée sur la merveilleuse découverte de l'atténuation des virus, etc. Tout cet incomparable mouvement scientifique procède de Pasteur, et nous ne sommes qu'à l'aurore de l'ère à laquelle l'histoire conservera son nom. C'est la médecine des animaux, ce sont les agriculteurs et les vétérinaires qui ont les premiers et le plus largement bénéficié de toutes ces découvertes. La fièvre charbonneuse, le sang de rate, le charbon symptomatique, le rouget du porc, ces ennemis vingt fois séculaires de l'agriculture, qui se perpétuaient dans les mêmes régions, y apportant périodiquement la ruine, en dépit de tous nos efforts toujours impuissants, la vaccination préventive nous en a rendus maitres et c'est à peine si nous avons conservé le souvenir des désastres qu'ils nous infligeaient autrefois. La sérothérapie, cette nouvelle et brillante conquête de la méthode, est aussi applicable à la medecine des animaux; c'est le meilleur traitement de certaines maladies du cheval; c'est surtout un merveilleux moyen de prévenir l'apparition du tétanos, accidentel ou chirurgical.

M. Nocard, vétérinaire, a terminé ainsi :

Tant de progrès réalisés en si peu de temps ont rendu plus étroits les liens qui nous unissent à l'agriculture; l'importance des services rendus nous a grandis dans l'estime et la considération publiques. Nous savons toute la part qui en revient à Pasteur. Voilà pourquoi nous avons répondu avec tant d'empressement à l'appel du Comité, pourquoi aussi nous assistons si nombreux à cette cérémonie. Nous avons voulu témoigner une fois de plus des sentiments d'admiration et d'éternelle gratitude que nous avons voués à la mémoire du grand homme qui a tant honoré la science, la patrie et l'humanité.

Les vieux remèdes de la région du fleuve Amour.

Il y a des « rebouteux » partout, et les remèdes de « bonne femme », universels comme la crédulité humaine, ont leurs fidèles au Nord comme au Midi, en Corée comme en France. M. Deniker, bibliothécaire au Muséum d'histoire naturelle, vient de recevoir à ce sujet une collection de documents des plus curieux. Un fonctionnaire russe, M. Chimkievitch, attaché au gouverneur de la province de l'Amour, lui a expédié 375 échantillons de racines, graines, fruits, etc., que la pharmacopée coréenne, copiée sur la pharmacopée chinoise, présente comme des drogues infaillibles dans le traitement des maladies les plus diverses. Il y a bien, parmi ces échantillons, de simples roches réduites en poudre (du talc, du sable très fin), mais, poudre ou racine, les drogues sont enveloppées d'une façon particulière et très compliquée dans des carrés de papier chinois, portant des formules coréennes et mandchoues. Il y a là sans doute rien que d'analogue aux précautions de nos pharmaciens qui bouchent soigneusement, coiffent de rouge ou de vert, ficellent à triple tour une bouteille... d'eau distillée. Mais la façon mystérieuse dont les Coréens présentent un médicament ajoute évidemment beaucoup, pour des esprits simples, à l'efficacité du remède. Un manuscrit, contenant la liste de cent dix médecines, qu'on peut fabriquer avec les drogues offertes par M. Chimkievitch, a aussi été adressé au Muséum; il porte, en regard de chaque formule, le nom de la maladie contre laquelle le remède doit être administré. On y trouve des médecines contre le rhume de cerveau, les indigestions, les maux de tête, la fièvre, voire contre « la mauvaise disposition d'esprit que l'on a en se levant le matin », ou contre « le malaise que l'on ressent le lendemain des fêtes et des libations par trop abondantes. »

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 6. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Reynier, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Pinard, Ricard, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Landouzy, Déjerine, Letulle. — 1er de Chirurgien-dentiste : MM. Fournier, Delbet, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Segond, Walther. — (2e *série*) : MM. Kirmisson, Tuffier, Broca. — (2e *partie*) : MM. Potain, Gaucher, Widal.

MARDI 7. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Le Dentu, Thiéry. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Bar, Campenon, Nélaton. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Chantemesse, Quénu, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Panas, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Proust, Ballet. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Debove, Charrin.

MERCREDI 8. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Delbet, Tuffier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Tillaux, Kirmisson, Retterer. — (2e *série*) : MM. Segond, Remy, Ricard. — (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Blanchard, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Bonnaire, Lejars. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Hayem, Pouchet, Broca.

JEUDI 9. — Médecine opératoire : MM. Panas, Le Dentu, Hartmann. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Maygrier, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Chantemesse, Marie, Marfan. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot.

VENDREDI 10. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Potain, Sébileau, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Reynier, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Segond, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Thoinot. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Kirmisson, Bonnaire.

SAMEDI 11. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hutinel, Marfan, Roger. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Cornil, Quénu, André. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, G. Ballet, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Debove, Raymond, Marie. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Bar, Maygrier, Nélaton.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 8. — M. Pavie. De l'action curative des injections intra-musculaires profondes de calomel dans la tuberculose cutanée. — M. Penot. Contribution à l'étude du délire dans la paralysie générale.

JEUDI 9. — M. Le Damany. Recherches sur les pleurésies séro-fibrineuses (bactériologie, nature, pathogénie). — M. Jakhnine. L'adénopathie trachéo-bronchique simple chez les enfants. — M. Barillon. Contribution à l'étude de l'urémie digestive. — M. Angelesco. Hystérectomie abdominale totale.

Enseignement médical libre.

Electrothérapie. — M. L.-R. REGNIER. — Les samedis, à 5 heures, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité.

Gynécologie. — M. le Dr Ch. FOURNEL a commencé le mardi 30 novembre 1897 à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, Amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de : Gynécologie médico-chirurgicale et chirurgie abdominale. Il le continuera les mardis, jeudis, samedis suivants à la même heure.

© BIU Santé

NÉCROLOGIE

M. le Pr TARNIER (de Paris).



M. le Pr Tarnier (de Paris), 1828 1897. (1).

La nouvelle inattendue de la mort si rapide du Pr Tarnier a causé dans le monde médical un étonnement douloureux et plongé ses élèves et ses amis dans une profonde affliction.

Avec lui disparaît le Maître universellement reconnu de l'obstétrique française contemporaine. Pour moi, qui personnellement avais reçu de lui tant de marques d'affectueuse sympathie, c'est avec une pénible émotion que je m'acquitte du triste devoir de rendre à sa mémoire un dernier hommage.

Fils d'un praticien distingué qui exerçait la médecine à Arc-sur-Tille, près de Dijon, Tarnier (Etienne-Stéphane) naquit à Aiserey (Côte d'Or) le 29 avril 1828. Il fit à Paris de brillantes études médicales Admis le second au concours de l'internat en 1853, interne à la Maternité en 1856, il fut reçu docteur en 1857 avec une thèse très remarquée, qui lui valut une récompense de la Faculté (*Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches*). Nommé professeur agrégé en 1860, chef de clinique de Paul Dubois en 1861, il devint chirurgien des hôpitaux en 1865, et passa comme chirurgien en chef à la Maternité en 1867. Elu professeur titulaire en 1884, il succéda à Pajot à l'Ecole de Médecine, et fit des cours très suivis jusqu'en 1888, époque où la chaire de théorie fut supprimée et transformée en chaire de clinique. Il quitta alors la Maternité qu'il dirigeait depuis 21 ans, pour devenir professeur de clinique obstétricale à la Clinique de la rue d'Assas, où il est resté jusqu'à sa mort; cette Clinique portera désormais son nom.

Tarnier était membre d'un grand nombre de Sociétés savantes, parmi lesquelles je citerai seulement la Société de Chirurgie à laquelle il appartenait depuis 1865, et dont il devint président en 1879; l'Académie de Médecine où il fut admis en 1872, et qu'il présida en 1891; enfin la Société obstétricale de France dont il fut à la fois le fondateur et le premier président en 1892. Il était commandeur de la Légion d'honneur (1889).

L'œuvre scientifique de Tarnier est considérable et ne saurait être exposée en entier dans les limites d'un article biographique. Je ne puis donc qu'essayer, en la résumant, de donner une idée des immenses services rendus par ce maître illustre à la science et à l'humanité.

Un de ses plus beaux titres de gloire est d'avoir incessamment lutté contre l'infection puerpérale.

Grâce à lui, les épidémies qui décimaient autrefois les maternités ont disparu, et la mortalité des femmes en couches s'est considérablement abaissée. Sa thèse de doctorat fut le premier pas qu'il fit dans cette voie. Il y démontra péremptoirement la contagion de la fièvre puerpérale par la simple comparaison de la léthalité minime des accouchées en ville avec celle beaucoup plus élevée des accouchées à la Maternité; et il proclama la nécessité de séparer les femmes malades des femmes saines et de les isoler. Dans un discours prononcé à la Maternité, en 1882, il rappelait que la simple application des mesures hygiéniques si instamment réclamées par lui, isolement des femmes infectées, précautions individuelles prises par les médecins, les élèves, les infirmières, avaient suffi pour faire tomber la mortalité de l'infection puerpérale à 2,32 0/0 de l'année 1870 à 1881. Mais, depuis, cette mortalité a diminué encore notablement, et aujourd'hui le taux en est réduit à moins de 1 0/0. Et c'est encore à Tarnier qu'est dû ce merveilleux résultat; car il a été un des premiers à appliquer les découvertes de Pasteur à l'obstétrique et à faire pénétrer l'antisepsie dans la pratique des accouchements. Il a, en particulier, adopté et répandu l'usage du sublimé qui nous rend tous les jours de si précieux services.

Les mères n'ont pas été seules à bénéficier des travaux et des recherches de Tarnier. Il s'est occupé également de conserver à la vie le plus grand nombre d'enfants possible; les nouveau-nés avant terme ont été l'objet de sa constante sollicitude; il eut l'heureuse idée de les placer dans des couveuses dont la première apparition eut lieu à la Maternité en 1880; l'usage en est aujourd'hui si répandu qu'il est inutile d'insister. Mais les enfants nés prématurément n'ont pas seulement besoin pour vivre d'un milieu à température élevée et constante; il leur faut aussi s'alimenter, et ils n'ont pas toujours la force de téter et de faire des mouvements de déglutition. Le gavage, que Tarnier a préconisé l'un des premiers dans ces circonstances, permet alors de les nourrir. Si la couveuse et le gavage ont sauvegardé bien des existences d'enfants, tout le mérite en revient au Maître qui a vulgarisé l'emploi de ces deux puissants moyens d'élevage des prématurés.

Tarnier a encore rendu un grand service aux femmes enceintes en proclamant l'efficacité du régime lacté exclusif chez les albuminuriques. Il a démontré cliniquement que toute femme albuminurique qui suivait ce régime pendant une semaine environ était sûrement à l'abri de l'éclampsie, cette complication si redoutable de la grossesse.

La clinique proprement dite est loin d'avoir absorbé toute l'activité de Tarnier, et l'on peut dire qu'il n'est pas un point de l'art des accouchements dont il ne se soit occupé.

Mais les tendances de son esprit investigateur l'attiraient principalement vers les recherches expérimentales et les opérations. C'est dans cette voie si féconde de l'expérimentation et de l'instrumentation qu'il aimait à diriger ses élèves. Il a suscité ainsi bon nombre de travaux originaux, et c'est grâce à son impulsion puissante que l'obstétrique française a pu faire de nos jours de si remarquables progrès.

Qui ne connaît le forceps de Tarnier, présenté par lui à l'Académie en 1877? Malgré les discussions assez vives soulevées à son apparition, cet instrument a fait le tour du monde, et les principes sur lesquels il est basé sont maintenant universellement admis. C'est que le grand avantage de ce forceps est de permettre à l'opérateur de tirer toujours dans l'axe du bassin tout en laissant à la tête fœtale sa mobilité. La force à déployer est bien moins considérable, et les parties molles de la mère sont bien moins exposées à être lésées qu'avec le vieux forceps de Levret.

Avec le basiotribe (1883), Tarnier a porté l'embryotomie céphalique à sa perfection. Autrefois, on pouvait, en se servant du céphalotribe, broyer, il est vrai, facilement la tête fœtale; mais son extraction était très difficile, parfois impossible, à cause du glissement de l'instrument. Grâce à ses trois branches, la

(1) Nous devons ce portrait, extrait de *Nos grands Médecins*, à l'obligeance de M. le Dr Labonne.

© BIU Santé

prise du basiotribe est parfaite, et le broiement et l'extraction sont également faciles. De ce fait, l'opération se trouve grandement simplifiée.

Tarnier a apporté aussi de nombreux perfectionnements à l'embryotomie rachidienne, et il a fait connaître en 1885 un nouvel embryotome qui présente de sérieux avantages sur les autres instruments de ce genre.

La question de l'accouchement prématuré artificiel avait depuis longtemps attiré l'attention de notre maître. Dès l'année 1862, il avait publié la description d'un ballon dilatateur intra-utérin, dont l'usage est entré rapidement dans la pratique pour la provocation de l'accouchement. Depuis, il a perfectionné son appareil, et il a inventé en 1888 un dilatateur métallique qui permet d'accélérer le travail dans tous les cas où sa terminaison rapide est indiquée.

Nombreuses et remarquables ont été les publications scientifiques de S. Tarnier en obstétrique et en gynécologie. On trouvera plus loin la liste de ses principaux travaux. Il nous serait impossible d'en donner ici une analyse même succincte. Mais comment ne pas rappeler sa collaboration au *Traité d'Accouchements* de Cazeaux dont il a fait une œuvre personnelle par les remaniements profonds qu'il y a apportés; les éditions successives, rapidement enlevées, de cet ouvrage classique ont témoigné de son succès auprès des médecins et des étudiants, et il a servi à l'instruction de plusieurs générations d'élèves. Malgré ce succès devant les progrès incessants de la science obstétricale Tarnier a compris la nécessité de publier un ouvrage entièrement nouveau. Il a commencé, en collaboration avec Chantreuil d'abord, puis avec Budin, un traité qui n'est pas encore achevé, mais dont les deux premiers volumes sont trop connus et appréciés pour qu'il soit besoin d'en faire ici l'éloge. Le troisième volume, actuellement sous presse, paraîtra prochainement, et je ne puis mieux faire que de rapporter les paroles prononcées à ce propos par Budin lui-même dans le discours qu'il a prononcé sur la tombe de son maître au nom de l'Académie de Médecine : « Plus de 700 pages en sont imprimées. On ne peut se faire une idée de la conscience qu'il apportait à ce travail, corrigeant et recorrigeant sans cesse les épreuves, ne laissant rien passer qui n'eût été soigneusement vérifié. Le dernier article, dont trois jours avant sa mort il signait le *bon à tirer*, montrera quelle conviction il apportait à la défense de ses opinions. »

Il m'est impossible de ne pas dire un mot d'une de ses dernières et plus importantes publications : je veux parler de ses leçons sur l'asepsie et l'antisepsie obstétricales, qui ont paru en 1894. Ce livre, où il a exposé les résultats de son expérience personnelle sur un grand nombre de points, résume presque tout son enseignement clinique et constitue une œuvre admirable que ne sauraient trop consulter tous ceux qui se livrent à la pratique des accouchements.

Tarnier était un écrivain clair et concis, toujours intéressant par l'originalité de ses vues et par l'autorité que lui donnait son expérience qui était considérable. C'était en même temps un vulgarisateur remarquable, et, pour n'en citer que quelques exemples, ses articles : Version dans l'Atlas de Lenoir, Sée et Tarnier; Forceps et Embryotomie, dans le Dictionnaire de Jaccoud sont restés des modèles du genre.

Je viens d'esquisser rapidement l'œuvre de Tarnier. Il me reste à parler du professeur et du savant, de l'homme enfin; et je serai bref, car son souvenir est gravé dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu.

Comme professeur, il savait captiver son auditoire par l'autorité et la netteté de sa parole, en même temps que par sa bonhomie, par l'heureux choix de ses expressions toujours justes, par l'art avec lequel il semait son récit d'anecdotes instructives finement contées. Il n'affirmait rien qu'il ne crût absolument démontré et se gardait rigoureusement des formules absolues.

Calme et réfléchi, doué d'un grand sang-froid, il possédait au plus haut point les qualités d'un clinicien consommé. A une remarquable sureté de diagnostic, il joignait une merveilleuse habileté opératoire.

Comme savant, il avait l'esprit largement ouvert à toutes les découvertes nouvelles. Toujours en quête du progrès, ennemi de l'esprit de routine dans lequel se confinent trop souvent les hommes arrivés, il ne cessait de travailler et de se tenir au courant de toutes les acquisitions de la science.

Aussi, son enseignement a-t-il été des plus féconds. Chirurgien en chef de la Maternité pendant plus de vingt années, sans chaire officielle, et sans contact immédiat avec les étudiants, il a pourtant, indépendamment de l'instruction qu'il donnait aux élèves sages-femmes, groupé autour de lui une pléiade d'internes qui travaillaient avec ardeur sous sa direction, et il est devenu un véritable chef d'école.

De l'homme, je ne dirai que quelques mots. Arrivé au faîte de la gloire et des honneurs, justement illustre en France et à l'étranger, il était resté cependant simple modeste, et accessible à tous. La dignité de sa vie, son honorabilité professionnelle, sa haute probité et son désintéressement, son affabilité frappaient tous ceux qui l'approchaient ; il était universellement estimé et aimé.

Il était plein de bonté pour ses élèves, que sa mort imprévue remplit de douleur. Perpétuer son souvenir est pour eux un pieux devoir. Ils le feront par leurs travaux personnels, en marchant dans le sillon creusé par leur Maître, autant que par le monument qu'ils ont résolu d'élever à sa mémoire.

Les découvertes de Tarnier lui assurent l'immortalité ; son nom glorieux demeurera impérissable, car il a été un des bienfaiteurs de l'humanité.

Ch. MAYGRIER.

Voici la liste des principales publications de S. Tarnier en obstétrique et en gynécologie :

Note sur l'état graisseux du foie chez les femmes mortes après l'accouchement (Bulletins de la Société anatomique, 1896). — *Mémoire sur l'état graisseux du foie dans la fièvre puerpérale* (en collaboration avec Vulpian) (Bulletin de la Société de Biologie, 1856). — *Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches* (Thèse inaugurale, Paris, 1857). — *De la fièvre puerpérale observée à la Maternité de Paris* (J.-B. Baillière, Paris, 1858). — *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire, et des procédés opératoires relatifs à cette extraction* (Thèse d'agrégation, 1860). — *Description d'un nouveau moyen de provoquer l'accouchement prématuré* (Bulletins de l'Académie de Médecine, 1862). — *Mémoire sur l'hygiène des femmes en couches* (Paris, 1864). — *Atlas d'accouchements*, par Lenoir, M. Sée et Tarnier (Paris, 1864). — *De l'avortement provoqué chez une femme atteinte d'ostéomalacie* (Bulletins de la Société de Chirurgie, 1865). — *Leçon historique sur Levret* (Paris, 1865). — *De l'hygiène des Maternités* (Discours prononcé à la Société de Chirurgie et inséré dans ses Bulletins, 1866). — *De l'imperforation de l'œsophage chez l'enfant nouveau-né* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1866). — *Traité d'accouchements*, par Cazeaux, revu et annoté par Tarnier, 7e édit., 1866, 8e édit., 1870, 9e édit., 1874 et 10e édit., 1883. — *Considérations sur les moyens de diminuer la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux* (Gazette des hôpitaux, 1867). — *Cephalématome* (Article du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1867). — *Des tumeurs fibreuses de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement* (Bulletins de la Société de chirurgie, 1868). — *Cordon ombilical* (Article du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1868). — *Rapport sur l'emploi du seigle ergoté par les sages-femmes* (Bulletin de la Société de Médecine légale, 8 mars 1869). — *Embryotomie* (Article du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1870). — *De la fièvre puerpérale et des maternités* (Union médicale, 1870). — *De l'opération césarienne* (Bulletin de la Société de Chirurgie, 1870). — *Éloge de Danyau* (Bulletin de la Société de Chirurgie, 1872). — *Note sur une énorme tumeur sarcomateuse des parois abdominales ayant simulé un kyste de l'ovaire* (Bulletins de la Société de Chirurgie, 1872). — *Forceps* (Article du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1872). — *Observation de tumeur fibroplastique de la vulve* (Bulletins de la Société de chirurgie et Gazette des hôpitaux, 1872). — Rapport sur l'*emploi du seigle ergoté par les sages-femmes* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 26 novembre 1872). — *De l'efficacité du régime lacté dans l'albuminurie des femmes enceintes et de son indication comme traitement préventif de l'éclampsie* (Prog. médical, 11 décembre 1875). — *Considérations sur l'accouchement dans les positions occipito-postérieures* (Annales de Gynécologie, décembre 1875). — *Description de deux nouveaux forceps*, Paris 1877. — *Discussion relative au nouveau forceps de M. Tarnier. Réponse à M. le Pr Pajot* (Annales de Gynécologie, avril 1877).

Le forceps de M. Tarnier (Prog. médical, 6 juillet 1878). — *Opé-*

© BIU Santé

ration césarienne suivie de l'ablation de l'utérus et des ovaires, d'après la méthode de Porro, guérison (Bulletin de l'Académie de Médecine, 29 juillet 1879). — *Matériaux pour servir à l'histoire de l'amputation utéro-ovarique* (Annales de Gynécologie, août 1879). — *Pavillon d'isolement* (Revue d'hygiène et de police sanitaire, 15 mai 1880, et Annales de Gynécologie, juin 1880) — *Perméabilité des nœuds du cordon* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 4 janvier 1881). — *Examen extérieur de la muqueuse rectale à l'aide du retournement* (Annales de Gynécologie, mai 1881). — *Propriétés antiseptiques du sublimé corrosif* (Congrès de Londres, 9 août 1881). — *Couveuse pour enfants* (Étude sur les progrès de l'hygiène en France, par Napias et Martin, Paris, 1882). — *Placenta supplémentaire* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 21 février 1882). — Discours prononcé à la distribution des prix des élèves sages-femmes de la Maternité (Progrès médical, 1882). — *Considérations sur le forceps* (Communication au Congrès de Londres, Annales de Gynécologie, juin 1882).— *De l'allaitement artificiel à la Maternité de Paris* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 25 juillet 1882). — *Description d'un nouvel instrument que j'ai appelé basiotribe* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 11 décembre 1883). — *Leçon d'ouverture* (Annales de Gynécologie, 1884). — *Traité de l'art des accouchements*, t. I, par Tarnier et Chantreuil, Paris 1882 ; t. II, par Tarnier et Budin, Paris, 1887. — *De l'allaitement par le nez* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1889). — *Prescription des antiseptiques par les sages-femmes* (Ibid.). — *Grossesse quadrigémellaire* (Ibid.). — *Discours en quittant la présidence de l'Académie* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1892). — *Néphrite infectieuse puerpérale* (Ibid.). — *Traitement de l'éclampsie* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1893. — *Tractions rythmées de la langue dans l'asphyxie des nouveau-nés* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1893 et 1894). — *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*, Paris, 1894.

C. M.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 14 au samedi 20 novembre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.151, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 437, illégitimes, 177. Total, 614. — *Sexe féminin* : légitimes, 392, illégitimes, 145. Total, 537.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 au samedi 20 novembre 1897, les décès ont été au nombre de 886, savoir : 481 hommes et 405 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 2, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 1, F. 4, T. 5. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 1, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 0, F. 3, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 2, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 99, F. 62, T. 161. — Méningite tuberculeuse : M. 9 F. 11, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 9, T. 21. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 1, T. 1. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 40, T. 63. — Méningite simple : M. 5, F. 7, T. 12. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 26, F. 26, T. 52. — Paralysie, M. 8, F. 4, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 7, T. 12.— Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 34, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 11, T. 23. — Bronchite chronique : M. 18, F. 6, T. 24 — Broncho-pneumonie : M. 23, F. 17, T. 40. — Pneumonie : M. 25, F. 21, T. 46. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 19, F. 27, T. 46. — Gastro-entérite, biberon : M. 11, F. 7, T. 18. — Gastro-entérite sein : M. 4, F. 1, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 0 T. 1. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 12 F. 9, T. 21. — Sénilité : M. 11, F. 16, T. 27. — Suicides : M. 14, F. 4, T. 18. — Autres morts violentes : M. 9, F. 1, T. 10. — Autres causes de mort : M. 95, F. 69, T. 164. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 0, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 98, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34, illégitimes, 15 Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 27, illégitimes, 22 Total : 49.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — *Prix universitaires*. — Deuxième année : Prix d'anatomie et d'histologie, Mlle Dimitrova ; première mention honorable, M. Perri; deuxième mention honorable, M. Melnotte. — Deuxième année : Prix de physiologie, M. Henriot; mentions honorables *ex æquo*, M. Sognies et Mlle Staniszewski. — Quatrième année : Prix de médecine, M. Vial ; mention honorable, M. Spillmann. — Quatrième année : prix de chirurgie et d'accouchements, M. Grosmaire ; première mention, M. Ancel ; deuxième mention M. Michel. Prix Ritter, fondé par M. Charles Ritter, en mémoire du Dr Ritter, décerné au meilleur travail original du chimie médicale, fait dans un laboratoire de la Faculté : M. Louis Michel.

Nomination. — M. le Dr HOCHE est nommé, pour la présente année scolaire, chef des travaux d'anatomie pathologique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Le concours de *prosectorat* s'est terminé par la nomination de MM. DELORE et GALLOIS nommés prosecteurs. — M. le Dr FRENKEL (Henri-Louis), chef des travaux ophtalmologiques à la Faculté de Médecine de Lyon, est nommé stagiaire à la bibliothèque de l'Université de Lyon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. le Dr ABELOUS agrégé, chargé d'un cours de physiologie à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur de physiologie à cette Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. le Dr LE MEIGNEN.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le Dr Francis HECKEL est nommé chef de clinique médicale, et M. AUBERT est nommé aide d'anatomie et de physiologie.

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — Sont chargés, pour la présente année scolaire, des fonctions de chef de travaux : MM. les Drs FAYE (*physiologie*), MARCHAL (*médecine opératoire*).

ECOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON. — M. PORCHER, répétiteur auxiliaire à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, est nommé professeur de physique, chimie et pharmacie à l'Ecole vétérinaire de Lyon.

COLLÈGE DE FRANCE. — Voici le programme des cours pour le premier semestre de l'année scolaire 1897-98 : *Médecine*. M. CHARRIN (suppléant M. le Pr d'Arsonval) : les défenses de l'organisme, les mercredis et vendredis (à partir du 8 décembre), à 5 heures. — *Histoire naturelle des corps organisés*. M. François FRANCK (suppléant M. le Pr Marey) : la physiologie pathologique du cœur, les mercredis et vendredis, à 3 heures 3/4. — *Embryogénie comparée*. M. HENNEGUY (suppléant M. le Pr Balbiani) : les travaux récents sur la constitution de la cellule et des éléments reproducteurs, et sur la fécondation, les mercredis et samedis, à 2 heures. — *Anatomie générale*. M. le Pr RANVIER : structure de la peau et mécanisme histologique de la cicatrisation, les mercredis et vendredis, à 3 heures.

CONFÉRENCE D'INTERNAT. — MM. Couvelaire, Fresson, Merklen, Miliau, Pedebrade et Sainton ont commencé une conférence d'internat le samedi 27 novembre 1897, à 2 h. 3/4, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau) et la continueront les samedis suivants à la même heure.

CONFÉRENCES DE MÉDECINE. — Les conférences de médecine pratique qui se font chaque année à la Faculté de théologie protestante de Paris, boulevard Arago, 83, par le professeur de l'Union des femmes de France, ont recommencé le lundi 22 novembre, à quatre heures. Ces conférences sont publiques et les dames y sont admises.

MONUMENT GUY PATIN. — La semaine dernière a eu lieu dans une petite commune du département de l'Oise, à Hodenc-en-Bray, sous la présidence de M. Chevallier, député, une conférence du Dr Coquerelle, de Beauvais, sur « les démêlés de Théophraste Renaudot et de Guy Patin ». Cette conférence avait pour but de servir de préface à un projet d'érection d'un monument à Guy Patin, originaire de cette commune où il est né en 1601.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — *Pôle Nord*. — Le célèbre explorateur Nansen projette une nouvelle expédition au pôle Nord. M. Hjalmar Johansen, le vaillant compagnon de Nansen dans sa dernière exploration des régions arctiques, a communiqué à la presse de Christiania des renseignements importants sur cette nouvelle entreprise. Déjà des mesures sont prises pour assurer l'édification d'une hutte d'hivernage sur la Terre de François-Joseph. Outre le *Fram*, l'expédition comprendra un nouveau navire qui sera baptisé le *Stær-Kodder*, et emportera tout un état-major de savants. Le nombre des chiens sera beaucoup plus considérable que lors du dernier voyage. L'un des bâtiments s'avancera dans les glaces aussi loin que possible. Des groupes d'explorateurs quitteront alors le navire avec des traîneaux et s'avanceront vers le Nord. L'autre baleinier côtoiera les rives de glace en faisant des recherches scientifiques dans la glace, dans l'eau, et opérera des sondages dans l'Océan.

FABRICATION DU SÉRUM THÉRAPEUTIQUE. — M. Martin, commissaire aux délégations judiciaires, s'est rendu dans diverses pharmacies pour opérer des recherches ayant trait à la fabrication du sérum thérapeutique, que des pharmaciens, contrairement à la loi du 25 avril 1895, préparent sans avoir une autorisation spéciale du

© BIU Santé

ministère de l'Intérieur. Ces pharmaciens ont déclaré avoir agi de bonne foi. Le résultat des recherches de M. Martin a été transmis à M. Rouland, juge d'instruction.

LE PROCÈS DU Dr MELOCHE. — On sait que le Dr Meloche a fait appel du jugement du tribunal civil de Saint-Nazaire, en date du 26 février dernier, le condamnant à 1.800 francs de dommages-intérêts envers la veuve Billy. Ce procès doit venir prochainement devant la cour de Rennes.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours de l'Internat en médecine.* — Ce concours commencera le 6 décembre. Le jury se compose de MM. Bourneville et Deny, médecins de Bicêtre ; Legrain et Marandon de Montyel, médecins de l'Asile de Ville-Evrard ; Taguet, médecin de l'Asile de Vaucluse ; Caussade, médecin des hôpitaux ; Peyrot, chirurgien des hôpitaux. — Le nombre des candidats est de vingt-quatre.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat. — Anatomie.* 15 novembre, *Nerf médian.* 17 novembre, *Configuration extérieure et rapports de l'œsophage.* 18 novembre, *Muscles de la main.* 19 novembre, *Muscles de la région antéro-latérale de l'abdomen.* 22 novembre, *Artère fémorale et ses branches.* 24 novembre, *Os iliaque.* 25 novembre, *Artères de la jambe et du pied.* 26 novembre, *Sciatique poplité externe et sciatique poplité interne.* — *Pathologie.* 16 novembre, *Epistaxis.* 19 novembre, *Cathétérisme évacuateur de l'urètre.* 20 novembre, *Hydrocèle vaginale.* 25 novembre, *Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique.*

Autorisation accordée aux internes d'exercer la médecine dans l'hôpital. — En vertu de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, le Préfet de la Seine, sur la proposition du Directeur général de l'Assistance publique d'accord avec le Conseil de surveillance, vient d'autoriser les internes des hôpitaux et hospices munis de douze inscriptions comme l'exige l'article ci-dessus visé, à exercer la médecine à l'intérieur de l'hôpital auquel ils sont attachés. Ce droit laisse néanmoins les internes soumis à toutes les obligations qui leur sont imposées par les règlements ; ils ne pourront pratiquer d'opérations autres que la trachéotomie qu'après y avoir été autorisés par leur chef de service.

Hôpital Boucicaut. — Mercredi dernier a eu lieu l'inauguration de l'Hôpital Boucicaut en présence du Président de la République. Nous reviendrons dans notre prochain numéro sur cette inauguration.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. BONNUS est nommé moniteur du laboratoire institué pour le service de la diphtérie (hôpital des Enfants-Malades).

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Le concours de l'internat des hôpitaux de Marseille s'est terminé par les nominations suivantes : *Internes titulaires* : MM. Reynaud, Olmer, Blanc et Fournier. *Internes provisoires* : Mlle Vigon, MM. Thieux, Bricka, Mossé, Riss et Rivoire.

LES DONS DE M. CHAUCHARD. — Ainsi qu'il le fait chaque année au 1er décembre, M. Chauchard vient de faire remettre les sommes suivantes aux œuvres de bienfaisance et de philanthropie auxquelles il s'intéresse : Institut Pasteur, pour le vaccin du croup, 10.000 francs ; l'Association générale des étudiants de Paris, 5.000 francs ; la Société nationale de sauvetage des naufragés, 10.000 francs ; la Société française de secours aux blessés militaires, 5.000 francs ; la Maison maternelle, 2.000 francs ; l'Hôpital de vieillards, 2.000 francs, etc.

L'ÉPÉE D'HONNEUR DU Dr BOURDON. — Cette semaine a eu lieu, à l'île Molène, la remise solennelle d'une épée d'honneur au médecin de 1re classe Bourdon, qui fit preuve du plus grand dévouement pendant l'épidémie de choléra qui ravagea cette île en 1893. L'autorité maritime, pour rehausser l'éclat de la fête, avait envoyé deux torpilleurs.

FEMMES MÉDECINS DANS LES ECOLES DE PARIS. — Les femmes-doctoresses en médecine sont sur le point de faire une nouvelle conquête. Sur la proposition du Dr Levraud, le Conseil municipal, dans une de ses dernières séances, a invité l'Administration à faire nommer des femmes docteurs comme médecins des « écoles de grandes jeunes filles ». Cette mesure s'appliquerait donc : 1° aux deux écoles primaires supérieures de Paris : l'école Sophie-Germain et l'école Edgar-Quinet ; 2° aux six écoles professionnelles de la Ville de Paris : c'est-à-dire l'école Jacquard, de la rue Bouret, l'école municipale professionnelle de la rue de Poitou et les écoles professionnelles et ménagères des rues Fondary, Bomet et de la Tombe-Issoire ; en effet, en dehors de l'enseignement général, ces écoles destinées aux jeunes filles au-dessus de 13 ans comprennent des cours de couture, de modes, de broderies, de dessin et de peinture, etc. C'est sur une pétition signée de deux femmes docteurs, Mmes Blanche Edwards-Pilliett et Jeanne Leclerc, toutes deux anciennes internes provisoires des hôpitaux, que le Conseil municipal a exprimé ce vœu qui a été immédiatement transmis à l'administration dont on n'attend plus que la décision. — Rappelons qu'il y a déjà des femmes médecins des lycées.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr AUGIER (de Carpentras, Vaucluse.) — M. le Dr BAR (de Toulon, Var). — M. le Dr BLANC (de Livron, Drôme). — M. le Dr CAUVET (de Cogolin, Var). — M. le Dr FLAMENG (du Pradet, Var). — M. le Dr GALCAZZI (de Santa Reparato, Calvi, Corse). — M. le Dr GUIDONI (de l'Isle-Rousse, Calvi, Corse). — M. le Dr ISNARD (de Marseille). — M. le Dr MELONOUD (de Marseille). — M. le Dr MARTINES (d'Alger). — M. le Dr PALIARD (de Nice). — M. le Dr POTENTINI (d'Erza, Corse). — M. le Dr REBATTI (de Trinité-Victor, Alpes-Maritimes). — M. le Dr SAVELLI (de Corbara, Calvi, Corse). — M. le Dr VERNET (de Marseille). — M. le Dr BOTTARD (de Paris). — M. le Dr COURTAY (de Périgueux). — M. le Dr Ambr. GUICHARD père (d'Angers). — M. le Dr LEMIRE (de Paris). — M. le Dr MARET (de Trouette). — M. le Dr COSSERET (de Digoin, Saône-et-Loire). — M. le Dr DESMOULINS (de Toulon). — M. le Dr DESCAMPS (de Noisy-le-Grand, Seine-et-Oise). — M. le Dr DUPONT (de Treil, Seine-et-Oise). — M. le Dr COMBES (de Saint-Mandé). — M. le Dr CHEVREAU (de Champigny-sur-Veude, Saône-et-Loire). — M. le Dr EVANNO (de Nesles-la-Vallée, Somme). — M. le Dr Marc OLIVET, ancien professeur de psychiatrie à la Faculté de Médecine de Genève. — M. le Dr Joachim VOSS, ancien professeur d'anatomie et de médecine légale à la Faculté de Médecine de Christiania. — M. le Dr MULLER, ancien privatdocent de pédiatrie à la Faculté de Médecine de Moscou. — Sir William Alexander MACKINNON, ancien directeur général du service de santé de l'armée anglaise. — Sir Rutherford ALCOCK, docteur en médecine, ancien ministre plénipotentiaire de la Grande-Bretagne au Japon. — M. le Dr Edward Seaman BUNKER, professeur d'histologie et de pathologie générale au Long Island College Hospital de Brooklyn.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr DU CASTEL reprendra ses conférences cliniques le samedi 4 décembre. Le samedi, à 1 h. 1/2, consultation externe ; à 2 h. 1/2, conférence clinique et présentation de malades dans la salle des conférences de l'hôpital. — Le jeudi, à 9 heures, présentation et discussion de malades, salle Cazenave.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LE LIVRET MÉDICAL ; par le Dr VAUCAIRE. — De même que le livret de famille et que le livret militaire, le *Livret médical* du Dr Vaucaire, qui vient de paraître à la librairie Charpentier et Fasquelle, va rapidement s'imposer et devenir le *vade mecum* indispensable à chaque membre d'une famille. Tenu au courant depuis le plus jeune âge, il sera d'un grand secours pour les médecins, qui pourront rapidement se rendre compte du tempérament spécial du sujet qu'ils ont à examiner et de ses diverses maladies antérieures, avec les phénomènes qui les ont accompagnées. Un manuel succint du traitement des principales maladies de l'enfance et de l'âge adulte, et des feuilles de température complètent ce volume, qui correspond à un réel besoin.

ANÉMIE, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale, *Biosine Le Perdriel.*

SAVON DENTIFRICE VIGIER, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

PHTISIE, *Bronchites chroniques.* — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SERIE. T. VI. N° 50. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 11 DÉCEMBRE 1897.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Notes cliniques sur l'emploi de la nouvelle tuberculine TR du Pr R. Koch, dans le traitement des tuberculoses (*suite*) (1) ;

Par le Dr J.-S. DAURIAC, ancien interne des hôpitaux de Paris (2).

MALADES TRAITÉS POUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

OBSERVATION I. — P..., 18 ans. Ce jeune homme est malade depuis la fin de 1895. On a reconnu, à cette époque, une lésion tuberculeuse du sommet gauche. Il est soigné par nous depuis le mois d'avril 1896. Pendant le printemps et l'été de 1896, sa santé s'est fort améliorée, à tel point qu'à la rentrée des classes il a pu reprendre ses études et suivre les cours préparatoires à l'Ecole polytechnique. En janvier 1897, par suite des fatigues entraînées par ses études, il a fait une rechute grave, et la maladie a pris toutes les allures d'une phtisie galopante : amaigrissement considérable, perte absolue de l'appétit, faiblesse extrême, toux incessante, phénomènes d'intoxication générale inquiétants au plus haut point, température variant entre 38 et 41, sueurs extrêmement profuses.

Le malade, alité, est mis à un traitement approprié, et nous parvenons à maintenir la situation et même à l'améliorer sensiblement. Le médicament le plus efficace a été l'huile de foie de morue prise à la dose de 100 grammes par jour, aussitôt que l'estomac s'est montré un peu tolérant.

Le 26 avril, la situation est la suivante : Poumon gauche infiltré dans toute la hauteur du sommet, en avant et en arrière. Matité, râles sous-crépitants, râles humides, râles fins à la pointe de l'omoplate. — Poumon droit, respiration supplémentaire dans les deux tiers supérieurs. En arrière à la base, frottements — râles dans une région occupée autrefois (il y a 5 ans) par un épanchement pleurétique. Température au matin 38°,5.

Appétit assez bon. Pas de diarrhée ni de vomissements. Toux fréquente, crachats jaune-verdâtre, sueurs profuses, surtout la nuit. Il y a eu une hémoptysie il y a huit jours. Poids 87 kilog. 900. Nombreux bacilles de Koch, dont l'existence dans les crachats a été constatée à plusieurs reprises.

La première piqûre de tuberculine a été faite le 28 avril à 3 heures de l'après-midi. On donne 1/500 de milligramme. La température a été ce jour-là : à 4 h. 30 du soir, 36°,9 ; à 5 h. 45, 36°,9 ; à 7 h., 36°,9 ; à 8 h. 15, 37°,2. Rien d'anormal. La nuit a été plus agitée que la dernière. Le malade a éprouvé des phénomènes de surexcitation nerveuse.

29 *avril*.— Il y a eu au réveil une expectoration jaunâtre plus liquide et plus abondante, puis seulement deux ou trois quintes dans la journée. Température à 8 heures du matin, 36°,5 ; à midi, 36°,8 ; à 7 h., 36°,6.

30 *avril*. — A 8 h., 36°,6 ; à midi, 37°,8 ; à 7 h., 37°,2. Deuxième piqûre à 4 h., 2/500. Expectoration moins abondante. Nuit calme et sans sueurs. Le poids est de 88 kilog. 100.

1er *mai*. — Temp. à 8 h., 36°,9 ; à midi, 37° ; à 7 h., 37°. Expectoration moins abondante.

2 *mai*. — Temp. à 8 h., 37° ; à midi, 37° ; à 7 h., 37°. Crachats plus liquides et moins colorés le matin. — Pas de quintes dans la journée. — Le malade ne transpire plus.

3 *mai*. — Temp. à 8 h., 36°,8 ; midi, 36°,9 ; à 7 h., 37° ; à 3 h., troisième piqûre 6/500. — Poids 38 kilog. 500.

4 *mai*. — Temp. 8 h., 36°,8 ; midi, 36°,8 ; 7 h , 36°,9.

5 *mai*. — Temp. 8 h., 36°,8 ; midi, 36°,8 ; 7 h., 36°,8 ; quatrième piqûre 10/500. Poids 88 kilog. 600.

6 *mai*. — Temp. 8 h. m. 36°,8 ; 7 h. s., 37°,4. — Expectoration de plus en plus claire. — Sentiment de bien-être et de force revenu.

7 *mai*. — Temp. 8 h. m. 36°,8 ; à 7 h. s., 36°,8 ; cinquième piqûre 15/500 — Toux un peu plus fréquente aujourd'hui, et n'amenant pas de crachats.

8 *mai*. — Temp. 8 h. m., 36°,6 ; à 7 h. s., 36°8.

9 *mai*. — Temp. 8 h. m., 36°,9 ; à 7 h. s., 36°,9. — 2 ou 3 gros crachats jaunes le matin. — Rien dans la journée.

10 *mai*. — Temp. 8 h. m., 36°,8 ; s., 37°. Poids 89 kilog. 200 ; sixième injection, 20/500.

11 *mai*. — Temp. 8 h. m., 36°,9 ; à 7 h. s., 36°,9.

12 *mai*. — Temp. 8 h. m., 36°,9 ; à 7 h. s., 36°.9 ; piqûre 25/500. Poids 89 kilog. 900.

13 *mai*. — Temp. 8 h. m., 36°,8 ; à 7 h. s., 36°,8. — Expectoration plus abondante et lourdeurs de tête. Pas de sueurs.

14 *mai*. — Temp. 8 h. 36°,8 à 7 h. 36°,8. — Piqûre 30/500.

15 *mai*. — Temp. m., 36°,9 ; 36°,9. — Expectoration très faible.

16 *mai*. — Temp. m., 37° ; s., 37°. — 17 mai. — 36°,9 ; s., 37°. — Piqûre 4/50.

18 *mai*. — Temp. 37° matin et soir. — 19 mai. — Poids 90 kilog. 500. — Temp. m., 37° ; s., 37°. Piqûre 4/50. — Expectoration nulle, pas de toux. — 20 mai. — Temp. m., 37° ; s., 37.

21 *mai*. — La malade sorti hier s'est réveillé avec du rhume, des maux de tête et mal à la gorge. Il a senti qu'il avait eu à un moment un fort courant d'air. — Temp. m., 37° ; s., 37°,4.

22 *mai*. — Temp. m., 37°,1 ; s., 37°,2. — Même état ; le mal de gorge a un peu diminué.

23 *mai*. — Temp. m., 37°,1 ; s., 37°. — Lourdeur de tête, faiblesse, enrouement persistant, expectoration peu abondante.

24 *mai*. — Temp. 8 h., 36°9 ; 7 h. s., 36°,9. — A 3 h. piqûre, 5/50. — Enrouement persistant.

25 *mai*. — Temp. m. 37°, s. 37°. — Enrouement persistant, pas de toux.

26 *mai*. — Temp. m. 37° ; s. 37°. — Enrouement très diminué.

27 *mai*. — Temp. m. 37° ; s. 36°,7. — Expectoration nulle.

28 *mai*. — Temp. m. et s. 37°. — Le malade est très bien. Piqûre 8/50.

29 *mai*. — Temp. m. 36° ; s. 36°,7. — Crachats mousseux et aérés.

30 *mai*. — Temp. m. et s. 37°.

31 *mai*. — Temp. m. et s. 37°. Piqûre, 8/50 ; poids, 91 k. 600.

1er *juin* — Temp. m. et s. 37°. — Plus de toux, plus de crachats, plus de sueurs.

2 *juin*. — Temp. 37°, — 1/5 de milligramme.

L'observation a été prise au jour le jour avec autant de soins, jusqu'à la date actuelle (1er novembre). Nous cessons d'en donner le détail qui serait trop long et fastidieux. L'amélioration a été en augmentant.

On a atteint la dose de six milligrammes. Cette dose sera portée plus loin. L'état du poumon est très satisfaisant. Il reste encore du retentissement de la toux au niveau de la clavicule gauche, et une respiration légèrement saccadée. Plus de bacilles. Guérison.

OBSERVATION II. — Mme Ron..., 41 ans. Soignée depuis un an au dispensaire de Belleville. Rien à signaler au point de vue des antécédents héréditaires. Elle a toujours beaucoup travaillé et s'est longuement surmenée. Elle a perdu cinq enfants de méningite ou de convulsions. S'enrhume régulièrement pour tout l'hiver, depuis plusieurs années.

(1) Voir le précédent numéro.

(2) Avec la collaboration des Drs Ovide BENOIT, préparateur à la Faculté de Médecine ; LE TANNEUR, médecin-directeur de l'Œuvre des Tuberculeux adultes ; William GÉRENTE, médecin du Dispensaire.

© BIU Santé

Etat actuel. — Côté droit : en avant, retentissement de la voix et de la toux. Matité. Gros craquements humides. En arrière : gros râles sonores et frottements pleuraux. Côté gauche : submatité en avant, râles humides très nombreux. Un foyer de râles sous-crépitants sous la clavicule. En arrière : respiration soufflante. — La malade a de plus en plus toussé depuis trois ans. Elle crache de gros crachats jaunâtres depuis deux ans. Au cours de ces trois années, elle a eu plusieurs hémoptysies. Elle n'a pas de sueurs en ce moment. — Sommeil très mauvais. Pas d'appétit. — Elle a beaucoup maigri depuis un an, n'a plus de forces. Tous les soirs, petits mouvements de fièvre ne dépassant pas 38°,5. — Bacilles de Koch nombreux. Poids : 45 kilog.

Première piqûre le 2 juillet 1897, 1/500. — Le 4 *juillet*, 2/500. — Le 6 *juillet*, 4/500. — Etat stationnaire.

9 *juillet*. — La toux a été plus fréquente. Elle a toussé toute l'après-midi ; le jour de la dernière piqûre, son expectoration s'est brusquement tarie. Elle rejette seulement de la salive et des mucosités claires et aérées. Elle a eu, ce jour-là, un peu de fièvre pendant une heure. Elle avait surtout les mains brûlantes. — Son *poids*, au 8 juillet, était de 46 kilog. Le sommeil devient bon et l'appétit revient. Elle se sent plus forte et ne s'essouffle plus pour venir au dispensaire. Pas de transpirations.

Quatrième piqûre, 4/500. — Auscultation. — Côté droit. Submatité en avant et en arrière. Quelques craquements sous la clavicule avec bouffées de râles fins aux deux temps, par intervalle. — Côté gauche, submatité sous la clavicule. Inspiration rude et basse, expiration prolongée. Retentissement considérable de la toux avec piaulements et gros râles plus secs. Les râles sous-crépitants ont disparu. Rien en arrière.

11 *juillet*. — La malade a une toux sèche. Elle crache beaucoup moins. Pas de fièvre, pas d'oppression, pas de sueurs. Aucune réaction après la dernière piqûre. Cinquième piqûre, 5/500.

13 *juillet*, sixième piqûre, 5/500. Amélioration des forces.

16, 18, 20 *juillet*, 10/500. 46 kilog. 500 ; amélioration marquée.

23 *juillet*, dixième piqûre 10/500 : tousse moins. — 23 *juillet*. onzième piqûre 10/500. — 27 *juillet*, 16/500. — 30 *juillet*, 20/500.

1er *août*, 20/500. — 6, 3/50 de milligramme. — Poids 47 kilog. — 10, 3/50. — 13, 3/50. — 15, 6/50. — 17, 6/50. — 20 et 22, 6/50. — 29, 1/5 de milligramme.

3 *septembre*, 1/5. — 4, 1/10. — 7, 1/5. — 9, 3/5. — 12, 3/5. — 16, 2/5. — 18, 3/5. — 21, 3/5. — 23, 3/5. — 25, 3/5. — 28, 4/5. — 30, 4/5.

2 *octobre*, 1 milligramme. — 5, 1 milligramme + 2/5. Poids 47 kilog. 900. — 9, 2 milligrammes. A très grand appétit.

On a donné les 16 et 19, 1 milligramme 1/2 ; le 21, 3 milligrammes ; le 28, 4 milligrammes. — Le poids est au 30 *octobre* de 50 kilog. 300.

6 *novembre*, 4 milligrammes. — 13 *novembre*, 5 milligrammes. — Plus de toux, plus de crachats colorés. On ne peut trouver le bacille dans les expectorations aérées et claires qui sont maintenant de règle. (On a fait à deux reprises, depuis lors, des injections de 10 et 20 milligrammes). Guérison.

Observation III. — Pourt..., 32 ans, artiste peintre, — Rien à signaler comme antécédents héréditaires. Le malade n'a jamais fait de maladies sérieuses. Placé depuis quelques années dans des conditions de vie particulièrement difficiles, son affection tuberculeuse actuelle doit être attribuée à la mauvaise alimentation et aux privations qu'il a subies. — Amaigrissement considérable, thorax décharné, pommettes saillantes, teint blême et terreux.

Du *côté droit* : on trouve, en avant de la matité au-dessous de la clavicule et de nombreux râles sous-crépitants à timbre humide. En arrière, sub-matité, avec râles sous-crépitants fins. Au-dessous de ce foyer, la respiration est soufflante. — Du *côté gauche* : respiration supplémentaire un peu rude et saccadée.

Le malade a de fréquentes quintes de toux. Sueurs nocturnes profuses. Hémoptysie il y a un an ; s'est reproduite il y a deux mois. Pas de sommeil. Pas d'appétit. Crachats purulents, jaune-verdâtre ; renfermant des bacilles de Koch. — Fièvre à 38°, 38°,5 tous les soirs. — Le malade a été traité jusqu'ici par des piqûres de gaïacol, les granules d'arséniate de soude, etc. — Poids, 47 kilog.

2 *juillet*, première piqûre, 1/500 de milligramme. — 6 *juillet*, deuxième piqûre, 3/500. — La température n'a pas dépassé 37°,5 dans les vingt-quatre heures. Les crachats ont été plus abondants et plus fluides. Ils sont maintenant blancs et aérés.

9 *juillet*, 4/500. — Toux diminuant toujours. Aucun crachat épais ou coloré, tous blancs et mousseux. Dort très bien depuis deux jours. L'appétit revient. Plus de sueurs.

11 *juillet*. Le malade accuse une sensation de bien-être marquée. La toux et les crachats diminuent. Pas de température. 5/500. — 13, 5/500. — 16, 7/500. Va beaucoup mieux. — 18, 10/500. Poids, 48 kilog. ; ne tousse presque plus.

20 *juillet*, 15/500. — 23, 20/500. Poids, 48 kilog. 508. — 25, 20/500. — 27 et 30, 20/500. Le malade pèse 49 kilog. et va très bien. Pas de température.

1er *août*, 20/500, soit 2/50. — Les 3, 4 et 5 août le malade a eu quelques crachats sanguinolents. Il n'a pas craché de sang pur. Pas de fièvre. Appétit excellent. — Le 7 *août*. Etat excellent. Il pèse 50 kilog. — Le 10, 1/15 de milligramme. — Le 13, 2/15. — Le 15, 1/5. — Le 20, 3/25. — Le 24, 1 milligramme.

Absent jusqu'au 9 *septembre*. Le malade a été occupé par un travail assez fatigant dont il a pu s'acquitter très aisément. — Le 9, 1/5. — Le 11, 2 milligrammes. — Le 13, 4/5 (absence jusqu'au 30). — Le 30 *septembre*, 5 milligrammes. — Le malade ne présente plus aucun bruit anormal dans le poumon. La respiration du sommet gauche est encore un peu rude, et l'expiration est surtout un peu prolongée. La percussion est normale. — Les crachats sont salivaires, aérés et extrêmement rares. — Plus de sueurs, plus d'insomnies. Appétit excellent. Les forces sont revenues et le malade gagne sa vie en travaillant régulièrement. On ne trouve plus un seul bacille dans les crachats ; six examens ont été faits dans les quinze derniers jours.

Le 13 *novembre*, 10 milligrammes.

Observation IV. — Mlle Chap..., 21 ans. — Rien à signaler comme antécédents héréditaires. A toujours été bien portante jusqu'à il y a environ 4 ans. Depuis cette époque, s'enrhumait tous les hivers et avait de fréquents maux de gorge.

Depuis deux ans, elle souffre de la maladie actuelle. La première hémoptysie date de dix-huit mois. Depuis cette époque, les hémoptysies ont été particulièrement fréquentes, se renouvelant tous les mois et quelquefois deux fois par mois. Les crachats sont très épais, jaunâtres et compacts. Ils présentent de nombreux bacilles de Koch.

La malade est fatiguée par une toux incessante. Elle a des insomnies rebelles et des sueurs nocturnes profuses. Elle est très amaigrie et sans force. Elle a toutes les peines pour marcher jusqu'au dispensaire où elle arrive très essoufflée. Les ongles ont subi une déformation hippocratique très marquée. Appétit nul. Pas de vomissements ni de diarrhée.

Nous trouvons à l'examen des poumons, du *côté droit* : en avant, sonorité normale, respiration supplémentaire. En arrière, submatité et respiration supplémentaire. Du *côté gauche* : matité en avant sous la clavicule, et râles sous-crépitants très nombreux. Respiration soufflante. En arrière, gros craquements, râles sous-crépitants très abondants, respiration soufflante. — La température s'élève le soir à 38°,5. Poids 43 kilog., le 2 juillet.

2 *juillet*. — Première piqûre, 1/500.

4 *juillet*. — La malade va mieux. Elle a mangé avec appétit et a beaucoup moins toussé. Deuxième piqûre, 1/500. — 6 juillet. Toux moindre. Débâcle de crachats et, à la suite, crachats aérés et blancs, chose qui n'arrivait jamais. Troisième piqûre, 3/500.

9 *juillet*. — La malade tousse autant que la dernière fois, mais par quintes de toux espacées. Les crachats ont presque disparu. Il y en a deux ou trois le matin au réveil, et ils sont presque clairs. Encore un peu de fièvre le soir (38°) et sueurs. Sommeil agité. L'oppression a disparu et c'est avec facilité que la malade vient au dispensaire. Modifications stéthoscopiques très nettes. Les bouffées de râles sous-crépitants sont plus abondantes et plus sèches. La respiration a perdu son caractère soufflant. — Quatrième piqûre, 5/500.

© BIU Santé

11 *juillet*. — Appétit bon. Amélioration continue. Poids 44 kilog. 500, 5/500. — 13, sixième piqûre. 5/500. — 16, il n'y a plus de crachats. 8/500. — 18, état très bon. 15/500. — 20, 23, 25, 15/500. Pèse 45 kilog. — 27, 20/500. — 30, 20/500.

1er *août*, 20/500. — 5, 3/50 de milligramme. — 10 et 13, 3/50. La malade pèse 45 kilog. 750. — 15, 6/50. — 17, 6/50. — 20, 8/50. — 22, 10/50. Poids 93 livres. 24, 10/50. — Après cette piqûre, il y a eu une ascension de température à 39°,2 avec sueurs, courbature et étourdissement. Les signes d'auscultation ont diminué d'une façon notable. On n'entend plus rien en arrière et à gauche. En avant, du même côté, respiration saccadée avec quelques craquements.

27 *août*, 3/50. La malade se trouve très bien. — 29, 5/50.

Les 3, 5 et 9 *septembre*, 5/50. — 11, 5/50. — 13 et 16, 6/50. — 21, 8/50. T. 37°. — 23, 9/50. Quelques craquements au niveau de l'omoplate gauche.

25 *septembre*, 10/50. Rien au niveau de l'omoplate, mais quelques craquements au niveau du sommet droit. — 28, 10/50. — 30, 1/5 de milligramme. Poids 45 kilog. 810 gr.

2 *octobre*, 2/5. Quelques râles fins en avant et à gauche. Rien à droite. — 5, 2/5. Un peu de chaleur le soir de cette injection (38°,2), malaise et vertige.

9 *octobre*. — On diminue légèrement la dose, 2/5. La malade se trouve très bien. Elle ne crache plus.

Observation V. — Aud... Joseph, 39 ans. Père et mère bien portants, 70 ans. Un frère qui ne tousse pas; une sœur bien portante. Marié : femme bien portante. Un enfant mort à 4 mois : abcès du cerveau; 3 autres enfants bien portants.

Antécédents personnels. — A 17 et 18 ans, rhumatisme articulaire; à 20 ans, fièvre typhoïde grave. A commencé à 14 ans dans le commerce. Il y a 5 ou 6 ans, à Rouen, a eu des battements de cœur très violents; un médecin a prescrit de la digitale et a dit qu'il avait une maladie de cœur. Avait des crises nerveuses et des cauchemars il s'agissait d'alcoolisme : prenait régulièrement des apéritifs. — A beaucoup abusé à cette époque des grogs. Depuis, employé à la confection.

Etat actuel. — En mars 1896, a eu un rhume, depuis a toujours toussé. A cette époque, a craché du sang pur; depuis jamais. Tousse la nuit, est oppressé en se couchant à gauche. Crache abondamment : mucus épais blanchâtre, quelques parcelles verdâtres; sue énormément la nuit. Ne s'essouffle pas facilement. A maigri beaucoup, surtout il y deux mois. Bacilles nombreux.

Poumon droit : Submatité en avant : inspiration rude et basse, expiration prolongée. En arrière craquements. — *Poumon gauche* : Matité en avant et en arrière; gros craquements et râles humides dans la fosse sus-épineuse, craquements dans la fosse sous-épineuse. — *Cœur* : insuffisance mitrale légère. — *Poids* au 17 août : 47 kilog. 300.

17 *août* — Première piqûre, 1/50. — 19. 3/500.

23 *août*, 1/50. — 26, 2/50. — 28, 2/50. — 30, 2/50.

2 *septembre*, 3/50. — 4, 2/50. — 6, 4/50. — 9, 5/50. — 11, 7/50. — 13, 10/50. — A abandonné son traitement du 13 septembre au 26 octobre.

26 *octobre*, 2/50. — 28, 4/50. — 30, 6/60.

2 *novembre*, 10/50. Poids 46 kilog. 360. — 4, 2/5. Poids 46 kilog. 780. — 6, 3/5. Poids 47 kilog. — 9, 1 milligramme. Poids 47 kilog. 500. — 11, 1/2 milligr. — 13, 1/2 milligr. — Traitement interrompu par l'entrée en place du malade.

Nous avons depuis revu le malade qui se trouve en très bon état de santé.

Observation VI. — Dess..., 34 ans. — Peintre en bâtiments. Rien aux antécédents héréditaires. A fait des excès alcooliques prolongés, malade depuis 1881. Soigné depuis, un an au, dispensaire de Belleville. — Pesait, il y a 3 ans, 68 kilog. Poids actuel : 61 kilog.

Côté droit : en avant, matité, frottements, râles sous la clavicule et retentissement de la toux. Un peu plus bas, bouffées de gros râles humides et gargouillement. Il y a là une petite caverne. — En arrière : frottements pleuraux et craquement humides dans les fosses sus et sous-épineuse.

Côté gauche : en avant : submatité. Respiration saccadée. En arrière, frottements pleuraux dans la fosse sus-épineuse.

Hémoptysies à plusieurs reprises, durant les deux dernières années. Sueurs profuses, essoufflements. — Crachats très abondants, épais, compacts, jaune-verdâtre. Temp. 38° en moyenne le soir. — Voies digestives en bon état; le foie est gros, et le malade présente une teinte sub-ictérique des conjonctives.

2 *juillet*. — Première piqûre, 1/500. — Deuxième piqûre, 2/500. Le malade a moins toussé, crachats abondants, blancs et mousseux. Il y a un peu de fièvre, de sueurs, mauvais sommeil. — 4 *juillet*, troisième piqûre, 2/500.

9 *juillet*. — Tousse moins et plus sec. Crachats blancs et mousseux au matin, redeviennent jaunes l'après-midi. Respiration difficile; quatrième piqûre 3/500. — 11 juillet absent. — 13, 5/500. — 16, 5/500. — 18, 8/500. — N'a pas toussé de la nuit, a marché très vite pour venir, sans s'essouffler. — Poids 61 kilog.

20 *juillet*, 10/500. — 23, neuvième piqûre, 10/500; ne crache presque plus. — 25, 15/500. — 27, 18/500. — 30, 18/500.

1er *août*, 2/50. — 5, quinzième piqûre, 3/50. — 7, 3/50. — Le malade ne présente pas de fièvre. Sa température reste à 37°/37,°2 et la toux est de plus en plus rare. Ses crachats sont mousseux et purement salivaires, pas d'oppression, marche vite, facilement. Plus de sueurs. Retour complet d'appétit;

1er *août*, 4/50. — 13, 4/50. — 15, 5/50. — 20, 6/50. — 22, 7/50. — 24, 8/50. — 27, 18/50 (1/5).

29 *août*, 1/5. — Le malade a contracté une bronchite en travaillant dans un courant d'air. Il a eu des courbatures et a toussé abondamment. Crachats gras et jaunâtres. — Absent jusqu'au 7 septembre. — 7 septembre : 2/5, état excellent. — 9, 4/5. — 12, 1 milligramme.

1er *décembre*. — Le malade a reçu des doses de 10 et 15 milligrammes, on peut le considérer comme guéri.

Observation VII. — Guill..., menuisier, 37 ans, mère morte d'une maladie de cœur. Père vivant, 77 ans. Un frère mort à 20 ans, de fièvre typhoïde. Un frère malade. Le médecin prétend qu'il n'a qu'un poumon. Une sœur 30 ans, faible de poitrine. Cette sœur a eu un premier enfant qui est mort, — un deuxième va bien.

Notre malade a 7 enfants vivants. 5 autres sont morts, (méningite gastro-entérite, convulsions). Une petite fille vivante est atteinte de gastro-entérite tuberculeuse. Un enfant, âgé de 15 ans présente une atteinte bacillaire au poumon.

Exerce la profession de menuisier. Est très sobre. A 20 ans semble avoir eu une pleurésie qui l'a tenu 25 jours alité. A 24 ans, il était pris de fièvre, de sueurs nocturnes et toussait abondamment. Depuis 4 ou 5 ans, ses forces diminuent. Il a craché du sang, en avril 1896, à la suite d'un chaud et froid. A cette époque il transpirait beaucoup la nuit. Il s'essouffle très facilement et a toutes les peines pour parcourir les 1.000 mètres qui le séparent du dispensaire. Il crache beaucoup depuis un an. Crachats jaunes verdâtres puriformes. Depuis 4 ou 5 semaines, les forces ont considérablement diminué. Il tousse et crache jour et nuit et ne dort pas.

Côté droit. Submatité en avant et en arrière. En avant : respiration rude et basse, expiration prolongée. En arrière : craquements fins dans la fosse sus-épineuse. Retentissement de la toux et de la voix. — *Côté gauche*. Submatité en avant et en arrière. En avant, respiration rude et saccadée, gros craquements. En arrière, craquements et râles sous-crépitants. Poids moyen 70 kilog. en 1895. Poids au 6 août 61 kilog. 800.

6 *août*, première injection, 1/500. 9. A moins toussé, a moins craché, a eu moins de fièvre. 4/500. 11, 1/5. 13, 10/50, 1/5. 16, 10/50. 18, 2/5. 23, 26, 28, 2/5.

30 *août*, 4 *septembre*, 9, 3/5. Poids 68 kilog. 11, 16, 23, 4/5. 25, 28, 30, un milligramme. Poids 68 kilog. 600.

Le 2 *octobre*, ne tousse plus, travaille toute la journée. 12, 2 milligrammes. 21, 3 milligrammes. 26, 2 milligrammes 1/2.

2 *novembre*, 4 milligrammes. 6, 69 kilog. 680. 13, 5 milligrammes. Etat excellent. Tous les signes physiques ont disparu.

Observation VIII. — Mme Cha..., 29 ans. *Antécédents héréditaires*. Père et mère bien portants. Frère et sœurs bien portants. Début de la maladie en décembre 1896. Amélioration de l'état à la fin de l'hiver; rechute en mai 1897. — A passé tout l'été à la campagne (juillet et août). Rechute en septembre. Vient consulter le 5 octobre.

© BIU Santé

Etat actuel. — *Poumon droit* : matité en avant et en arrière ; râles sous-crépitants en avant sous la clavicule et, en arrière, dans la fosse sus-épineuse, gros râles humides disséminés dans tout le sommet ; craquements sous la clavicule. — *Poumon gauche* : Rythme saccadé ; respiration supplémentaire. Essoufflement ; quintes de toux fréquentes ; hémoptysie le 25 septembre 1897. Pas de sueurs actuellement ; a beaucoup sué en décembre 1896 et janvier 1897. Amaigrissement. — Température moyenne, 38°,5 le soir. 37°8, le matin. Digère bien ; constipée. Est mal réglée ; en mai, juin, (sang très blanc). Depuis juillet est mieux réglée. Sang de belle apparence.

5 *octobre*, 2/500. — 7, 4/500. Crachats mousseux abondants et clairs ; pas de sueur, bon appétit (il revient) ; pas de fièvre.

9 *octobre*, 6/500 crachats plus clairs ; appétit revient très fort, pas de fièvre, se sent plus forte 37°,8. — 11, 10/500. Respiration bien plus facile ; forces et appétit. Crachats complètement modifiés (un ou deux le matin un peu jaunes ; le reste du temps clairs et mousseux) ; température 36°,7. Poids : 64 kilog. — 13, 2/5. — 15, 2/5. — 18, 2/5. — 22, 3,5. — 25 et 27, 4/5. — 29, 1 milligramme.

3 *novembre*, 1 milligramme. — 8, 2 milligrammes. — L'amélioration continue ; la malade ne tousse plus, a des crachats mousseux et bien aérés où il est impossible de retrouver le bacille. Elle mange avec appétit et vaque sans fatigue aux soins de son ménage. Il n'y a pas de transpiration.

Observation IX. — Sch..., Pierre, 18 ans, serrurier. Ce malade arrive très fatigué ; il peut à peine marcher et a cessé tout travail depuis huit jours. Aucun antécédent héréditaire. Travaille depuis l'âge de 14 ans. A commencé à tousser en mars 1897. Toux très fréquente et pénible, puis quelques jours après violente hémoptysie. A eu cinq hémoptysies en trois semaines. Depuis n'a pas cessé de tousser. Sueurs profuses la nuit ; vomit en toussant ; pas de diarrhée. Submatité au sommet gauche. Sous la clavicule gauche, respiration saccadée. Retentissement de la toux, piaulements et bouffées de râles fins. Rien à droite. — Insuffisance mitrale très nette.

Traitement commencé le 16 octobre 1897. Poids, 56 kilog. 260. 1/500. — 19, 2/500. — 21, 4/500. — 23, 8/500. — 26, 1/50. Poids, 57 kilog. 760. — 28, 2/50. — 30, 3/50.

2 *novembre*, 5/50. La respiration est beaucoup plus aisée et facile. — 4, 6/50. — 6, 5/40. — Poids, 58 kilog. 460. Amélioration considérable et très rapide.

Il n'y a plus, à l'auscultation, que de la respiration saccadée, en avant sous la clavicule gauche, et du retentissement de la toux. Au 15 novembre on est arrivé à injecter 2/5 de milligramme. L'appétit est excellent, et le malade travaille sans fatigue. Il n'y a plus de sueurs et les râles fins ont disparu.

1er *décembre*. Le malade a reçu 10 milligrammes et a cessé tout traitement. Il travaille et peut être considéré comme guéri.

Observation X. — Mme Sch..., 41 ans. — *Antécédents héréditaires*. Mère morte de phtisie galopante. Deux frères morts de méningite. — *Antécédents personnels*. Rougeole à 6 ans. Il y a quatre ans, pleurésie gauche. La même année, congestion pulmonaire à droite. Matité au sommet droit, quelques craquements secs. Râles humides sous la clavicule. Frottements dans la fosse sus-épineuse gauche. Bacilles dans les crachats qui sont verdâtres et épais. Hémoptysies en 1894, 1895, 1896 et 1897. Amaigrissement notable depuis trois mois. Pas de sueurs nocturnes.

Traitement commencé le 2 *octobre* 1897. Poids, 43 kilog. 360. 1/500. — Le 5, 3/500. — Le 7, 6/500. — Le 9, 10/500. — Règles abondantes et de bonne apparence (La malade n'était plus réglée depuis cinq mois).

12 *octobre*, 20/500. — 14, 3/50. — 16, 4/50. — 19, 5/50. — 21, 8/50. — 24, 8/50. Poids, 47 kilog. 440. — 26, 1/5. — 28, 2/5.

2 *novembre*, 3/5. — 4, un milligramme. — 6, un milligramme. Poids, 47 kilog. 900. — Crachats nuls, salivaires, sans aucune particule colorée. Forces revenues ; excellent appétit. Les signes stéthoscopiques ont disparu. On continue les piqûres.

Observation XI. — Mart... Alphonsine, 20 ans, femme de chambre. — Mère morte de la poitrine. Un frère et un cousin morts poitrinaires. Une sœur actuellement poitrinaire. Poumon droit, inspiration rude et basse ; expiration prolongée ; craquements, submatité. Poumon gauche, submatité ; respiration saccadée. Sueurs nocturnes et diarrhée. Cette malade a tous les jours depuis un mois plusieurs hémoptysies abondantes par jour. La première date d'il y a un an. Le 19 septembre son hémoptysie a été particulièrement violente, si bien que venant à l'Hôtel-Dieu, elle a été dirigée vers la consultation de chirurgie. Poids 49 kilog. 100.

21 *septembre*. — 1/500, trois hémoptysies dans la journée. — 23, 1/500. Le 22 et aujourd'hui deux hémoptysies. Très affaiblie. — 25, 3/500. Pas d'hémoptysie. — 28, 4/500. A eu le 27 une nouvelle hémoptysie très abondante. — 30, repos.

2 *octobre*. — Repos. — 5, 8/500. — 7, 10/500. — 12, 2/50. — 14, 1/50. A eu hier une petite hémoptysie. — 16, 2/50. — 19, 4/50. Hémoptysie. — 21, repos. Poids 50 kilog. 600. — 23, n'a pas eu d'hémoptysie, 5/50. — 26, ne crache plus le sang. A eu un peu de diarrhée hier, 10/50. — 28, 10/50. Se trouve transformée. Respire bien, ne s'essouffle plus. Pas d'hémoptysies. Poids, 51 kilog. 100. — 30, 2/5.

2 *novembre*. — 3/5. — 4, 4/5. — 6, 1 milligramme. Se trouve très bien, ne tousse plus, ne crache plus et mange avec voracité.

Observation XII. — Del... Anatole, menuisier. Père mort de laryngite et de bronchite tuberculeuses. Marié, une fille atteinte de coxalgie. Antécédents alcooliques. Tousse depuis 1894, tous les hivers. Laryngite depuis 1896. La toux est surtout fréquente et pénible la nuit. Hémoptysies à plusieurs reprises. Les cordes vocales sont le siège d'un œdème très marqué. Glotte très rétrécie. Douleur au niveau des aryténoïdes et du cricoïde. Pas d'ulcérations laryngées. Voix basse et rauque.

Poumon droit, matité et gros râles humides en avant. Un foyer de râles sous-crépitants dans la fosse sus-épineuse. Sueurs nocturnes. Crachats verts renfermant de nombreux bacilles. Point de côté à gauche. Pas de douleurs à la déglutition. Poids au 5 octobre, 56 kil. 800. Première piqûre, 2/500.

7 *octobre*. — 4/500. Le point de côté a disparu. Toux moins fréquente. Plus de sueurs. — 9, 8/500. Respire mieux. N'a pas toussé la nuit dernière. Voix toujours cassée. Se sent plus fort et a moins mal dans les jambes. — 12, 10/500. — 19, 20/500. Amélioration. — 21, 4/50. — 23, 6/50. La gorge va mieux, la voix est meilleure et le malade trouve une différence en bien considérable. — 26, 1/5 — 28, 2/5. — 30, 3/5. Poids, 53 kil. 940.

2 *novembre*. — Un milligramme. L'œdème des cordes vocales s'est notablement affaissé. Il existe encore un double plateau œdémateux. La glotte est plus libre et le fonctionnement des aryténoïdes est facile. Le traitement continue. — Le 13, on a fait une injection de 5 milligrammes. La voix est meilleure et le malade travaille sans fatigue. Il continue à bien manger.

Observation XIII. — Charl... Paul, 34 ans. Mère morte de la poitrine. La bronchite a commencé en 1896. Malade d'aspect cachectique. Essoufflement considérable. Expectoration purée de pois. Grosse caverne au sommet droit. Petite caverne au sommet gauche. Sueurs très abondantes. Diarrhée presque continuelle. Poids au 6 septembre, 46 kilog. 100.

6 *septembre*. — On renvoie le malade sans lui faire de piqûre, et on lui ordonne des pilules calmantes. Il réussit à entrer à l'hôpital d'où il est renvoyé au bout d'une semaine. Il nous revient le 7 octobre et nous supplie de le piquer.

7 *octobre*. — 1/500. — 9, le malade a vu disparaître ses points de côté et a été moins essoufflé. Sueurs insignifiantes. 2/500. — 12, 4/500. A eu une abondante évacuation de crachats. Se sent plus fort. — 14, 1/50. — 19, 1/50. — 21, 1/50. — 23, 1/50. Poids 48 kilog. 420. L'appétit revient. — 28, 2/50. — 30, 2/5.

En *novembre*. — 3/5. Très grande amélioration de l'état général. — 4, 3/5. — 6, 4/5. — Il y a moins d'expectoration. Les crachats sont jaunâtres, certains sont aérés. Les sueurs ont disparu ainsi que la diarrhée. Appétit excellent. Etat pulmonaire : un peu plus de sécheresse. — Le malade est dans des conditions déplorables au point de vue social. Il couche en garni, et est expulsé constamment, faute de paiement. Il est à peine couvert, et se nourrit de soupe ou de pain. Il ne peut pas travailler.

© BIU Santé

Ce cas est remarquable, en ce que l'amélioration obtenue l'a été chez un tuberculeux porteur de grosses cavernes.

Observation XIV. — Bri..., ciseleur. Réformé, en 1890, pour bronchite tuberculeuse. Petite fille tuberculeuse. Pleurésie droite à 18 ans. Très essoufflé. Hémoptysie en novembre 1896. Fièvre tous les soirs. A beaucoup maigri. Vomissements.

Poumon droit. — En avant : Inspiration rude et basse. Expiration prolongée et saccadée. Craquements après la toux. Frottements à la base, en arrière. — *Poumon gauche.* — Rythme saccadé sous la clavicule. Gros frottements, râles dans la fosse épineuse, et respiration soufflante. Bacilles de Koch.

9 *septembre*, 1/500. — 11, 3/500. — 13, 1/50. Poids, 55 kilog. 100. — 16, 2/50. — 18, 2/50. — 23, 3/50. — 25, 3/50. — 28, 4/50. — 30, 3/50. — 2 octobre, 1/5. La toux a très diminué ; il n'y a plus de vomissements.

5 *octobre*, 1/5. — 7, 2/5. — 9, 4/5. — 12, 1 milligramme. Les sueurs commencent à disparaître. — 16, 3/5. — 19, 1 milligramme. Pas de fièvre. — 21, 1 mill. 1/2. Amélioration générale. — Il n'y a plus de craquements et le rythme respiratoire devient plus moelleux. — 23, 1 milligramme. — 26, 1 milligramme. — 28, repos. Poids, 55 kilog. 950. — 30, 1 mill. 1/2.

2 *novembre*, 2 milligrammes. — 4, 2 mill. 1/2. Poids, 56 kilog. 900. — 6, 2 mill. 1/2. — Le traitement continue. Il n'y a plus de bacilles dans les crachats.

Observation XV. — Aub..., Julien, maçon, 29 ans. — Antécédents alcooliques. Femme morte de tuberculose pulmonaire. Début de la maladie en août 1895. Tousse beaucoup. Crachats jaune verdâtre très abondants. Essoufflement continuel. Pas d'hémoptysie. Fièvre tous les soirs entre 38° et 39°. Amaigrissement marqué.

Poumon droit, submatité. — *Poumon gauche*, en avant, râles humides et ronflants descendant très bas. *En arrière*, au sommet, râles et craquements. Matité absolue. A la base, respiration soufflante. Sueurs nocturnes profuses. Appétit médiocre.

4 *octobre*. — Poids, 61 kilog. 1/500. — 5, 4/500. — 7, 6/500. — 9, 10/500. — 12, 10/500. Le malade n'éprouve aucune modification à son état. La température a pourtant baissé et oscille tous les soirs entre 37° et 37°,5. — 14, 1/50. — 16, 2/50. — Le malade tousse moins la nuit et n'a plus de sueurs. Toujours pas de fièvre. — 19, 4/50. — 21, 6/50. — 23, 10/50. Poids, 62 kilog. — 26, 2/5. Appétit très augmenté. — 28, 3/5. Poids, 62 kilog. 700. — 30, 4/5.

2 *novembre*. — Un milligramme. Tousse beaucoup moins, pas de sueurs, pas de fièvre. Signes physiques persistent. — 4. A eu, le soir de la dernière piqûre, une poussée fébrille qui a atteint 38° pendant une demi-heure. S'est trouvé ensuite très bien. — 6. Un milligramme. Le traitement continue. — 13. Il a été donné successivement, 2, 3 et 4 milligrammes. L'état pulmonaire s'améliore tout doucement. L'état général a subi une transformation complète.

Observation XVI. — Mlle Hau..., 24 ans. Père mort de la poitrine à 50 ans. Mère morte à 40 ans. Une sœur bien portante. Une sœur très faible. Pas de convulsions. Réglée à 15 ans. Il y a quatre ans, bronchite. A toujours toussé depuis. Crachats abondants, souvent sanguinolents, d'aspect jaunâtre.

Poumon droit, en avant, inspiration rude et basse ; expiration prolongée et saccadée ; craquements fins dans la fosse sus-épineuse ; submatité et retentissement de la toux ; rien du côté gauche. Poids, le 11 juin, 50 kil. 800. Première injection, 1/500.

14 *juin*. — Un peu de fièvre, dans la nuit du 12 ; crachats sanguinolents ce matin ; moins de toux. 2/500. — 16, appétit amélioré, pas de crachats sanguinolents ; au réveil, pas de fièvre. 6/500. — 18, 8/500. — 21, 10/500. — 23, ne tousse pas, n'a pas eu de crachats. — 25, règles abondantes et rouges, un peu douloureuses. — 28, un peu de sang dans le crachat, ce matin 1/50. — 30, 2/50.

2 *juillet*. — Poids, 51 kil. 360. A quelques étourdissements. — 7, pas de crachats, tousse de temps en temps. Appétit excellent, 3/50. — 22, 4/50 ; poids, 51 kil. 800. — 26, 5/50. — 30, 6/50.

2 *août*. — 6/50. — 13, 7/50 ; poids, 54 kil. 100. — 16, quelques quintes de toux rares, crachats mousseux et clairs. 8/50. — 20, tousse beaucoup moins. 10/50.

10 *septembre*. — Revient de la campagne où elle a passé quelques jours, se trouve très bien. Poids, 54 kil. 200, 1/5 de 1/2 milligramme. — 13, 1/5. — 17, 1/5 ; poids, 54 kil. 700. — 8, 2/5. 11, 2/5.

8 *octobre*. — 2/5. — 11, 2/5. — 18, 1/2 milligramme. — 22, 1/2 milligramme. — 25 et 26, 1/2 milligramme. Va très bien. Il n'y a plus de bacilles de Koch dans les crachats. — 29, 1 milligr. Excellent état. Amélioration très grande.

1er *décembre*. — La malade peut être considérée comme guérie.

Tuberculose rénale, vésicale et pulmonaire.

Observation XVII. — Lafont..., 32 ans, comptable. Un frère mort de tuberculose pulmonaire. Le malade a eu la fièvre typhoïde, il y a deux ans, et, depuis cette époque, ne s'est jamais bien porté. Il a bu beaucoup. Tousse depuis plus d'un an. Expectoration jaunâtre. Hémoptysies à deux reprises différentes. — *Poumon droit.* Submatité. Gros craquements et râles humides sous la clavicule. — *Poumon gauche.* Submatité et obscurité sous la clavicule. — Sueurs nocturnes très abondantes.

En mai 1897, le malade a eu une hématurie peu abondante, composée surtout de petits caillots détachés. Il y avait aussi des parcelles de mucus, assez compactes, striés de sang. Ces grumeaux sanguinolents ont persisté plusieurs jours, et ont, par la suite, réapparu de temps en temps. A cette époque, on a trouvé une notable quantité d'albumine dans les urines, et les jambes ont enflé. Il y avait 0,80 centigrammes d'albumine par litre. A partir de ce moment les urines ont été troubles. Celles qui ont été recueillies dès le début du traitement présentaient les caractères suivants : réaction franchement acide. Par le repos, il s'est formé : une couche inférieure composée de particules grisâtres formant un dépôt très épais, avec filaments sanguinolents et une couche supérieure très trouble. Il y a eu de temps en temps un éclaircissement passager des urines, mais le dépôt n'a jamais cessé de se faire en plus ou moins grande abondance. On n'a pu réussir à déceler le bacille de Koch dans ce dépôt.

Depuis mai 1897, les mictions sont devenues très fréquentes, à tel point qu'au jour où le malade est venu nous consulter, elles se répétaient toutes les 20 à 25 minutes ; et le malade n'avait que le temps de se précipiter vers son urinoir. Il n'y a pas de douleurs rénales, si ce n'est une pesanteur continuelle de la région, une sorte de tiraillement. Il y a, au niveau de la vessie, quelques épreintes surtout vives, les jours où les mictions sont fréquentes. L'appétit est nul, il y a de la fièvre tous les soirs et des sueurs nocturnes. Le malade est pâle, de teinte jaunâtre, et très amaigri. Il a eu plusieurs fois de la diarrhée. Rien aux vésicules. Poids, 62 kilog.

11 *septembre*, 1/500. — 13, 2/500. — 15, 2/500. — 18, 4/500. — 21, 10/500. Poids, 62 kilog. 600. — 23, 10/600. — 25, 1/50. — 28, 1/50. — 30, 1/50.

2 *octobre*, 1/50. A eu une légère hémoptysie. — 9, 4/50. Poids, 63 kilog. 600. Le malade tousse moins et sue moins. Il dort avec calme. Les urines examinées ont permis de constater une disminution considérable du dépôt qui est composé de flocons blanchâtres dont quelques-uns sont striés de sang. Le malade n'urine plus que 4 ou 5 fois dans les 24 heures. Il a passé plusieurs nuits sans se relever pour uriner. Encore des traces d'albumine. Le malade mange des viandes rôties rouges et blanches, des légumes verts et en purée. Il boit du lait. Plus de douleurs de reins ou vésicales.

12 *octobre*. — 8/50. — 14, 1/5. — 16, 1/5. — Les crachats ont à peu près disparu. Ceux qui viennent sont salivaires. Pas de sueurs. — 19, 2/5. Poids, 64 kilog. 500. — 21, 2/5. — 23, 3/5 — 26, 4/5. — 28, un milligramme. — 40, un milligramme.

2 *novembre*. — Un milligramme. — 3, repos. — 6, un milligramme 1/2. — Les urines sont absolument claires. On n'y voit plus de trace de dépôt. Plus de sang, plus de douleurs. Auscultation complètement modifiée. Il n'y a plus que quelques différences au point de vue du rythme respiratoire. Le malade mange de tout avec appétit. Il reste au lait comme boisson.

Il est bon de faire remarquer que le malade boit du lait

© BIU Santé

depuis mai 1897, et qu'il a même été à plusieurs reprises au régime lacté absolu. Depuis le 11 septembre, il mange comme il a été dit, il boit du lait. Le régime lacté seul n'avait amené aucune amélioration dans son état. Le traitement sera poussé plus loin.

1er *décembre*. — Guérison complète.

Le Traitement par la Tuberculine.

1° *Choix des malades*. — D'après Koch et ses élèves, on pourrait distinguer trois stades à la marche de l'envahissement de l'organisme par la tuberculose. Les choses se passeraient un peu comme pour la syphilis.

Dans un premier stade, les glanglions lymphatiques seraient pris; dans un second, les tissus (plèvre, peau, poumon) seraient envahis par les tubercules. Le stade tertiaire serait représenté par le processus ulcératif, compliqué de destruction des tissus.

Petruschky fait remarquer que dans le stade tertiaire on observe souvent des infections mixtes aiguës, provoquées par des agents infectieux divers. On distinguera donc dans ce stade, deux variétés : l'une (stade III A) tuberculose pure, exempte de fièvre ; l'autre (stade III B) constituée par l'infection aiguë des plaies que présentent les tissus ulcérés.

Dans les cas les plus avancés, cette seconde variété rappelle entièrement la septicémie, et fort souvent on observe une infection septique généralisée, avec une issue fatale. On peut enfin distinguer, pour les besoins de la clinique, une variété intermédiaire constituée par la période de transition dans laquelle le poumon, déjà ulcéré, subit des attaques infectieuses répétées (Petruschky). Les premiers stades passent en général inaperçus et ce n'est d'ordinaire qu'à la période de stade intermédiaire que les malades viennent trouver le médecin.

L'idéal, pour la méthode de Koch et sa bonne application serait de traiter les malades, dès qu'il serait possible de démontrer l'existence d'une infection ganglionnaire.

Cette infection pourrait être découverte, au moyen de piqûres d'épreuve faites avec la première tuberculine de Koch ou avec TO, et à ce titre, il serait très désirable que les médecins veuillent bien recourir à ce si précieux moyen de diagnostic. Le stade secondaire, au cours duquel il n'existe que des tubercules sans ulcérations, peut encore être très favorablement traité par TR. Mon expérience personnelle, appuyée par les écrits de Petruschsky, de Baudach, de Springer, de Desplats, etc., me permet d'affirmer qu'à cette époque la guérison est pour ainsi dire certaine.

Dans les cas appartenant au stade III, il y a toujours l'ennui de se voir obligé d'interrompre le traitement par suite de l'entrée en scène des infections secondaires. Cette complication est à redouter dès que l'ulcération est assez étendue pour qu'une communication avec les voies aériennes, se manifestant par une expectoration riche en bacilles, se soit établie. Il y a toujours alors de la fièvre.

Je ne crois pas cependant que les malades ayant des communications bronchiques nettement établies, ne puissant pas bénéficier du traitement de Koch.

Dans toutes les observations que j'ai citées de tuberculose pulmonaire, il n'est pas un seul cas où le poumon ne fût plus ou moins ulcéré. Dans tous les cas, les bacilles ont été recherches et trouvés; tous ces malades ont été soumis à un traitement très régulier. Chez aucun, il n'y a eu le moindre incident à déplorer, pas un seul n'a eu d'élévation de température, et tous ont été améliorés. Quelques-uns peuvent être considérés comme guéris. Le nombre des cas où les bacilles ont complètement disparu des crachats, est assez notable, et nous espérons amener cette disparition chez ceux où ils persistent encore. Nous avons fait plus : certains malades, franchement caverneux, ont été mis au traitement et il n'y a pas de doute que leur état général se soit amélioré.

Nous ne pensons cependant pas que ces malades soient susceptibles de guérir : peut-être sera-t-il possible d'établir chez eux un *modus vivendi*, compatible avec une existence quelque peu durable. C'est déjà beaucoup que de pouvoir prolonger, en médecine.

Tous les efforts du médecin devront donc, avant d'instituer le traitement de Koch, et pendant ce traitement, tendre à l'atténuation des infections secondaires. La cure au grand air, l'hygiène de l'habitation et des vêtements, l'antisepsie buccale, devront être appliqués dans la mesure du possible. Une fois la fièvre tombée ou très diminuée, on pourra injecter TR, même chez les malades du stade III, et l'on aura souvent la satisfaction de voir diminuer les phénomènes d'intoxication. Une amélioration sensible, au cours de laquelle l'appétit s'est rétabli, a été observée par moi dans trois cas où il y avait de grosses cavernes. Il ne faut pas oublier dans la lutte contre les infections secondaires que la plupart sont dues à la transmission d'homme à homme.

En résumé, on peut traiter en toute sécurité et avec les meilleures espérances tous les malades du stade I, du stade II, et également du stade III commençant. En ce qui concerne les variétés avancées du stade III, les résultats sont très problématiques ; mais, en tout cas, on ne fera jamais courir de danger au malade. Il faudra employer tous les moyens pour éviter et combattre les infections secondaires.

Application du traitement.— Autant qu'il sera possible au médecin traitant, le diagnostic aura toujours été fait avant de commencer le traitement, par l'examen bactériologique des crachats, ou quelques injections répétées d'ancienne tuberculine ou de TO. On injecterait de 1 milig. 5 à 10 milligrammes avec poses intercalaires.(Petruschky). Autrefois, avec l'ancienne tuberculine,on devait chercher à obtenir chaque fois des réactions locales faibles. La plupart des malades outre les réactions locales appréciables à la vue ou à l'auscultation, présentaient une réaction générale. La dose, pour obtenir cette réaction, était variable suivant les cas et suivant les sujets, et il est remarquable que les malades jeunes, présentant de la sensibilité à la pression du rachis, sont surtout sensibles à la réaction. Avec les nouvelles préparations de tuberculine, seule la tuberculine de la couche supérieure TO, réagit comme la première tuberculine. La tuberculine résiduelle TR, exclusivement employée par nous dans un but curatif, ne provoque pas de réaction. Il est certain cependant que de la fièvre surviendrait, si l'on injectait d'emblée de fortes doses à certains malades, surtout à ceux du stade III. On commencera en général par une dose de 1/500 de milligramme, et on procédera aux nouvelles injections en augmentant lentement de 2/500 tous les deux jours. On pourra procéder en doublant les doses mais cela jusqu'au moment seulement où on aura atteint la dose de 10/500 de milligramme, soit 1/50. A partir de ce moment il faut augmenter 50e par 50e, et on arrivera de la sorte à injecter 10/50, soit 1/5 de milligramme. Cette dose atteinte, progresser par cinquièmes en insistant sur la même dose plusieurs fois de suite, suivant la façon dont elle aura été supportée. 5/5 représéenteront 1 milligramme d'extrait sec. J'ai l'habitude, à partir du milligramme, de n'injecter que deux fois par semaine, en augmentant chaque fois d'un demi-milligramme. J'injecte plusieurs fois la même dose en tenant bien compte de l'état local et général du malade. Pour rendre la tuberculine maniable et facilement dosable, nous employons une série de solutions dont voici l'échelle : tout d'abord *le deuxième titre*, dont chaque flacon contient 20 centimètres cubes d'une solution à 10 milligrammes d'extrait sec dans 500 centimètres cubes d'eau glycérinée à 20/100. Le chlorure de sodium a depuis le début été déconseillé par Koch, pour la préparation des solutions.

Voici l'échelle des doses fournies par le deuxième titre :

© BIU Santé

2 gouttes de la seringue Pravaz représentent	1/500
4	2/500
6	3/500
8	4/500
10	5/500
12	6/500
14	7/500
16	8/500
18	9/500
20	10/500
soit	1/50

On peut, à partir de ce moment, continuer en injectant la même solution centimètres cubes par centimètres cubes, soit :

1 centimètre cube	1/50
2	2/50
3	3/50
4	4/50
5	5/50
6	6/50
7	7/50
8	8/50
9	9/50
10	10/50
soit	1/5 de milligramme.

Ou bien employer une solution plus forte, à 10 milligrammes d'extrait sec pour 50 centimètres cubes d'eau glycérinée et dont chaque centimètre cube présente 1/5 de milligramme. Voici l'échelle de cette solution :

2 gouttes représentent.	1/50 de milligramme.
4	2/50
6	3/50
8	4/50
10	5/50
12	6/50
14	7/50
16	8/50
18	9/50
20	0/50
soit	1/5 de milligramme.

A partir de ce moment :

1 centimètre cube	=	1/5
2	—	2/5
3	—	3/5
4	—	4/5
5	—	5/5 = un milligramme, etc.

Une dernière solution sera faite, à raison de un milligramme par centimètre cube.

1 centimètre cube = 1 milligramme.
2 centimètres cubes = 2 milligrammes, etc.

Chez la plupart de nos malades nous n'avons pas dépassé les doses de 10 milligrammes. Nous nous proposons, cependant, chez ces malades qui paraissent guéris, autant d'après l'examen clinique, que d'après l'examen bactériologique, d'aller jusqu'à 20 milligrammes, d'extrait sec. Nous croyons inutile de dépasser cette dose.

La tuberculine TR, absorbée par les voies digestives, même à doses élevées, ne produit aucun effet spécial appréciable. Elle donnerait de bons effets employée en frictions cutanées, d'après Spengler, de Davos.

Toutes les préparations de tuberculine devront être faites dans des conditions absolues d'asepsie. Il faut cependant bien se garder de stériliser la solution glycérinée après que la tuberculine lui a été incorporée. La stérilisation du liquide glycériné doit être faite au préalable, et la tuberculine ne sera ajoutée que lorsque le refroidissement de la solution retirée de l'autoclave sera complet.

Le lieu d'élection des piqûres sera la région rétro-trochantérienne. Nous ne nous sommes pas bien trouvés des piqûres faites dans la région interscapulaire. On peut également piquer au bras avec commodité.

Nous employons des seringues bien stérilisables, que l'on met bouillir après chaque injection. Les aiguilles de Debove en platine iridié sont seules recommandables, et sont constamment immergées, durant les séances de piqûres, dans l'alcool absolu.

EFFETS IMMÉDIATS DES INJECTIONS ET RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES.

Nous avons fait un nombre considérable d'injections que nous évaluons à environ 2.000. Dans aucun cas, nous n'avons eu d'élévation de température. Chez une seule de nos malades cependant, toutes les doses inférieures à 3/5 de milligramme ont été parfaitement bien supportées, mais à trois reprises différentes, la dose de 4/5 a donné une élévation de température d'un degré la première fois, d'un degré et demi la seconde, de 4/10 la troisième fois. Depuis, cette malade a toléré parfaitement des doses supérieures.

Nous n'avons que très rarement observé des réactions locales au point d'inoculation. Deux de nos malades ont eu de l'induration persistante pendant trois jours, à la suite d'une piqûre ; une troisième a régulièrement, chaque fois, de la rougeur, sans induration au point injecté ; cette malade a constamment de l'urticaire et des poussées herpétiques.

Nous sommes convaincus que les lymphangites et indurations observées se sont produites du fait de l'injection des préparations premières à microbes étrangers, de tuberculine TR ; du fait de la mauvaise stérilisation du véhicule employé, et aussi du fait des opérateurs. On observe quelquefois après les fortes doses, le soir de l'injection, des phénomènes d'insomnie et d'agitation nerveuse, parfois, mais rarement, accompagnés d'une sensation de courbature. Ces symptômes durent quelques heures.

L'action de TR est très nette et remarquablement rapide, en ce qui concerne les phénomènes d'intoxication tuberculeuse. La fièvre tombe vite chez les malades traités, et, phénomène remarquable, les sueurs disparaissent avec rapidité. Souvent elles ne se montrent plus à nouveau. L'appétit revient, et, avec lui, un sentiment de bien-être général qui impressionne favorablement le malade. Chez beaucoup de nos malades ce retour d'appétit va jusqu'à la voracité.

Une de nos malades, atteinte de tuberculose aiguë à forme galopante, a eu, à la suite de piqûres, une disparition complète des sueurs et de la fièvre, et un retour des forces et de l'appétit qui semblait absolument paradoxal. Quelques semaines, les trois médecins distingués qui la traitaient ont pu croire avec nous à une guérison possible. Il n'en a rien été malheureusement. Le mal avait été abordé trop tardivement. Chez les malades qui crachent abondamment, il se produit habituellement une véritable débâcle de crachats dans les premiers temps. Puis les crachats s'éclaircissent, deviennent fluides et enfin s'aèrent avec rapidité.

Les hémoptysies sont heureusement influencées et nous avons cité une forme hémorragique où elles ont été complètement arrêtées. Les malades atteints de diarrhée, la voient souvent disparaitre en quelques jours sous l'influence du traitement.

Au point de vue des *tuberculoses locales*, voici quels sont les effets observés par nous. S'il existe un abcès tuberculeux à fleur de peau, et très fluctuant, on voit une fistule s'établir, une évacuation très abondante se faire, puis la suppuration cesse et la fistule se ferme en quelques jours. Il en est de même pour les trajets aboutissant à des lésions osseuses.

Les ganglions caséeux, mais non suppurés, forment d'habitude de grosses masses agglomérées, et où il n'est pas possible de distinguer chaque ganglion. Au bout de quelques jours, les ganglions se séparent, se différencient nettement, puis ils s'affaissent lentement et disparaissent.

Les ulcérations tuberculeuses se ferment non moins vite ; leur fond bourgeonne et leurs contours se rétrécissent.

© BIU Santé

Toute suppuration disparaît dès les premières piqûres, à leur surface. Nous avons cité notre observation de fistule anale, comblée dans un court espace de temps.

Pour le lupus, nous n'avons aucune expérience personnelle, mais le Dr Doutrelepont, professeur à la clinique des maladies cutanées de l'Université de Bonn, donne les conclusions suivantes : « Les résultats consignés jusqu'à ce jour parlent en faveur d'une action favorable de TR sur le lupus, car, dans tous les cas observés, on a pu constater une amélioration progressive très nette à la suite des injections de tuberculine. »

Le Dr Wœrner, de l'hôpital de Cumond (Souabe), donne des conclusions tout aussi favorables. Nous ne pouvons nous empêcher de citer encore cette observation si intéressante du Dr Seeligman (de Hambourg), qui attirera l'attention de tous les gynécologistes. Cette observation se trouvera bientôt appuyée d'une nouvelle qui nous est personnelle, et que nous publierons dans notre prochain mémoire.

Il s'agit d'une femme de 28 ans, atteinte au nez et à la main d'ulcérations tuberculeuses rebelles à tout traitement. Cette femme avait en outre, autour de l'utérus, deux tumeurs de la grosseur d'un poing d'enfant. Le col de la matrice était couvert d'ulcérations. La sécrétion purulente recueillie avec toutes les précautions possibles au niveau du col, fit découvrir la présence de nombreux bacilles de Koch.

Le diagnostic établi, on commença le traitement par TR. Il n'y eut pas le moindre accident, pas la moindre fièvre. Au bout de quelque temps, les deux tumeurs de l'utérus disparaissaient, ainsi que les ulcérations ; l'écoulement cessait ; les règles se rétablissaient. En même temps, les deux ulcérations du nez et de la main, au préalable photographiées, se cicatrisaient.

Les résultats thérapeutiques que nous avons obtenus ont été entièrement satisfaisants. M. le Pr Desplats (de Lille) a constaté chez quinze de ses malades une amélioration incontestable, et cela en un espace de temps relativement court. Pour notre compte personnel, nous avons traité quatorze cas de tuberculose chirurgicale. Les malades avaient épuisé toutes les médications connues, et leur état restait stationnaire depuis de longs mois ; chez beaucoup, il avait empiré. Sur ces malades, nous en comptons dix qui sont à l'heure actuelle complètement guéris. Trois sont si près de la guérison qu'on pourrait les ranger parmi les guéris. La tuberculose de la langue est cicatrisée et ne conserve plus qu'un peu de glossite interstitielle qui diminue tous les jours.

Le malade Alec..., porteur de gommes tuberculeuses au bras et à la jambe, a vu ces énormes pertes de subtance se cicatriser avec rapidité, seul l'abcès froid vertébral reste non entièrement résolu. Il diminue sensiblement, et il suffirait d'évacuer son contenu pour que la guérison fut complète.

Parmi nos cas de tuberculose pulmonaire, nous n'avons cité dans ce premier mémoire que les malades suffisamment engagés dans la voie de la guérison. Les cas rapportés sont au nombre de quinze. Sur ces quinze cas, il en est six où il n'est plus possible de retrouver de bacilles. La guérison est complète. Les neuf autres sont manifestement améliorés de façon très sensible. Leur guérison ne saurait se faire longtemps attendre.

Nous produirons dans quelque temps une nouvelle série de cas, qui sont actuellement en traitement et dont la plupart nous donnent les meilleures espérances.

Nous rapportons aujourd'hui trois observations de malades porteurs de cavernes. Chez ces malades il y avait des infections secondaires. Tous les trois ont été fortement améliorés, et, l'un d'eux, aurait probablement guéri, s'il avait eu plus d'esprit de suite et avait voulu sacrifier plus longtemps quelques heures par semaine sur ses journées de travail pour venir au dispensaire.

Un de nos cas a trait à une forme hémorragique grave. Quoique incomplètement guéri, nous avons tenu à le relater, persuadés que nous sommes, par plusieurs exemples analogues, que le meilleur traitement des hémoptysies rebelles est la tuberculine.

Un malade présentait une tuberculose laryngée diagnostiquée et suivie au moyen du laryngoscope. Ce malade est dans un état très satisfaisant et se transforme à vue d'œil.

Nous insisterons encore sur la valeur curative de TR, dans le cas ci-dessus relaté de tuberculose rénale et vésicale avec localisation pulmonaire. Le sujet qui fait l'objet de notre observation est aujourd'hui guéri et nous espérons, en le suivant longtemps et avec attention, le mettre à l'abri de toute récidive (1).

Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur les résultats obtenus aussi bien à l'étranger qu'en France, nous voyons que tous les expérimentateurs ont obtenu de bons résultats. Ceux qui sont hostiles à Koch, et à sa méthode, constatent ces résultats, mais les attribuent à toute autre cause que la tuberculine. Le plus grand nombre invoque, pour expliquer les améliorations survenues, l'hospitalisation des malades, leur repos, les bonnes conditions d'hygiène, la suggestion, etc.

Les travaux de ces auteurs ont paru en général très prématurément, et leurs expériences ont été faites avec la tuberculine fabriquée, dans de mauvaises conditions d'asepsie. Les premiers flacons contenaient tous des germes associés, extrêmement nombreux et variés. Depuis le mois d'août à peu près, la tuberculine livrée par Hœchst est absolument pure, et pas un des tubes ensemencés par nous à chaque ouverture de flacon n'a germé. Les conditions de l'expérimentation actuelle sont donc toutes différentes de celles du début.

Pour les malades traitées par nous, on ne saurait invoquer, pour expliquer la guérison, l'hospitalisation, la bonne hygiène, la nourriture saine et abondante, le logement confortable. Tous viennent trois fois par semaine au dispensaire et y reçoivent comme unique traitement la piqûre de tuberculine. Aucun n'a cessé de travailler de son métier manuel pendant la cure. Tous vivent au jour le jour, sont chargés de famille, et les enfants attendent chaque jour pour manger le modeste gain journalier. Les vêtements sont de misérables haillons, et, de ce côté seulement, les dames patronesses de l'Œuvre ont pu améliorer la situation. L'argument de l'influence prépondérante de l'hospitalisation est donc nul en ce qui concerne nos cas.

Reste la suggestion. Elle nous paraît insuffisante pour expliquer la disparition des lésions et celle des bacilles, et les augmentations de poids.

Quoi qu'il en soit, bénissons le procédé curatif capable d'éveiller cette complaisante suggestion et de la faire agir d'une manière aussi efficace.

(1) Nous traitons actuellement une tuberculose rénale et vésicale, dont l'état s'améliore tous les jours. Ce malade nous a été envoyé par M. le Dr Guiard.

FORMULES

XXXI. — Solution-mère de formol pour l'antisepsie chirurgicale (M. A. Reygasse).

Solution alcoolique officinale de formol (à 40 0/0)	25 grammes.
Teinture d'eucalyptus	5 —
Alcool éthylique	Q. S. pour obtenir 200 cc. de solution.

F. S. A. — Usage externe. (*Sem. méd.*)

XXXII. — Liquide éclaircissant pour les coupes microscopiques.

Voici, d'après le *Pharmaceutical Journal*, une bonne petite formule à retenir, à notre époque où toutes sortes de recherches viennent aboutir à l'examen au microscope ; c'est celle d'un liquide éclaircissant, composé de :

Glycérine	2 parties.
Eau distillée	1 à 5
Solution de potasse	0 à 5

Cette solution présente en même temps les propriétés réfringentes de la glycérine et l'action éclaircissante de la potasse.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours de Clinique des Maladies mentales. M. A. Joffroy.

M. le Pr Joffroy, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, a commencé son cours le mercredi 17 novembre 1897, à 9 h. 1/2 du matin, à l'Amphithéâtre de l'Asile Clinique, devant un nombreux auditoire.

Le fléau social actuel, l'alcoolisme chronique, a fait le sujet de la première leçon du savant professeur. Après avoir énuméré les diverses conséquences morbides de l'intoxication chronique par l'alcool, M. Joffroy a exposé le résultat de ses expériences qui renversent le préjugé tendant à rejeter sur les impuretés des alcools livrés à la consommation la plus grande part des méfaits de l'alcool lui-même.

M. Joffroy, expérimentalement, a établi que sur les chiens, par exemple, l'intoxication chronique par le furfurol donnait lieu à des accidents moins graves que l'intoxication chronique par l'alcool éthylique pur. Le furfurol est cependant un des produits les plus toxiques et les plus incriminés des eaux-de-vie impures.

M. Joffroy a terminé en insistant sur les déterminations hépatiques de l'intoxication alcoolique chronique. — Le cours de clinique des maladies mentales se continuera le samedi et le mercredi de chaque semaine, à 9 h. 1/2 du matin, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne).

ASSISTANCE PUBLIQUE

L'Hôpital Boucicaut.

Mercredi 1er décembre 1897, à dix heures du matin, ainsi que nous l'avons dit dans le précédent numéro, a eu lieu, en présence de M. le Président de la République accompagné de M. le Ministre de l'Intérieur, l'inauguration de l'hôpital construit dans le XVe arrondissement, par les soins de l'Assistance publique de Paris, avec le reliquat de la succession de Mme Boucicaut qui l'institua à sa mort sa légataire universelle, et conformément au désir exprimé par elle dans son testament. M. le Préfet de la Seine, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique et M. Sauton, président du Conseil municipal, ont prononcé des discours, très applaudis, dans lesquels ils ont fait l'éloge, si bien justifié, de Mme Boucicaut, l'une des plus grandes bienfaitrices de l'Assistance publique de Paris. Nous décrirons d'abord le nouvel hôpital, d'après les notes des architectes, MM. Legros, père et fils; puis nous reproduirons le discours de M. Peyron, qui résume l'histoire de la fondation.

I. — Description de l'Hôpital.

L'*Hôpital Boucicaut* est construit sur un terrain d'une superficie de 30.000 mètres, limité de tous côtés par quatre rues. Les bâtiments couvrent 7.500 mètres; le surplus 22.500, occupé par des cours et des jardins, assure une large part à l'air et à la lumière. En outre, l'orientation suivie E.-O., donne aux salles des malades les avantages du soleil à toutes les heures du jour (*Fig.* 44 et 45).

Disposition nouvelle. — Les bâtiments sont tous, à l'extérieur, entièrement séparés et reliés en sous-sol par une galerie souterraine, haute, large, bien éclairée et ventilée par des prises d'air disposées dans les jardins qu'elle ne morcelle pas. Elle permet d'effectuer en dehors de la vue et à l'aide de wagonnets glissant sur rails, tous les transports que nécessitent les services. Des monte-charges suppriment l'introduction dans les locaux occupés par les malades, d'un personnel étranger au service médical, et par suite les dangers de la contagion (*Fig.* 46).

I. Batiment d'administration. — Ont été réunis, en un seul bâtiment placé en bordure de la rue de la Convention, la voie la plus large : à rez-de-chaussée les services de consultation et les bureaux d'admission; en deux étages desservis par des escaliers bien distincts, les appartements du Directeur, des employés administratifs, la salle de garde et les chambres des internes.

Au centre de ce bâtiment, dans l'axe du terrain, la porte principale. A gauche l'entrée, les consultations de chirurgie et des maladies des dents, à droite la consultation de médecine et les bureaux de l'administration. Ces deux services de consultation à peu près identiques comprennent un grand vestibule servant d'abri chauffé en hiver ayant pour but d'éviter le stationnement des malades dans la rue et de permettre, à l'aide de boxes, l'isolement des contagieux; à la suite, une salle d'attente où les malades prennent rang pour l'examen du chef de service. Une vaste salle de consultation largement éclairée, pourvue de lavabos, vidoirs, prises d'eau chaude et d'eau froide stérilisée, pouvant servir en chirurgie pour les petites opérations; deux salles de propreté avec baignoires et douches; un vestiaire où les malades admis déposent leurs vêtements pour recevoir les effets de l'hôpital; des water-closets distincts pour les malades et le personnel.



Fig. 43. — Buste de Mme Boucicaut; par Chapu.

II. Services de médecine et de chirurgie. — Chacun de ces services forme un groupe comprenant quatre pavillons de malades et un pavillon d'observation. Ces deux groupes placés, la chirurgie à gauche, la médecine à droite d'une grande avenue centrale qui les sépare et empêche toute communication entre eux, présentent une disposition analogue : deux travées de deux pavillons, assurant par leur position la séparation des sexes et la distinction des catégories de malades. En chirurgie, les malades infectés et les malades non infectés ont leurs pavillons d'opérations bien distincts....

Pavillons d'observation. — Les pavillons d'observation ont pour but de garder « en observation » les malades dont les cas douteux n'ont pas permis au premier examen de déterminer la catégorie dans laquelle ils devront être placés. Ils comportent quatre chambres et les services nécessaires : Office, W.-C., lavabos. — Ils sont placés à proximité de la consultation et du groupe de pavillons dont ils dépendent, à chacune des extrémités du bâtiment central dont ils sont séparés par la galerie.

Pavillons des malades. — Chaque pavillon comprend une grande salle commune dont la longueur est variable. Attenant à cette salle, d'un côté une vérandah pour les convalescents, de l'autre les pièces de service; cabinet de surveillante avec large châssis donnant sur la grande salle, chambres d'isolement, réfectoire, salle de bains (baignoire fixe et mobile) office, petite lingerie, W.-C., lavabos pourvus d'eau chaude et d'eau froide. — Dans une partie restreinte, le pavillon est élevé d'un étage, desservi par un ascenseur et comprenant deux chambres réservées aux malades du Bon Marché (*Fig.* 47).

Pavillons d'opérations. — En chirurgie chacun des deux Pavillons d'opérations a son autonomie absolue et comprend

© BIU Santé

une salle d'opérations largement éclairée par deux grandes baies verticales et un plafond lumineux — une chambre pour l'anesthésie, une petite salle d'instruments, un laboratoire où sont placés tous les appareils en usage pour la stérilisation de l'eau, des pansements et des instruments. Ces petits pavillons sont placés transversalement entre chacune des paires des pavillons de chirurgie (à la gauche du plan).

bains, cabinet du médecin accoucheur, chef du service, pharmacie, musée; 2° au service des femmes enceintes (dortoir, ouvroir, lingerie, office); 3° aux logements des sages-femmes et du personnel. Le premier étage desservi par un ascenseur et réservé aux femmes accouchées; dans deux parties bien séparées on trouve : 1° la grande salle des mères et des enfants, les services en dépendant (chambres de nourrices, salle de

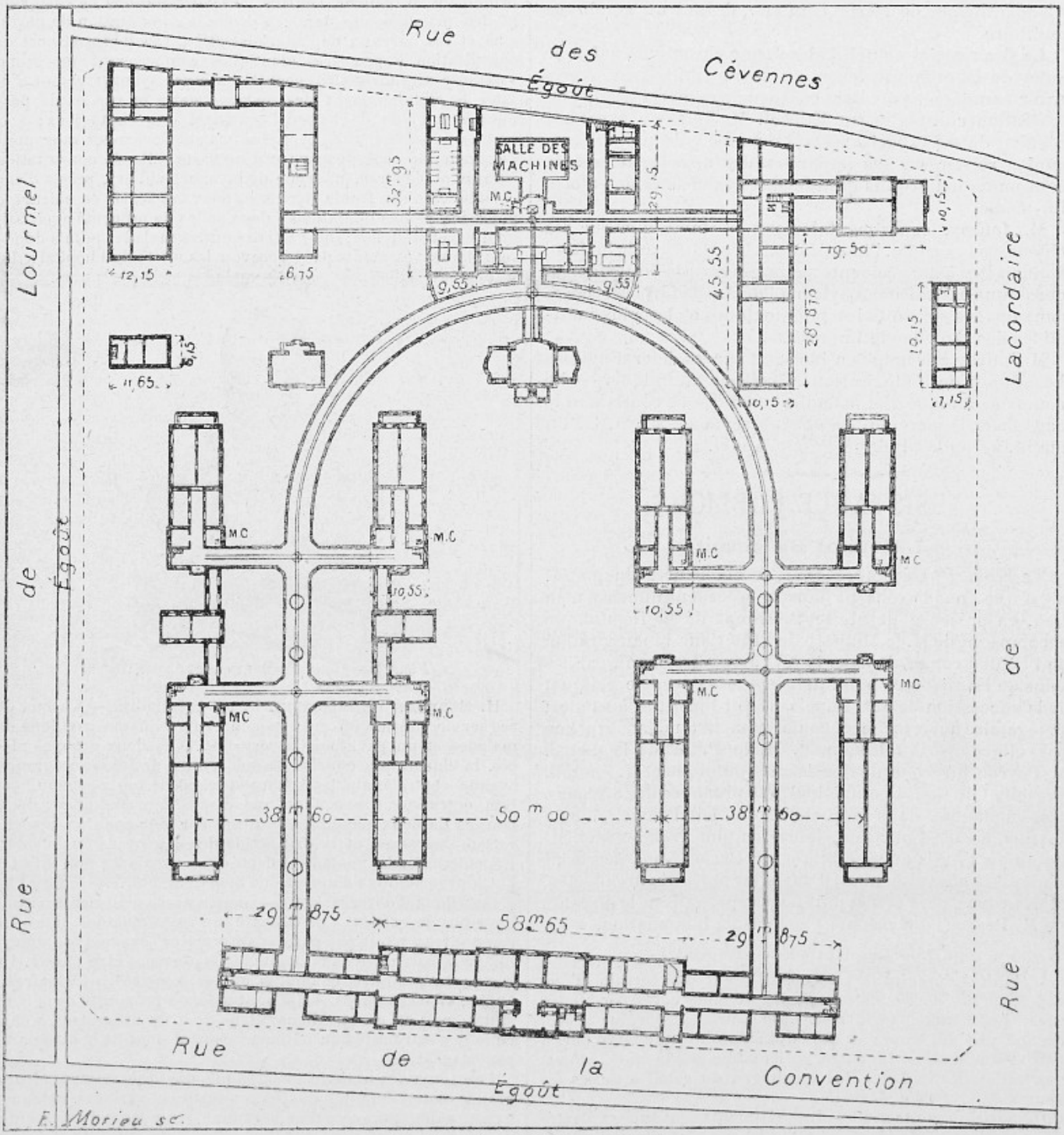


Fig. 44. — Plan de l'Hôpital Boucicaut.

III. Maternité. — L'hôpital possède une Maternité qui bien que dépendant du bâtiment d'administration a son entrée particulière directement accessible du dehors. Elle est située dans la partie du terrain à l'angle de la rue des Cévennes et de la rue Lacordaire. Elle comporte un rez-de-chaussée et un étage. Le rez-de-chaussée est affecté : 1° au service de la consultation comprenant salle d'attente, salle d'examen, vestiaire, change, office, chambres d'isolement; 2° les salles d'opérations et de travail accompagnées d'une salle de bain et d'une pièce réservée aux instruments. — Un pavillon d'isolement et un jardin particulier réservé aux femmes enceintes complètent la Maiernité (*Fig.* 48).

IV. Services généraux. — Les services généraux : cuisine,

© BIU Santé

pharmacie, lingerie, machinerie renfermant les chaudières destinées à fournir la vapeur pour le chauffage, les machines électriques pour l'éclairage, et les services annexes, buanderie, tisanerie, cuisine, étuves, communauté, logements du personnel ont été groupés en un bâtiment placé dans l'axe du terrain — en tête du plan. — Cette situation du bâtiment et sa disposition permettent de desservir tous les pavillons par le chemin le plus court à l'aide de la galerie de service, déjà mentionnée, qui renferme, en outre, toutes les canalisations établies d'une façon apparente et faciles par suite à surveiller.

La *cuisine* et ses dépendances occupent un bâtiment élevé seulement d'un rez-de-chaussée ; cette disposition, favorable à l'évacuation des buées, présente l'avantage de séparer d'une façon complète les logements du personnel et de la *communauté* établis aux deux étages dans les ailes du bâtiment.

fleurs, le buste de Mme Boucicaut est placé sur un haut piédestal (*Fig.* 43 et 47).

Tous les locaux de l'hôpital sont éclairés par l'*électricité* et chauffés par la vapeur à basse pression. Les appareils dont la manœuvre permet un réglage facile ont été calculés pour assurer une température de 18° dans les conditions extérieures les plus défavorables. Une disposition spéciale permet d'atteindre à volonté 30° dans les salles d'opérations où l'air chauffé arrive après avoir traversé trois surfaces filtrantes et s'être débarrassé de toutes les poussières. — Des *postes téléphoniques* et des *sonneries électriques* relient tous les pavillons et facilitent le fonctionnement des services. Des *postes d'incendie* sont répartis pour conjurer tout danger.

L'alimentation en *eau de source*, en eau chaude et froide,

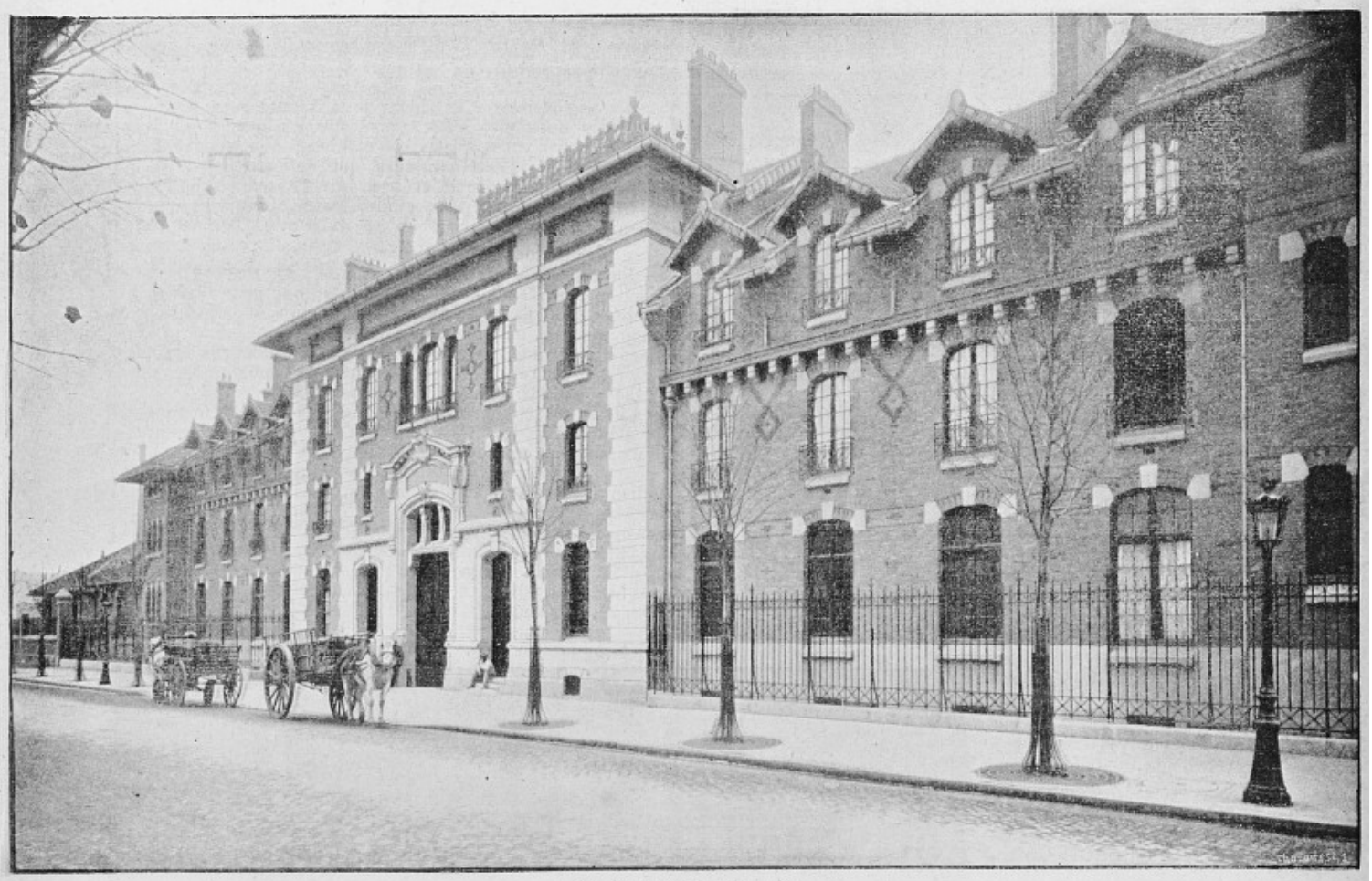


Fig. 45. — Façade principale.

Les autres services, *amphithéâtre des morts, laboratoires* et dépendances, *étuves, buanderie* commune, ont été groupés en un bâtiment relégué dans la partie occidentale du terrain, le plus loin possible des services de malades, c'est-à-dire au coin de la rue de Lourmel et de la rue des Cévennes. — Chacune de ces deux divisions de services a une cour fermée avec accès direct sur la rue, afin de supprimer l'introduction dans l'hôpital des étrangers, des fournisseurs, des voitures d'approvisionnements et des convois.

Chapelle. — Une chapelle s'élève à proximité de la communauté et masque à la vue des malades la cour du service des morts.

Pavillon du Bon Marché. — Un pavillon spécialement réservé aux malades du Bon Marché forme motif décoratif à l'extrémité de la grande avenue centrale. Les convalescents peuvent s'y réunir et ont la jouissance d'un jardin y attenant. En avant de ce pavillon, au milieu d'une pelouse et entouré de

est largement assurée ; des filtres sont placés dans toutes les offices, qui sont en outre pourvues de fourneaux à gaz et de stérilisateurs pour les ustensiles servant aux malades. Le renvoi des eaux s'effectue avec le système du « *Tout à l'égout* » : de nombreux vidoirs, des trémies à linge sale, facilitent le service d'évacuation. Dans tous les détails de l'exécution les règles de l'hygiène ont été scrupuleusement observées. Tout d'abord la suppression d'étages superposés pour les locaux affectés aux malades.

L'observation de cette disposition, dont les résultats présentent tant d'avantages, explique le nombre relativement restreint des malades hospitalisés, par rapport aux surfaces des bâtiments. En médecine et en chirurgie les salles communes ne sont, en effet, élevées que d'un rez-de-chaussée sur sous-sol d'aération ; dans la Maternité, la salle des accouchées au-dessus d'un rez-de-chaussée occupé par des pièces de service ne servant pas à l'habitation de malades est immédiatement sous le comble et directement ventilée. Les dimensions de

© BIU Santé

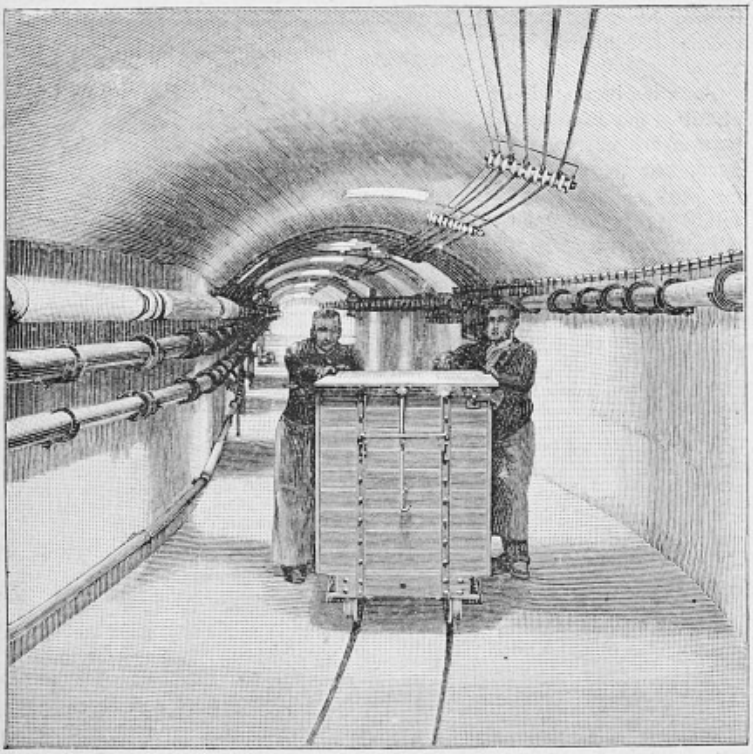


Fig. 46. — Dans la galerie souterraine.

ces salles (9 mètres de largeur intérieure, 6 mèt. 50 de hauteur), assurent à chaque malade, dont le lit occupe tout l'espace compris entre deux fenêtres, un cube d'air considérable; leur forme ogivale facilite le renouvellement de cet air, qui n'est pas moins de 80 mètres cubes à l'heure par malade. La disposition particulière des murs limitant ces salles, formés de deux parois séparées par une couche d'air intermédiaire, l'utilisation de carreaux de liège dans leur construction, produisent un isolement certain et empêchent les inconvénients des brusques changements de température.

Le *choix des matériaux*, leur mode d'emploi ont eu l'hygiène pour base. Les carreaux de grès cérame pour les dallages, la lave émaillée utilisée pour les cloisons de séparation des water-closets, pour les tables et les éviers; les revêtements de faïence dans les salles d'opérations, les lavabos et les salles de bains, la peinture vernissée sur les murs permettent les lavages et les nettoyages que facilite en outre la suppression des arêtes vives, des angles rentrants et de toutes moulures.

Le souci du bien-être des malades hospitalisés, a également joué le plus grand rôle dans l'étude de toutes les installations : création de *vérandahs* ornées de plantes, et de réfectoires permettant aux malades qui peuvent se lever de quitter le milieu où ils ont souffert, en attendant qu'il leur soit permis de sortir et de jouir des jardins aménagés à leur usage. Etablissement dans les salles de grandes cheminées donnant, dans les saisons intermédiaires, la gaité du foyer. Mobilier simple, mais élégamment commode, adoption des appareils spéciaux les plus modernes; enfin dans l'étude des façades et des intérieurs, pour le choix des matériaux et des couleurs (briques, faïences, terres cuites et bois), préoccupation de produire, tout en évitant un luxe coûteux, une impression de gaité, dont l'effet peut avoir une grande importance sur le moral des malades.

La recherche pour la meilleure appropriation s'est étendue à tous les locaux de l'hôpital : aux *laboratoires*, dont les dispositions ont été arrêtées avec le concours des médecins chefs des services; aux aménagements spéciaux, pharmacie, lingerie, cuisine, etc.; enfin aux logements du personnel administratif et médical. Tous les efforts ont été tentés pour faire de la fondation Boucicaut un hôpital modèle.

II. — Histoire de la Fondation.

Cette histoire a été tracée d'une façon si claire et si complète par M. Peyron dans son discours, que nous croyons devoir le reproduire en entier.

« Monsieur le Président de la République.

« Si Mme Boucicaut, dans sa modestie, n'a pas prévu l'hommage que, par votre présence à cette cérémonie, vous rendriez à sa mémoire, ses collaborateurs, qui de cette mémoire ont gardé le culte et l'orgueil, et avec eux l'Assistance publique, vous remercient d'avoir associé le Chef de l'Etat à leur reconnaissance.

« Mesdames, Messieurs,

« La mort de Mme Boucicaut remonte à dix ans et l'on comprend mal qu'il ait fallu un temps aussi long pour réaliser ses volontés. Tout d'abord l'inventaire de la succession a duré près d'une année et, malgré tant de lentes formalités dont la prudence du législateur a entouré la marche des affaires administratives, un décret de M. le Président de la République, en date du 19 juillet 1889, autorisait l'acceptation du legs.

« La route à parcourir restait longue encore. La fortune de Mme Boucicaut s'élevait à 41 millions. En dehors des legs nombreux faits aux employés de sa maison du Bon Marché et dont l'ensemble dépassait 13 millions, Mme Boucicaut avait étendu sa bienfaisance à tous les mondes, monde du travail, des sciences, des lettres, des arts, car elle savait que la misère n'en épargne aucun. Elle avait songé aux vieillards, aux enfants, aux filles-mères, aux ouvriers de l'atelier comme à ceux qu'elle appelait les ouvriers de la pensée et sa large sollicitude était allée de l'humble école de son village de Vergiux jusque à l'institut Pasteur.

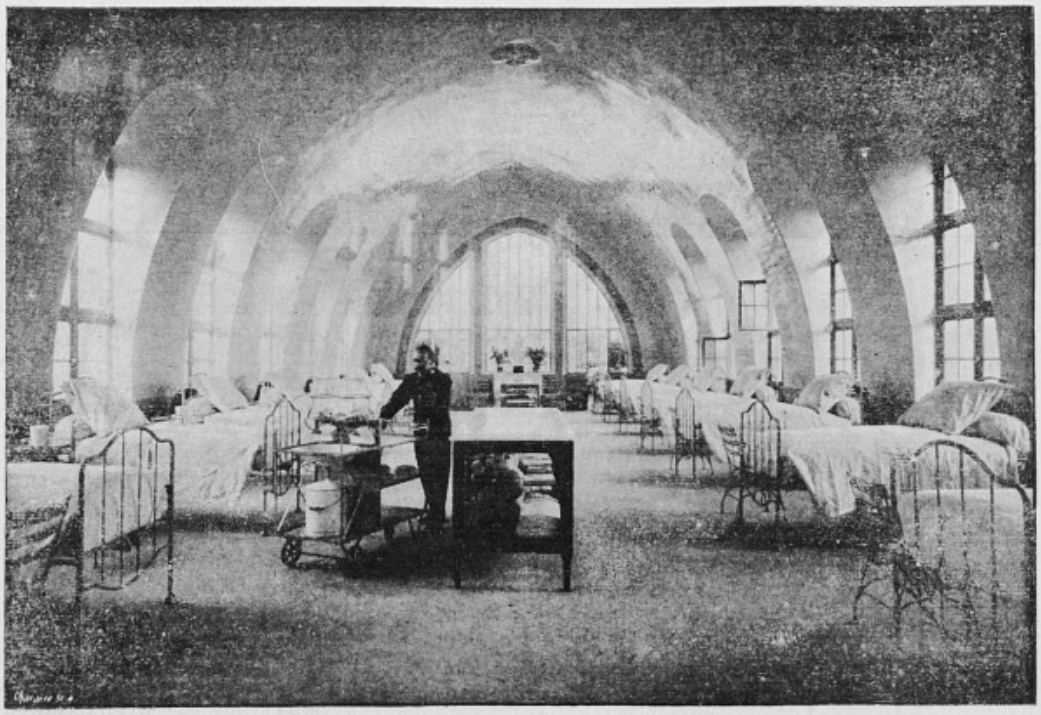


Fig. 47. — Vue d'ensemble d'une salle de malades.

© BIU Santé

« Le soin d'acquitter tous ces legs, de réaliser toutes ces fondations, était une tâche honorable, mais toute pleine de difficultés. Grâce à l'accord du Conseil de surveillance et du Conseil municipal, grâce aux lumières des jurisconsultes de notre Comité, toutes ces difficultés ont été écartées, grâce surtout au concours incessant et dévoué, au large esprit des hommes que Mme Boucicaut avait chargés de suivre l'exécution de ses volontés testamentaires jusqu'à leur achèvement intégral.

« Elle leur avait conféré, d'ailleurs, des pouvoirs si étendus, si exceptionnels, qu'on pouvait croire qu'elle était vivante encore et qu'en déférant à leurs avis, c'était à elle que nous obéissions. Mme Boucicaut ne pouvait mettre sa confiance en mains plus dignes.

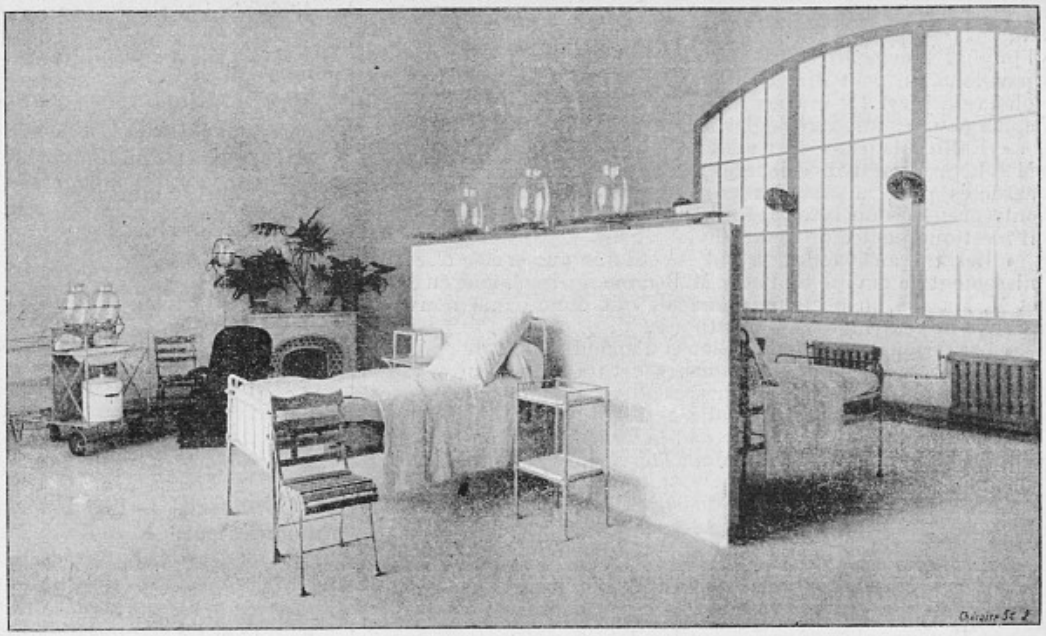


Fig. 48. — Salle d'accouchement.

» A ces causes de lenteurs inévitables, une autre cause s'est jointe et celle-ci, de notre part, volontaire. Mme Boucicaut avait imposé à l'Assistance publique la fondation d'un hôpital, mais au cas seulement où l'Assistance publique trouverait dans sa succession au moins 8 millions. L'émolument du legs n'ayant pas atteint cette somme, l'Assistance publique aurait pu l'employer à d'autres œuvres. Elle n'aurait eu que l'embarras du choix, car, sur quelque point que nous l'attaquions, la misère est toujours la plus forte. Elle n'a pas voulu profiter de cette faculté.

« Elle tenait à pouvoir enfin montrer un établissement où tous les progrès de l'hygiène hospitalière auraient été réalisés. Puis elle estimait que la création d'un hôpital répondait mieux que toute autre fondation à la pensée intime de Mme Boucicaut. Car l'hôpital n'est pas l'adieu définitif à la lutte, c'est le repos momentané avec l'espérance du travail bientôt repris. Les ressources étant insuffisantes, nous nous sommes souvenus que c'est surtout pour l'argent que la fortune vient en dormant, et nous avons laissé dormir les millions de Mme Boucicaut. — Peut-être même les avons-nous réveillés trop tôt.

« Toutes dépenses d'acquisition de terrains et de construction payées, l'hôpital reste doté d'un revenu annuel de 234,000 francs, et il n'est pas certain qu'il puisse renfermer sa dépense dans la limite exacte de ses ressources.

« Il le pourrait à coup sûr en laissant inutilisés une partie de ses lits. Nous n'en viendrons pas à cette extrémité. S'il est nécessaire, nous nous tournerons vers le Conseil municipal, et la mémoire de Mme Boucicaut ne sera pas diminuée si Paris s'associe à son œuvre.

« La création de l'hôpital étant résolue, on fit l'acquisition du bel emplacement qu'il occupe aujourd'hui et qui, isolé par quatre rues, mesure près de trente mille mètres. Ce fut une première dépense de 1.100.000 francs.

« Enfin, au mois d'août 1892, un concours fut ouvert et tous les architectes français appelés à y prendre part. L'hôpital devait contenir 152 lits, un service de médecine, un service de chirurgie et une maternité. Une large place était faite au traitement externe par le développement inusité du service de la consultation. Un pavillon était réservé aux employés du Bon Marché. Pour l'organisation du service de chirurgie, le programme imposé aux concurrents s'inspirait des règles formulées par mon éminent ami le Pr Terrier. Les médecins, les chirurgiens, les accoucheurs des hôpitaux étaient représentés dans le jury du concours.

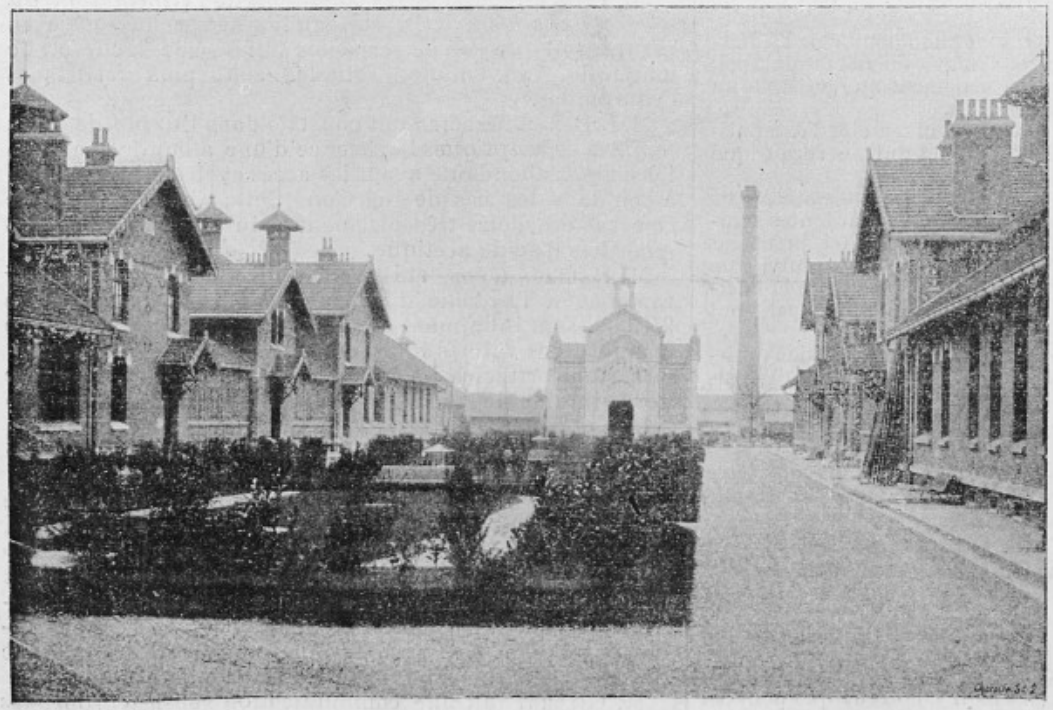


Fig. 49. — Vue intérieure.

« Toutes précautions étaient donc prises pour donner satisfaction au désir de Mme Boucicaut de voir son hôpital doté « de tous les progrès reconnus et vérifiés.

« Le jury du concours classa en première ligne un projet où MM. Legros père et fils avaient associé leur jeunesse et leur maturité. C'est à eux que l'Assistance publique a confié l'étude du projet définitif et la direction des travaux.

© BIU Santé

« Les chantiers furent ouverts au mois d'octobre 1894 et aujourd'hui que, dans l'harmonie de son plan net et franc, l'hôpital Boucicaut se dresse avec la sobre élégance de ses pavillons, on peut dire que MM. Legros ont bien justifié le choix du jury. Ils ont sacrifié le vain luxe des façades aux soins poussés à l'extrême des aménagements intérieurs.

« Enfin, ils sont restés dans la limite de leurs crédits. MM. Legros ont trouvé chez les jeunes architectes qu'ils s'étaient associés pour la surveillance des travaux et chez tous leurs entrepreneurs un concours intelligent, actif et dévoué auquel il n'est que justice de rendre hommage.

« Les travaux sanitaires ont été confiés au service d'Assainissement de la ville de Paris. M. Bechmann, ingénieur en chef, et M. Masson, inspecteur principal, ont donné une nouvelle preuve de leur maîtrise accoutumée.

« Les dépenses de construction et d'ameublement de l'hôpital Boucicaut ont dépassé 3 millions. C'est un gros chiffre. Pour l'expliquer et le justifier, pour se rendre compte des exigences actuelles de l'hygiène hospitalière, il suffit de comparer l'hôpital Boucicaut à l'hôpital Tenon, le dernier construit de nos grands hôpitaux parisiens et dont l'ouverture remonte à vingt ans.

« Destiné à recevoir 619 malades, Tenon a coûté 8 millions. A Tenon, les salles de malades n'ont d'autre dépendance qu'une office commune à deux salles; à l'hôpital Boucicaut, les salles ont des annexes d'une surface presque égale à la leur. A Tenon, le service de la consultation mesure deux cent dix mètres superficiels; à l'hôpital Boucicaut il en compte onze cents. Et tout cela non par le caprice des architectes, mais pour répondre à des exigences auxquelles on n'a plus aujourd'hui le droit de se soustraire. Malgré cela, et comme on l'a déjà fait pour nos Maternités, va-t-on nous reprocher notre luxe? Nos malades seuls en profitent, et ce luxe-là nous voudrions l'étendre à tous nos hôpitaux, au-delà même de nos hôpitaux, et que, pour connaître une fois le superflu, ceux à qui manque le nécessaire n'attendissent pas d'être malades. »

III. — A propos des Fondations.

Voici, sur cette question maintes fois traitée ici, le caractère de la fondation Boucicaut, signalé par le Président du Conseil municipal, M. Sauton, dans son discours :

« Si Mme Boucicaut partage avec son mari l'honneur de la donation, elle garde en propre la manière dont elle a donné, et c'est assez pour lui assurer une place exceptionnelle dans la reconnaissance publique. La hauteur de ses sentiments, la liberté de son esprit se manifestent dans le choix qu'elle a fait de l'Assistance publique pour sa légataire universelle.

« J'obéis, dit-elle à cette pensée que je ne puis mieux choisir l'agent du bien que je veux faire, en ne m'inspirant que de la seule charité.

« En léguant tout ce qui restera de ma fortune à l'Administration la plus puissante pour assister les malheureux, mon unique pensée a été de venir, aussi utilement que possible, au secours des souffrants et des misérables.

« J'ai donc choisi pour ma légataire universelle l'Administration la mieux organisée pour bien faire et qui ne reçoit que pour donner. »

« Venant d'une femme qui, au cours de son testament, ne cesse d'exprimer des sentiments religieux et ses ardentes sympathies pour les congrégations charitables, un tel jugement est une réponse décisive aux calomnies qui ont poursuivi trop souvent cette grande institution, et qui, à la suite de la laïcisation des hôpitaux, réclamée par le Conseil municipal, sont devenues plus passionnées que jamais.

« Honorons, Messieurs, cette généreuse bienfaitrice de l'Assistance publique, dont l'âme apparaît si noble dans ses dispositions dernières.

C'est aussi le moment de rappeler l'opinion de Diderot :

« L'utilité publique est la loi suprême, et ne doit être balancée ni par un respect superstitieux pour ce qu'on appelle l'*intention des fondateurs*, comme si des particuliers ignorants et bornés avaient eu le droit d'enchaîner à leurs volontés capricieuses les générations qui n'étaient point encore; ni par la crainte de blesser les droits prétendus de certains corps, comme si les droits particuliers avaient quelques droits vis-à-vis l'Etat. Les citoyens ont des droits, et des droits sacrés pour le corps même de la Société; ils existent indépendamment d'elle; ils en sont les éléments nécessaires; et ils n'y entrent que pour se mettre, avec tous leurs droits, sous la protection de ces mêmes lois auxquelles ils sacrifient leur liberté. Mais les corps particuliers n'existent pas par eux-mêmes ni pour eux; ils ont été formés pour la Société, et ils doivent cesser d'être au moment qu'ils cessent d'être utiles. »

Ces réflexions méritent d'appeler l'attention du Conseil municipal sur les *Fondations*, qui, presque toutes, au bout d'un certain temps, deviennent onéreuses. — Nous reviendrons ultérieurement sur l'hôpital Boucicaut et les progrès qui y ont été réalisés. BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 Décembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

Antagonisme entre le Venin des Vespidæ et celui de la vipère: le premier vaccine contre le second.

M. PHISALIX. — Les expériences de P. Bert et de Langer ont montré que le venin de l'abeille xylocope et de l'abeille commune produit des symptômes très analogues à ceux de l'envenimation vipérique. De mon côté, j'ai constaté que le venin de frelon abaisse la température et occasionne de l'œdème et de la mortification des tissus. Or, c'est précisément au point de vue des rapports qui peuvent exister entre le venin de frelon et celui de la vipère que je me suis placé, et j'ai recherché si le premier ne possèderait pas des propriétés immunisantes vis-à-vis du second. Cette prévision est pleinement justifiée par les faits que je vais exposer. Du venin de frelon (V. Crabro), inoculé à petites doses au cobaye, lui confère une forte immunité contre le venin de vipère. La matière vaccinante contenue dans ce venin n'est pas détruite par une température relativement élevée (120° pendant vingt minutes). Elle est en partie retenue par le filtre de porcelaine; elle est soluble; dans l'alcool, tandis que le précipité alcoolique ne possède ni action toxique, ni action vaccinante. Cette résistance à la chaleur éloigne l'idée d'une matière albuminoïde, le défaut de tout principe toxique ou vaccinant dans le précipité alcoolique confirme cette manière de voir. Et, cependant, quoique soluble dans l'alcool et le chloroforme, ce vaccin n'est pas un alcaloïde. Sa véritable nature est encore à déterminer.

M. YVON a recherché les conditions de l'*élimination du soufre dans les urines*, soit qu'il s'agisse du soufre en nature, soit que l'on se serve des sulfates de soude ou de magnésie. Les sulfates solubles sont plus facilement désassimilés.

MM. BAR et MERCIER ont constaté dans l'*urine de trois femmes éclamptiques* l'existence d'une albumine particulière assez abondante avant les accès et disparaissant peu à peu dans les cas de guérison. Cette albumine présente ce caractère d'être très aisément soluble dans de petites quantités d'acide acétique.

M. HALLION a constaté que les injections d'eau de mer ramenée à l'isotonie du sérum sanguin, c'est-à-dire à 9/1.000, sont infiniment mieux tolérées par les chiens que les injections salines improprement désignées sous le nom de sérums artificiels, à 7/1.000. La constitution complexe de ce liquide le rend incontestablement moins toxique que les sérums.

M. HARDIVILLERS (de Lille) adresse une note sur le développement des bronches chez l'embryon de mouton.

M. DÉJERINE rapporte l'observation d'une femme âgée de 75 ans, ayant succombé à un épithéliome de l'utérus, et présentant un *zona ophtalmique avec paralysie faciale périphérique*. Les centres nerveux étaient intacts; mais les branches périphériques du facial présentaient les marques d'une névrite intense comparable aux névrites infectieuses d'origine périphérique. L'auteur pense donc que le zona a pu provoquer par infection la névrite.

M. GILBERT fait une communication sur les *propriétés thérapeutiques de l'extrait de foie*. A. P.

© BIU Santé

VARIA

Hôpitaux de Paris.

Mise à la retraite de M. le Dr Falret. — Concours pour une place de médecin aliéniste.

Par un arrêté en date du 27 novembre 1897, M. le Préfet de la Seine vient, sur la proposition du directeur de l'Assistance publique et l'avis conforme du Conseil de surveillance de cette administration, de décider que M. le Dr Falret, médecin du service des aliénés de l'hospice de la Salpêtrière, serait, pour raison d'âge, relevé de ses fonctions à partir du 1er janvier 1898.

Par suite de cette retraite et des mouvements qui en seront la conséquence parmi le personnel des médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière, l'administration de l'Assistance publique ouvrira vers le mois d'avril ou de mai un concours pour une place de médecin adjoint du service des aliénés à l'hospice de Bicêtre.

La cure-taxe dans les stations d'eaux thermales.

Un certain nombre de maires, de médecins et de délégués de municipalités des villes d'eaux de France se sont réunis, la semaine dernière, dans la salle des commissions de la mairie du IVe arrondissement. Le but de ce congrès était d'étudier l'établissement d'une taxe-cure à imposer aux baigneurs, à l'exemple de ce qui se fait à l'étranger et particulièrement en Allemagne et en Suisse. Voici l'ordre du jour adopté à l'unanimité :

« A l'unanimité, les membres de la réunion émettent le vœu que les pouvoirs publics veuillent bien autoriser les stations thermales à se créer des ressources pour subvenir à leurs embellissements, à leurs améliorations et aux distractions des étrangers qui les fréquentent, de façon à pouvoir lutter contre la concurrence étrangère. Ils ont nommé une commission qui sera chargée d'élaborer un projet concernant cette question. »

Cette commission, de cinq membres, comprend deux députés, un médecin et deux maires. Elle se joindra au syndicat des médecins de France pour étudier concurremment les moyens pratiques pour faire aboutir ce projet. Le résultat de cette entente sera soumis ensuite à l'approbation du Parlement. La taxe-cure, dans l'esprit des municipalités qui ont adhéré à ce congrès, ne servirait pas seulement à apporter à la station les améliorations nécessaires au bien-être et à l'agrément des baigneurs; elle permettrait surtout de dispenser les bienfaits de la cure aux familles nécessiteuses.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 12. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Brissaud, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Delbet, Lejars, Bonnaire. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Marchand, Broca. — (2e *série*) : MM. Segond, Tuffier, Walther. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Letulle, Widal.

MARDI 14. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Berger, Campenon, Maygrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Panas, Le Dentu, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Raymond, Letulle, Achard.

MERCREDI 15. — Médecine opératoire : MM. Reynier, Delbet, Tuffier. — 2e *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Ch. Richet, Hanriot, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Pinard, Segond, Ricard.

JEUDI 16. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse, Chassevant. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Panas, Maygrier, Hartmann. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Bar, Thiéry.

VENDREDI 17. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Netter, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Tillaux, Marchand, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Déjerine, Brissaud, Gilles de la Tourette. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 18. — Médecine opératoire : MM. Campenon, Quénu, Thiéry. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, G. Ballet, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Raymond, Hallopeau, Marie. — (2e *série*) : MM. Cornil, Chantemesse, Roger. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Hutinel, Bar, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 15. — M. Demirleau. Les procédés modernes de cure radicale de la hernie crurale et le nouveau procédé du Dr H. Delagenière. — M. Eyraud. De l'organisation hospitalière des prompts secours. — M. Gaucher. Des déformations persistantes irréductibles des pieds dans les paralysies alcooliques. — M. Marchegay. Symptômes, analogue à ceux de la colique hépatique, occasionnés par le tænia. — M. Pasquier. Ostéomyélite traumatique du fémur chez l'adulte. — M. Delucq. De l'ostéomyélite du maxillaire inférieur, et de ses rapports avec la dentition.

JEUDI 16. — M. Mayo. Contribution à l'étude des hernies par glissement du gros intestin (hernies inguinales). — M. Compoint. Contribution à l'étude des occlusions intestinales chroniques, et de leur traitement par l'anus contre nature. — M. Mendelsshon. La rougeole à l'hôpital Trousseau pendant l'année 1896. — M. Leroy. Diagnostic différentiel de l'appendicite. — M. Gayral. De l'insomnie dans les affections cardiaques et en particulier de l'insomnie d'origine dyspnéique dans les cardiopathies artérielles. — M. Calmels. La colite chez les enfants. — M. Desmier. De l'impaludisme dans les marais de la basse-Vendée. — M. Jacot-Descombes. Contributions anatomiques à l'étude de la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 21 au samedi 26 novembre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.151, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 412, illégitimes, 142. Total, 544. — *Sexe féminin* : légitimes, 394, illégitimes, 161. Total, 555.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 21 au samedi 26 novembre 1897, les décès ont été au nombre de 900, savoir : 488 hommes et 412 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 0, T. 2. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 1, F. 4, T. 5. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0, — Coqueluche : M. 1, F. 3, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 5, F. 1, T. 6. — Grippe : M. 2, F. 1, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 114, F. 86, T. 200. — Méningite tuberculeuse : M. 8 F. 5, T. 13. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 6, T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 6, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 25, T. 42. — Méningite simple : M. 8, F. 9, T. 17. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 30, F. 22, T. 52. — Paralysie, M. 4, F. 6, T. 20. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 7, T. 13. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 33, T. 63. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 8, T. 20. — Bronchite chronique : M. 13, F. 11, T. 24. — Broncho-pneumonie : M. 22, F. 20, T. 42. — Pneumonie : M. 16, F. 14, T. 30. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 24, F. 27, T. 51. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 16, T. 26. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 2, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 5, T. 7. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 14, F. 14, T. 28. — Sénilité : M. 14, F. 19, T. 23. — Suicides : M. 14, F. 4, T. 18. — Autres morts violentes : M. 14, F. 5, T. 19. — Autres causes de mort : M. 67, F. 53, T. 120. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 2, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 100, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34, illégitimes, 23. Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 17. Total : 43.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie des Sciences a nommé membre titulaire de la section de chimie, en remplacement de M. Schutzenberger, M. DITTE, professeur à la Faculté des Sciences de Paris.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. BONNIER, directeur-adjoint du laboratoire de Wimereux (hautes études), est nommé directeur-adjoint du laboratoire d'évolution des études à la Faculté des Sciences.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1897-1898, au laboratoire institué pour le service de la diphtérie (hôpital des Enfants-Malades) : MM. Méry, chef du laboratoire; Bonnus, moniteur.

Agrandissement. — La quatrième commission du Conseil municipal de Paris s'est occupée des travaux d'agrandissement de l'Ecole de Médecine; elle est favorable, en principe, à l'exécution de ces travaux, mais elle a fait des réserves sur le projet présenté par les architectes. M. Baudin a été chargé de déposer le rapport au Conseil municipal.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE. — M. GIBERT (Maurice-Georges-Victor), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

© BIU Santé

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS. — M. SAUVAGE (Roger-Jean-Philadelphe), pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences physiques, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. D'ASTROS, docteur en médecine, est chargé, pour l'année scolaire 1897-1898, d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Delmas, médecin en chef de l'hospice militaire de Rennes, est nommé directeur du service de santé du 10e corps à Rennes. M. Paul, aide-major à l'hôpital de Rennes, est nommé au 116e d'infanterie. M. Taste, aide-major à l'hôpital de Rennes, est nommé au 64e d'infanterie.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES.— M. Canolle (Léon-Emile-Marie), médecin en chef de 2e classe des colonies, a été admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à titre d'infirmités graves et incurables contractées en service.

CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — Le conseil de l'Université de Paris s'est réuni, la semaine dernière, sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur. M. Gréard a prononcé l'éloge de M. Tarnier, professeur à la Faculté de Médecine. Il a fait part au conseil de la démission de M. Painlevé, professeur-adjoint à la Faculté des Sciences. Le conseil a décidé qu'à l'occasion du Jour de l'An les cours vaqueront dans les Facultés, du jeudi 30 décembre au mercredi 5 janvier. Il a délibéré sur la question du bulletin scolaire qui, aux termes de l'article 24 du décret du 21 juillet 1897, doit être adressé au moins une fois chaque année au père ou tuteur de l'étudiant. Le décret ne détermine pas la forme du bulletin; toute latitude est laissée au doyen pour adresser aux familles les renseignements qu'il estime de nature à les intéresser et à concourir au bien des études et de la discipline. Le conseil pense toutefois qu'il convient d'établir une certaine uniformité dans la pratique des différentes Facultés, et il a adopté un cadre dont le modèle sera communiqué aux doyens; il contient des renseignements sur la situation scolaire, l'assiduité, le travail, les examens, les notes obtenues aux travaux pratiques, exercices et examens. Le conseil a clos sa séance par l'examen des conclusions déposées par M. Lavisse, rapporteur, sur le règlements du *Doctorat d'Université*. Le projet sera incessamment présenté à l'examen de la section permanente du Conseil supérieur. La prochaine séance du conseil aura particulièrement pour objet le premier examen du rapport sur les travaux des Facultés pendant l'année scolaire écoulée.

LA STATUE DE LAVOISIER. — Le Conseil municipal de Paris a autorisé l'érection du monument à la mémoire de Lavoisier sur la place de la Madeleine, dans l'axe de l'entrée nord de l'église et de la rue Tronchet.

MONUMENT FAUVEL. — Le 17 décembre prochain aura lieu, au Père-Lachaise, l'inauguration d'un monument élevé à la mémoire de Charles Fauvel. Le médaillon est l'œuvre de M. Injalbert.

PRIX ASTLEY-COPER. — Le prochain prix triennal de 300 livres (7.500 fr.) sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire ou traité sur la *Physiologie du pancréas*. Les candidats sont informés que leur mémoire doit être écrit lisiblement, soit en anglais, soit dans une autre langue, mais accompagné d'une traduction en anglais. Il doit être envoyé à *Guy's Hospital*, avant le 1er janvier 1901, à l'adresse des médecins et chirurgiens de *Guy's Hospital*. Tout mémoire ou traité doit être distingué d'une épigraphe et accompagné d'une enveloppe cachetée contenant le nom et l'adresse de l'auteur. Pour renseignements détaillés, s'adresser au Dr Hale White, 65, Harley street, à London, W.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat. — Anatomie*: 29 novembre, *Paroi osseuse de l'orbite*. 1er décembre, *Calcanéum et astragale*. 2 décembre, *Articulation temporo-maxillaire*. 3 décembre, *Oreillette et ventricule droit*. 3 décembre, *Vulve et vagin*. 6 décembre, *Articulations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne*. — *Pathologie*: 30 novembre, *Varices*. 1er décembre, *Indications et manuel opératoire de la saignée*. 2 décembre, *Fracture de l'extrémité inférieure des os de la jambe*. 3 décembre, *Lavements*. 4 décembre, *Indications cliniques et opératoires du toucher rectal*. 6 décembre, *Fistules à l'anus*. 7 décembre, *Hémorroïdes*.

Mutations des chefs de service de médecine. — M. Letulle passe de Saint-Antoine à Boucicaut; M. Gilles de la Tourette passe d'Hérold à Saint-Antoine; M. Duflocq succède à M. Gilles de la Tourette à l'hôpital Hérold; M. Queyrat succède, à l'hôpital Ricord, à M. Mauriac, admis à la retraite.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours de l'internat en médecine*. — La séance pour la *composition écrite* a eu lieu, lundi 6 décembre, à l'annexe Est de l'Hôtel de Ville. Des 24 candidats inscrits, 21 ont répondu à l'appel. 15 ont fait la composition écrite : *Nerfs de la main* (anatomie et physiologie). Les deux questions restées dans l'urne étaient : *Faisceau pyramidal; sympathique cervical*.

Internat en pharmacie. — Ce concours vient de se terminer. Internes titulaires : MM. Goret, Stenuit, Delaugé.— Internes provisoires : MM. Dupouy, Bardy, Esnault.

ELECTIONS SÉNATORIALES. — Le *Temps* du 8 décembre annonce que le Dr S. POZZI, chirurgien de l'hôpital Broca, membre de l'Académie de Médecine, ancien conseiller général de la Dordogne, sollicité par un grand nombre de ses compatriotes de l'arrondissement de Bergerac, a accepté la candidature en remplacement du Dr Gadaud, décédé.

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE CIRCULANTE. — Nous lisons dans la *Gazette des Hôpitaux* de cette semaine : « Notre confrère, M. le Dr Marcel Baudouin qui, depuis 1893, dirige la « *Bibliothèque circulante médicale* », dont il est le fondateur, vient de lui annexer une *Bibliothèque circulante de* LITTÉRATURE CONTEMPORAINE. Pour tous renseignements, s'adresser à notre confrère, 93, boulevard Saint-Germain, à Paris. »

NÉCROLOGIE. — M. le docteur anglais H.-W. FREEMAN, premier médecin de la ville de Bath et éleveur de chevaux pur sang fort appréciés. — M. le Dr CITTADINI (de Bruxelles). — M. le Dr CUTTOLI père (de Paillet).—M. Théodore-Henri BELVAL (de Bruxelles), chevalier de l'Ordre de Léopold, officier d'Instruction Publique de France, docteur en Sciences Naturelles, membre correspondant de l'Académie de Médecine, inspecteur de l'Hygiène au Ministère de l'Instruction Publique, rédacteur en chef du *Mouvement Hygiénique*, né à Tournai, le 18 juillet 1832, décédé à Bruxelles le 4 décembre 1897. — Les journaux de Tamatave avaient annoncé la mort du Dr RAPUC, médecin de la marine, tué, disaient-ils, par les Sakalaves du Menabé, dans un des postes nouvellement créés par le commandant Gérard, dans la vallée du Tsiribihina. Une lettre, reçue par la voie d'Angleterre, fait connaître qu'il n'en est rien. — M. le Dr PEILLON (de Grasse).

LE PARISIEN DE PARIS. — Sous ce titre, M. Léon Maillard, publie un journal hebdomadaire illustré, consacré plus particulièrement à la défense de tous les intérêts de Paris. Il mérite d'être signalé à l'attention de nos lecteurs.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*. — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LE LIVRET MÉDICAL; par le Dr VAUCAIRE. — De même que le livret de famille et que le livret militaire, le *Livret médical* du Dr Vaucaire, qui vient de paraître à la librairie Charpentier et Fasquelle, va rapidement s'imposer et devenir le *vade mecum* indispensable à chaque membre d'une famille. Tenu au courant depuis le plus jeune âge, il sera d'un grand secours pour les médecins, qui pourront rapidement se rendre compte du tempérament spécial du sujet qu'ils ont à examiner et de ses diverses maladies antérieures, avec les phénomènes qui les ont accompagnées. Un manuel succint du traitement des principales maladies de l'enfance et de l'âge adulte, et des feuilles de température complètent ce volume, qui correspond à un réel besoin.

ANÉMIE, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale, *Biosine Le Perdriel*.

SAVON DENTIFRICE VIGIER, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

PHTISIE, *Bronchites chroniques*. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SERIE. T. VI. N° 51. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 18 DÉCEMBRE 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Le double syndrome de Brown-Séquard dans la syphilis spinale (*Suite*) (1).

par M. le Dr E. BRISSAUD, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Messieurs,

Dans notre dernière réunion, je vous ai soumis trois formules, j'ai développé trois propositions résumant les faits cliniques, qui me paraissent caractériser de la façon la plus topique les paraplégies spinales syphilitiques. Ces trois propositions, je vais aujourd'hui les commenter en me plaçant à un point de vue exclusivement pathogénique et le cas particulier de la syphilis médullaire nous conduira à quelques conclusions générales touchant la topographie des lésions centrales d'où procèdent les *paraplégies sensitivo-motrices bilatérales et symétriques*.

C'est donc de physiologie pathologique que je vais vous entretenir. Vous remarquerez, chemin faisant, que cette physiologie pathologique n'est pas, comme vous pourriez d'abord le supposer, une adaptation de la physiologie expérimentale à tels ou tels faits de la pathologie humaine. Il ne s'agira que de *physiologie humaine*. Seulement, comme les actes morbides spontanés que la nature se plaît à exécuter sans notre collaboration sont à peu près les seuls phénomènes dont la physiologie *humaine* puisse faire son profit, il me semble que la connaissance, le groupement et l'interprétation de ces faits constituent précisément la *physiologie pathologique* proprement dite.

Tout d'abord, je répéterai les trois propositions qui faisaient l'objet de ma dernière conférence :

1° Le syndrome de Brown-Séquard est une manifestation fréquente de la syphilis spinale;

2° Dans le syndrome de Brown-Séquard d'origine syphilitique, l'hémianesthésie croisée est remplacée par une simple thermo-analgésie croisée ;

3° Quant aux paraplégies sensitivo-motrices bilatérales dues à la syphilis médullaire, les troubles moteurs s'y manifestent toujours comme conséquence de lésions homologues; mais les troubles sensitifs relèvent tantôt de lésions homologues, tantôt de lésions croisées. Dans ce dernier cas, la paraplégie sensitivo-motrice bilatérale constitue un double syndrome de Brown-Séquard.

Examinons d'abord la première proposition.

A. Le syndrome de Brown-Séquard peut se manifester sous la forme la plus pure, la plus classique ; plusieurs observations en font foi et je me bornerai à vous rappeler le cas (publié par Charcot et Gombault) dont je vous parlais l'autre jour. Ainsi, une gomme ou une production scléro-gommeuse, limitée à une moitié de la moelle ou de la dure-mère rachidienne, équivaut absolument à une hémisection expérimentale.

Tout en vous parlant dès à présent de sections expérimentales, je n'oublie pas que je vous ai annoncé une physiologie pathologique exclusivement humaine. Mais il est difficile de passer sous silence les arguments physiologiques *expérimentaux* sur lesquels Brown-Séquard sut appuyer sa thèse de l'*entrecroisement des fibres sensitives spinales*. Et cependant les arguments physiologiques *humains* sont infiniment plus démonstratifs. On a pu discuter — et l'on discute encore — sur la constance des résultats expérimentaux, tandis que la clinique humaine nous interdit de nier la constance des symptômes consécutifs aux hémisections traumatiques ; ceux-ci sont invariables.

Il faut reconnaître que les conditions du traumatisme spinal sont elles-mêmes toujours à peu près identiques : l'hémisection est presque nécessairement le fait d'un coup de couteau, porté d'arrière en avant, et ne dépassant que très exceptionnellement la ligne médiane. Et ce qui fait que les conséquences du traumatisme sont fatalement les mêmes dans tous les cas, c'est — plus encore que tout le reste — cette particularité curieuse que les blessures graves de la moelle épinière ne déterminent pas de myélite suppurée. Jusqu'à ce jour, aucune observation ne s'élève à l'encontre de cette règle générale. Or, il est difficile de concevoir l'absence de toute complication suppurative à la suite d'un coup de couteau, autrement que par la résistance du tissu nerveux aux suppurations. C'est une sorte de privilège qui, vous le savez, est connu depuis longtemps des chirurgiens pour ce qui concerne les nerfs périphériques.

Mais vous n'ignorez pas non plus que les abcès de la moelle sont eux-mêmes d'une rareté extrême. Il n'en a été publié jusqu'à présent qu'une douzaine d'observations authentiques (1). Le fait que la moelle est rétractaire aux suppurations permet donc d'étudier en toute sécurité les hémisections spinales traumatiques au même titre que les hémisections expérimentales pratiquées dans les laboratoires avec les précautions antiseptiques d'usage. Et puisque, je vous le répète, les résultats de l'hémisection spinale traumatique sont d'une identité et d'une constance absolues, il n'y a pas lieu de chercher dans la physiologie expérimentale des motifs d'admettre l'entrecroisement des fibres sensitives. La preuve de cet entrecroisement est faite pour l'homme mieux encore que pour les animaux.

Voilà un premier fait de physiologie pathologique irrévocablement acquis.

Donc, une gomme syphilitique née des méninges et se développant aux dépens de la moelle, interrompt la continuité des fibres de toute une moitié de l'axe jusqu'à la ligne médiane et produit nécessairement des symptômes superposables à ceux d'une hémisection traumatique. Tel était le cas de l'observation de Charcot et Gombault. Les deux moitiés de la moelle ayant une circulation distincte, il est assez général que les processus nécrobiotiques restent limités à l'une ou à l'autre des deux moitiés ; et il s'ensuit que la lésion adéquate à l'hémisection ne dépasse guère elle-même la ligne médiane. D'ailleurs, à supposer qu'elle la dépassât, le

(1) Voir *Progrès médical*, n° 29, 1897.

(1) Hermann Schlesinger. — Arbeiten aus dem Institut f. Anat. und Phys. des Centralnervensystems an der Wiener Universität, 1894, II Heft, S. 135.

© BIU Santé

résultat serait à bien peu de chose près le même, car, ici encore, nous pouvons faire appel à de certaines données expérimentales, et nous souvenir que les hémisections spinales, lorsqu'elles franchissent la ligne médiane ne modifient nullement le résultat de l'opération. Brown-Séquard avait signalé le fait et Vulpian l'a vérifié à maintes reprises. Dans l'observation de Charcot et Gombault, la production scléro-gommeuse empiétait de la moitié gauche sur la moitié droite de la moelle, et cependant l'hémianesthésie croisée s'arrêtait nettement à la ligne médiane.

Je passe au deuxième point.

Dans la paraplégie sensitivo-motrice syphilitique, l'hémianesthésie croisée n'est pas totale : c'est une thermo-analgésie simple ; en d'autres termes, c'est une *anesthésie croisée sans perte ni diminution de la sensibilité tactile.* Du fait que les troubles de la sensibilité du côté opposé à la lésion représentent un syndrome identique à celui de la syringomyélie, on peut conclure avec la certitude de ne pas se tromper, que les *cordons postérieurs sont épargnés.* Nous avons admis que la méningo-myélite était la forme la plus commune de la syphilis spinale ; pour expliquer le mécanisme du syndrome de Brown-Séquard à *dissociation syringomyélique*, l'hypothèse d'une myélite *scléro gommeuse* — cavitaire ou non — est encore et toujours la plus admissible, comme elle est, en vertu des chiffres,

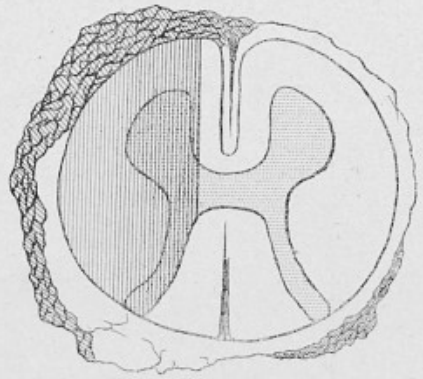


Fig. 50. — (Schéma) représentant une infiltration de la pie-mère et une lésion spinale sous-jacente à cette infiltration, mais arrêtée à la corne postérieure.

la plus vraisemblable. Tout à l'heure je vous disais que le processus scléro-gommeux, marchant de dehors en dedans, atteignait la ligne médiane et la dépassait. Il nous est tout aussi facile de nous représenter maintenant ce processus arrêté dans sa marche envahissante. Le sens de sa propagation est le même, mais il n'atteint pas la ligne médiane et même il ne dépasse pas la corne postérieure.

La nécrobiose d'une tranche médullaire comprise entre la méninge latérale et la substance blanche des cordons postérieurs, équivaut à une hémisection expérimentale incomplète, c'est-à-dire à *une hémisection qui respecterait les cordons postérieurs, conducteurs des sensations tactiles.*

Au point de vue purement anatomo-pathologique, la limitation de la nécrobiose aux parties que je vous signale s'explique très aisément. Les deux cordons blancs postérieurs sont irrigués par une artère unique, et qui a son indépendance en dépit de ses fréquentes anastomoses avec les artères radiculaires postérieures des deux moitiés de l'axe. L'artérite syphilitique oblitérante qui, limitée à une radiculaire, tient sous sa dépendance toute une moitié d'étage médullaire infiltrée de tissu scléro-gommeux, ne produit pas de retards circulatoires ni, par conséquent, de tendance à la thrombose dans la moitié opposée de la moelle. Au contraire, lorsque la lésion est bilatérale, c'est que la méninge elle-même a été primitivement infiltrée; de là résultent des lésions artérielles beaucoup plus étendues, quelquefois circulaires et capables d'aboutir à une myélite transverse totale.

Mais j'en reviens à la lésion unilatérale qui, ayant débuté par la pie-mère et l'arachnoïde, laisse intacts les deux cordons blancs postérieurs. Cette lésion qui a une certaine étendue en hauteur, qui occupe en profondeur la totalité du cordon latéral, qui, de plus, empiète sur la corne grise postérieure et peut-être aussi sur la corne grise antérieure, cette lésion qui a son point de départ dans les méninges, elles-mêmes primitivement infiltrées de tissu scléro-gommeux, ne vous apparaît-elle pas comme la répétition parfaitement exacte d'une autre maladie, cependant très différente de la syphilis spinale, mais en somme, tout-à-fait semblable dans ses résultats symptomatiques ? — Vous devinez que je fais allusion encore une fois à la *syringomyélie*, mais à la *syringomyélie combinée à la pachyméningite hypertrophique ?*

Ici, nous nous retrouvons sur un terrain connu. Je vous ai souvent parlé des relations pathogéniques de la pachyméningite chronique et de la syringomyélie. Laissez-moi vous rappeler simplement ceci : tandis qu'un certain nombre d'auteurs avaient remarqué que la syringomyélie présente quelquefois les symptômes et l'évolution d'une pachyméningite chronique, je m'efforçais de démontrer que dans les cas de ce genre il ne s'agissait pas d'une analogie fortuite, mais d'une concordance fatale et subordonnée à des conditions anatomiques parfaitement déterminées. Je montrais que la combinaison symptomatique dépend d'une combinaison anatomique et que la pachyméningite, *première en date*, est à la fois la cause lointaine et l'occasion de la syringomyélie.

Cette relation anatomo-pathologique de cause à effet, n'est plus mise en doute. Elle est prouvée actuellement par des faits positifs dont le nombre s'accroît de jour en jour. Or ne voyez-vous pas que la pachyméningite hypertrophique *avec syringomyélie unilatérale* et la méningite syphilitique *avec gomme également unilatérale* doivent forcément produire le même syndrome? Car les parties de la moelle qui, dans le premier comme dans le second cas, subissent une dégénérescence équivalant à une section de fibres, sont rigoureusement les mêmes, à savoir: les méninges, les cordons latéraux, les cornes grises postérieures et quelquefois les cornes grises antérieures. Quant aux cordons postérieurs, ils sont indemnes.

Me voici parvenu à la grosse difficulté que je signalais en terminant ma dernière conférence. Si la méningo-myélite scléro-gommeuse unilatérale donne lieu au syndrome de Brown-Séquard avec thermo-analgésie et si, d'autre part, cette méningo-myélite a une localisation comparable à celle d'une syringomyélie unilatérale associée à une pachyméningite, ne s'ensuit-il pas qu'une telle syringomyélie doit elle-même déterminer le syndrome de Brown-Séquard incomplet, c'est-à-dire l'hémiparaplégie motrice directe et la thermo-analgésie croisée ? — Messieurs, bien certainement, il en est ainsi le plus souvent. Je vous disais en outre que la syphilis détermine tantôt une paraplégie sensitivo-motrice directe, tantôt une paraplégie motrice directe avec thermo-analgésie croisée. Tel est aussi fort exca-

© BIU Santé

tement le cas de bon nombre de syringomyélies. Mais, pourquoi tantôt ceci et tantôt cela ? — Si je pose le problème pour la première fois à l'occasion de la syphilis spinale, je dois vous dire qu'il a été posé très explicitement par M. Raymond à l'occasion de la syringomyélie (1). Et, de fait, comment les deux types cliniques de syringomyélie unilatérale, l'un homologue, l'autre croisé, auraient-ils pu passer inaperçus ?

Voici donc que ce que dit à ce propos le Pr Raymond : « Il s'agit évidemment d'une question de topographie. Mais nos connaissances en matière de localisations spinales ne sont pas encore assez précises pour permettre de faire une réponse satisfaisante. Le foyer, dans le type Brown-Séquard, atteint-il et détruit-il la commissure postérieure ? Je ne puis vous l'affirmer. L'histologie fine, basée sur la méthode des dégénérations, ne nous a fourni aucune preuve à ce sujet. Et la *pathogénie de l'anesthésie croisée reste toujours en discussion.* »

Je crois être en mesure de répondre au desideratum formulé par M. Raymond. Il me paraît même difficile qu'aucun fait anatomo-clinique démente les conclusions que je vais vous soumettre. Mais au préalable il est nécessaire que je vous rappelle sous une forme très schématique le trajet des conducteurs de la sensibilité dont l'interruption détermine le syndrome de Brown-Séquard. Ce sera une fois de plus, après cent autres, la répétition de l'énoncé du problème. Toujours il faut en revenir là.

Pour simplifier les choses, je supposerai le problème résolu et je figurerai sur trois rondelles superposées de moelle épinière le parcours d'une fibre vectrice de sensations thermiques ou douloureuses. Vous savez que les sensations thermiques et les sensations douloureuses ont des voies un peu différentes. Mais, il est permis de les confondre pour la clarté de la démonstration, d'autant qu'elles sont, en réalité, assez voisines et assez étroitement associées sur toute leur étendue pour être provisoirement confondues. Les fibres de la sensibilité tactile suivent un chemin absolument autre et je n'ai pas à m'en occuper pour le moment puisqu'il ne s'agit que de thermo-analgésie.

Une fibre radiculaire (T) du côté *gauche* servant de milieu conducteur à des vibrations thermiques, quitte le ganglion postérieur (G) pour pénétrer dans la corne grise postérieure, où elle se termine par un certain nombre de ramifications. Cette fibre appartient au *protoneurone centripète* dont le centre cellulaire est l'élément ganglionnaire (G). A l'une des ramifications terminales (T) de ce protoneurone du côté gauche correspond l'un des prolongements protoplasmiques d'un deutoneurone centripète (F) dont le prolongement cylindraxile gagne le cordon latéral *droit*. Mais quelle région du cordon latéral ? Sur ce point, les opinions ne concordent pas encore. Selon Schlesinger, tous les prolongements cylindraxiles, conducteurs de vibrations thermiques et douloureuses, se porteraient dans le faisceau de Gowers. Suivant Edinger, quelques-uns se dirigeraient aussi dans le cordon antérieur ; mais peu importe. Retenez simplement que le groupe peu condensé des fibres que j'appellerai pour plus de concision *fibres thermiques et fibres douloureuses*, occupe dans la moelle épinière des parties blanches assez voisines de la surface (FF'F'').

Maintenant supposez une hémisection incomplète de la moelle à droite, celle, par exemple, que j'ai représentée par des stries sur la rondelle du milieu. Il est certain que le groupe de fibres thermiques et douloureuses FF' F'' situé dans la substance blanche du cordon latéral droit sera sectionné en totalité. Ces fibres appartiennent aux deutoneurones qui ont recueilli les vibrations thermiques et douloureuses transmises par les protoneurones TT'T'' du côté gauche. Par conséquent, toutes les sensations thermiques et douloureuses seront abolies à *gauche* au-dessous du plan de la section faite à *droite*. On constatera également à droite une petite zone d'anesthésie correspondant aux fibres radiculaires droites R intéressées par la section.

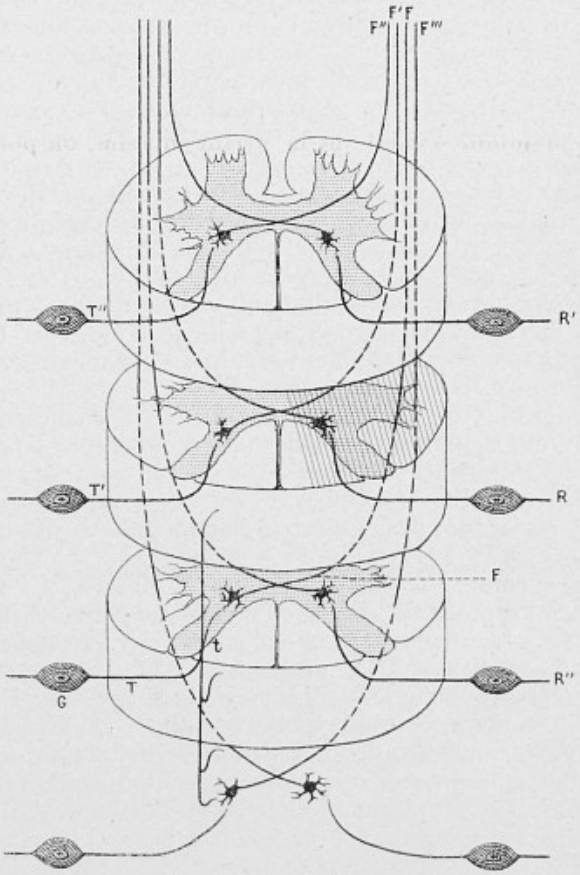


Fig. 51. — Trajet des voies de la sensibilité thermique et de la sensibilité douloureuse dans la moelle. — G, ganglion postérieur représenté par une cellule bipolaire. — TT'T'', protoneurones centripètes, conducteurs des sensibilités thermique et douloureuse. — FF'F'', deutoneurones centripètes. — RR'R'', racines postérieures droites ou protoneurones centripètes droits.

A présent, au lieu d'une hémisection, supposez une lésion de la moitié droite de la moelle, une petite tumeur, par exemple, n'ayant en hauteur guère plus que l'intervalle de deux racines (R' R''). Cette tumeur exerçant une action, soit compressive, soit destructive sur un demi étage de l'axe, déterminera exactement les mêmes symptômes qu'une hémisection. Et si, comme l'hémisection que nous avons admise, la dite lésion respecte les cordons postérieurs, le syndrome qu'on observera sera l'hémiparaplégie spinale de Brown-Séquard avec *la demi thermo-analgésie croisée*. La surface de section que la figure représente ombrée de stries, correspond, je suppose, à l'étendue superficielle de la tumeur censée capable de produire le syndrome de Brown-Séquard. Il va sans dire que le faisceau pyramidal du côté droit dégénère au-dessous de la tumeur comme il dégénère au-dessous de l'hémisection

(1) Clinique des maladies du système nerveux. — Paris, Doin, 1896, 1re série, p. 325.

© BIU Santé

simple : de là résulte la monoplégie motrice directe.

Remplaçons maintenant sur la figure schématique la tumeur par une lésion vacuolaire et admettons qu'il s'agisse d'une myélite ischémique peu étendue en hauteur. Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer que le résultat clinique sera toujours le même. Et si, au lieu d'un ramollissement, nous avons affaire à un foyer lacunaire, tel qu'une cavité unilatérale de syringomyélie limitée à la corne postérieure *droite*, deux éventualités principalement seront à considérer :

Imaginez que le gliome cavitaire, toujours peu étendu dans le sens vertical, n'occupe exactement que la corne postérieure, au niveau même où aboutissent les dernières ramifications du protoneurone centripète R. Il est évident que la thermo-analgésie n'existera à la périphérie que sur la moitié droite du corps et presque exclusivement dans le territoire d'innervation de la racine R. Maintenant augmentez par la pensée la hauteur de la cavité creusée dans la corne postérieure droite, de telle sorte qu'elle intéresse huit ou dix étages radiculaires ; il est encore parfaitement certain que la thermo-analgésie occupera la moitié droite du corps et très exactement tous les territoires tributaires des cornes postérieures dégénérées. Telle est l'hypothèse non pas seulement vraisemblable, mais confirmée par les faits, à laquelle je comparais une syphilis spinale unilatérale caractérisée par une thermo-analgésie directe. Notez bien d'ailleurs que la lésion gommeuse ou gliomateuse de la corne postérieure, lorsqu'elle atteint de certaines proportions, ne manque pas de comprimer les fibres du faisceau pyramidal du même côté. La conséquence de cette action de voisinage est la paralysie motrice homologue et spasmodique.

Vous comprenez donc maintenant, Messieurs, comment la syphilis spinale — tout aussi bien que la gliomatose — peut se traduire en clinique par une paraplégie sensitivo-motrice unilatérale et homologue avec dissociation « syringomyélique » de la sensibilité. Pour concevoir le mécanisme de l'anesthésie homologue *totale*, il vous suffira de vous représenter la lésion plus étendue en surface, empiétant sur le cordon postérieur jusqu'au voisinage de la ligne médiane. Au demeurant ceci est moins le fait de la syringomyélie dont la localisation dans la substance grise est à peu près invariable, que de la syphilis dont le processus envahissant ne respecte rien. Vous pourriez cependant trouver dans l'histoire de la syringomyélie elle-même la confirmation de ce que j'avance.

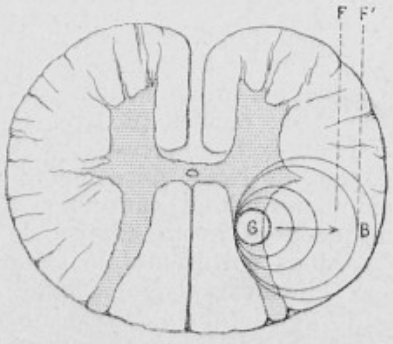


Fig. 52.

Mais voici où le problème devient encore plus délicat. Une lésion *unilatérale de la substance grise* peut-elle, soit du fait de la syringomyélie, soit du fait de la myélite gommeuse, produire aussi, à un moment donné, une *thermo-analgésie-croisée ?* — Assurément, cela est possible si l'extension de la myélite grise centrale (G) se fait de dedans en dehors vers les régions de la substance blanche où remontent les deutoneurones de la thermo-analgésie (F F' F''). Dans les cas où ce diagnostic s'annonce comme vraisemblable, il faut supposer que la lésion est peu étendue en hauteur. En effet, si elle occupe *dans la substance grise* des cornes postérieures toute une série d'étages radiculaires

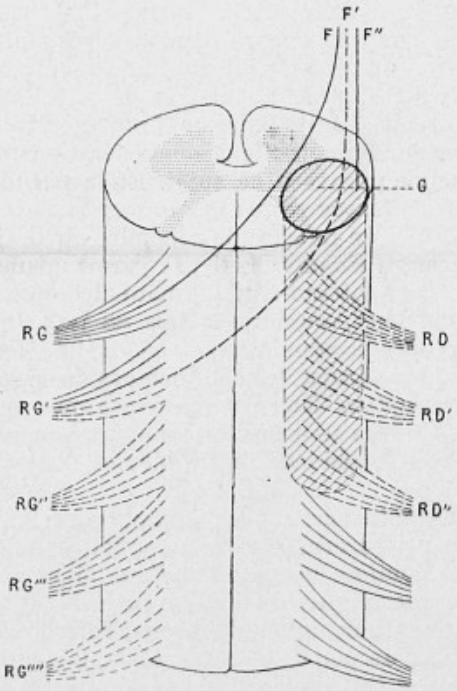


Fig. 53. — RD, RD', RD'', fibres radiculaires postérieures droites interceptées par la lésion G. — RG, RG', RG'', fibres radiculaires postérieures gauches conduisant les vibrations thermiques et douloureuses dans les parties blanches du côté droit FF'F''.

(*Fig. 53*), elle donnera lieu — nous venons de le voir — à la thermo-analgésie homologue ; et si d'autre part, elle interrompt la continuité du groupe des deutoneurones thermo-analgésiques, elle entraîne — nous l'avons vu également — la thermo-analgésie croisée. Et alors, chose imprévue, une *thermo analgésie bilatérale* sera la conséquence d'une lésion unilatérale. En pareille occurrence les deux moitiés du tégument ne sont pas atteintes de cette thermo-analgésie au même degré. Il n'est pas douteux qu'elle est plus prononcée du côté de la lésion, et précisément dans les parties qui correspondent aux étages gris les plus profondément altérés. Du côté opposé à la lésion, la thermo-analgésie est moins accentuée pour la simple raison qu'un bon nombre de deutoneurones centripètes échappent forcément à la destruction ou à la compression. En revanche, elle est plus étendue en hauteur que du côté même de la lésion ; et cela encore s'explique très aisément, puisque le groupe des deutoneurones centripètes est intéressé *dans son ensemble* au-dessous du niveau ou la lésion l'atteint.

Ainsi une lésion unilatérale de la substance grise capable de produire primitivement une thermo-analgésie homonyme peut aussi produire secondairement une thermo-analgésie croisée, et par conséquent une thermo analgésie totale.

Parmi les faits qui me semblent le plus propres à démontrer la bilatéralité des troubles sensitifs à la suite de certaines lésions spinales unilatérales, je vous signa-

© BIU Santé

lerai une belle observation publiée il y a quelques années par MM. Dejerine et Sottas (1). La maladie avait débuté à l'âge de 53 ans, par une atrophie musculaire du membre supérieur droit et particulièrement de la main qui avait pris la forme simienne. La sensibilité tactile était normale. Les sensibilités douloureuse et thermique étaient abolies dans tout le membre supérieur droit ainsi que dans toute la moitié droite du thorax. La même thermo-analgésie existait, quoiqu'à un bien moindre degré, sur tout le reste de la surface cutanée, sauf le cou, la face et le crâne. Le malade ayant succombé à une pneumonie, on trouva — confirmation du diagnostic porté pendant la vie — un gliome excavé, occupant la moitié *droite* de la moelle épinière depuis la deuxième paire cervicale jusqu'à la



Fig. 54. — Gliome excavé dans la moitié droite de la moelle (d'après Dejerine et Sottas).

partie supérieure du renflement lombaire (*Fig.* 54). Bref un déficit limité à la corne postérieure du côté droit avait déterminé une thermo-analgésie complète d'une partie du côté droit et une thermo-analgésie encore très notable du côté gauche, dans toute la sphère de distribution des nerfs issus de la moelle au-dessous du niveau supérieur de la lésion. Ainsi se trouve confirmée la proposition que j'avançais tout à l'heure, à savoir : qu'une lésion unilatérale de la moelle peut, à un moment donné, produire non seulement une thermo-analgésie directe, mais aussi une thermo-analgésie croisée.

Cela m'amène tout naturellement à justifier par des preuves anatomo-cliniques la troisième proposition que je formulais en débutant et que je vais énoncer à nouveau : Dans les paraplégies sensitivo-motrices bilatérales dues à la syphilis médullaire, les troubles moteurs sont toujours symptomatiques de lésions homologues; mais les troubles sensitifs relèvent tantôt de lésions homologues, tantôt de lésions croisées ; et, dans ce dernier cas, la paraplégie sensitivo-motrice bilatérale constitue un *double syndrome de Brown-Séquard.*

Il est bien inutile d'insister sur les paraplégies sensitivo-motrices liées exclusivement à des altérations diffuses de *méningite* gommeuse sans myélite; ces altérations suppriment la conductibilité sensitive et motrice dans les racines postérieures et antérieures étouffées par la production syphilitique; et il en résulte une paraplégie *radiculaire* double et homologue.

Quant à la paraplégie sensitivo-motrice croisée, elle résulte, dis-je, d'une lésion bilatérale, ou de deux lésions plus ou moins symétriques et comparables, chacune séparément, à la lésion unilatérale que je mentionnais tout à l'heure. Une remarquable observation de Hanot et Meunier (2) met en pleine évidence ce rapport du syndrome avec la double lésion spinale.

(1) Bull. et Mémoires de la Société de Biologie, 23 juillet 1891.
(2) Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1896, mars et avril, p. 49.

Un homme de 42 ans, syphilitique depuis trois ans seulement, est frappé d'un ictus apoplectiforme, à la suite duquel il reste paraplégique. La paralysie des muscles est absolue aux membres inférieurs et l'on constate même une certaine faiblesse du membre supérieur gauche. La paralysie de la sensibilité consiste en une thermo-analgésie complète des deux membres inférieurs et de tout le tronc jusqu'aux aisselles. Outre cette thermo-analgésie il existe une anesthésie tactile

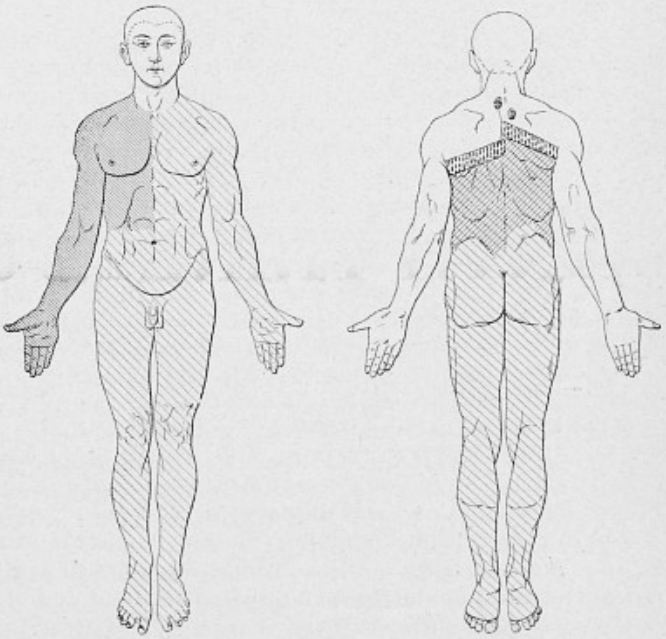


Fig. 55. — Cas de Hanot et Meunier. Double syndrome de Brown-Séquard avec thermo-analgésie (striation large) et anesthésie tactile (stries serrées). Les deux lésions sont indiquées par les deux points noirs.

dans la partie moyenne du tronc, formant comme un bandage de corps à la région supérieure de la thermo-analgésie. Enfin ces troubles de la sensibilité sont en quelque sorte limités en haut par deux petites zones d'hypéresthésie, ou plutôt par une demi-zone à droite et à gauche, la demi zone droite occupant un plan plus élevé que la demi-zone gauche. Le malade se plaint de vives douleurs inter-scapulaires. Pendant les premiers jours l'intelligence est entièrement lucide, mais bientôt elle s'obscurcit et la mort survient dans le coma dès le onzième jour. A l'autopsie on découvre une double gomme intra-médullaire de la région cervico-dorsale avec méningite et myélite localisée au pourtour de la production gommeuse.

Dans un cas de lésion bilatérale aussi caractérisé que celui-là, tout s'explique et s'éclaire. Plus une seule difficulté ne subsiste. La paraplégie motrice bilatérale et symétrique est le fait de la compression des cordons latéraux. La thermo-analgésie droite relève de la tumeur gauche équivalant à une hémisection gauche, et la thermo-analgésie gauche relève de la tumeur droite équivalant à une hémisection droite. Voilà, dans toute sa pureté, le syndrome de Brown-Séquard à dissociation syringomyélique ; et l'on ne peut douter que cette double hémi-anesthésie ne soit *croisée*, puisque l'hémi-anesthésie gauche a une limite supérieure moins élevée que l'hémi-anesthésie droite, alors que la lésion gauche est située plus haut que la lésion droite, et inversement.

Il existe peu d'observations aussi belles, aussi schématiques ; mais je pourrais vous en signaler quelques autres, analogues à celle-là, et non moins démonstra-

© BIU Santé

tives au point de vue de notre thèse. Il en est une d'Asmus que je mentionnerai de préférence parce qu'elle renferme une particularité intéressante (1). Il

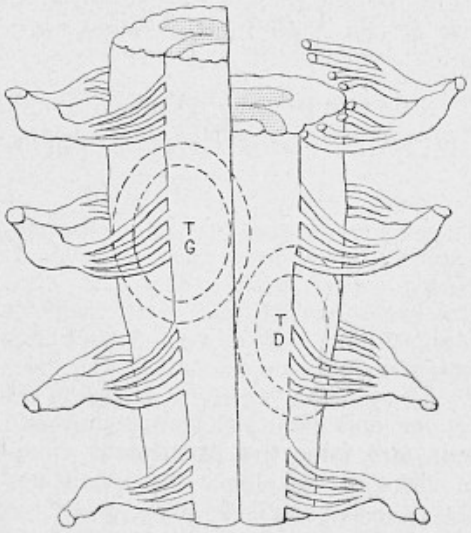


Fig. 56. — Cas de Hanot et Meunier.—TG, tumeur gauche. — TD, tumeur droite.

s'agit d'un cas de syringomyélie dans lequel le membre inférieur *droit* et le côté *droit* du tronc étaient *totalement anesthésiques*. Or l'autopsie démontra que, du côté droit, le cordon de Goll n'était pas entamé sur toute sa surface de section. La lésion gliomateuse avait au contraire endommagé bien plus gravement le côté gauche des cordons postérieurs. Ce fait prouve que les fibres de la sensibilé *tactile* renfermées dans les cordons blancs postérieurs aboutissent, elles aussi, à un deutoneurone centripète, qui subit la décussation à travers la commissure grise ou dans son voisinage et remonte dans le cordon postérieur du côté opposé.

Il faut remarquer que lorsqu'il s'agit de la décussation des fibres radiculaires postérieures, le problème posé depuis si longtemps est en grande partie simplifié par l'acquisition d'un fait nouveau : l'existence des fibres collatérales. On n'admettait pas autrefois que le cylindraxe se divisât à sa terminaison. Aujourd'hui nous savons qu'il se ramifie et qu'une partie de ses rameaux peut se décusser tandis qu'une autre partie ne se décusse pas. Brown-Séquard avait conclu à la décussation *totale* de toutes les fibres radiculaires postérieures. Ses adversaires le combattaient surtout à l'aide d'un argument anatomique : Si les fibres radiculaires postérieures subissent une décussation totale, pourquoi, à la suite d'une hémisection gauche, par exemple, ne voit-on pas de dégénération ascendante dans la moitié droite de la moelle? — Cette objection, à l'heure actuelle, ne peut plus être soulevée. Une fibre radiculaire postérieure fournit à plusieurs deutoneurones et chaque deutoneurone reçoit sa stimulation nutritive de plusieurs protoneurones. Le deutoneurone — dans la moitié de la moelle opposée à la section — reste donc en rapport avec des sources d'énergie assez nombreuses pour ne pas subir la dégénérescence ascendante qu'on s'attendait d'abord à voir.

Mais la clinique nous éclaire-t-elle sur le trajet de ce deutoneurone? — En aucune façon; et c'est précisément dans le but de combler cette lacune qu'on a malencontreusement emprunté des arguments à la physiologie expérimentale. Vous savez que les expériences les plus variées, les plus ingénieuses, j'ajouterai même les mieux réglées au point de vue opératoire ne nous fournissent à cet égard que des résultats inconstants et incertains. Il n'est guère de physiologistes qui ne les aient exécutées à plusieurs reprises. Parmi les dernières publiées je vous citerai celle de Golzinger : « Lorsqu'on sectionne *chez le chien*, entre les troisième et quatrième vertèbres dorsales, toute la substance grise, les cordons postérieurs, la partie interne des cordons latéraux et les cordons antérieurs, la conductibilité esthésique persiste; l'anesthésie ne s'obtient qu'en sectionnant tout le cordon latéral ou son tiers moyen. Les fibres conductrices de la sensibilité douloureuse seraient donc localisées dans le tiers moyen des cordons latéraux, immédiatement en avant des faisceaux pyramidaux. Après la section d'une seule moitié de la moelle la sensibilité à la douleur se trouve tantôt normale tantôt disséminée dans les extrémités postérieures pendant deux jours. Ceci indiquerait un entrecroisement incomplet des fibres conductrices de la sensibilité douloureuse » (1).

Est-il permis de conclure, d'après ces expériences, que les fibres de la sensibilité thermique et de la sensibilité douloureuse, chez l'homme, sont également réparties « dans le tiers moyen des cordons latéraux, immédiatement en avant des faisceaux pyramidaux »? — Assurément non. Les expériences pratiquées sur les animaux, ainsi que l'a fait remarquer Merjewski à ce propos, ne conviennent pas pour la recherche de la sensibilité, car les animaux ne peuvent traduire les perturbations sensitives qu'ils perçoivent. D'ailleurs Brown-Séquard lui-même l'avait déjà soutenu. Ne sait-on pas, en outre, que les voies de la sensibilité sont très variables d'une espèce à l'autre? Et enfin, les fonctions sensitives étant chez les animaux beaucoup moins spécialisées que chez l'homme, n'est-il pas évident que les suppléances fonctionnelles post-opératoires s'y observent dans beaucoup de circonstances où elles ne sauraient s'établir chez l'homme?

C'est cependant au nom de la physiologie expérimentale que Brown-Séquard dans les toutes dernières années de sa vie, faisait table rase des vérités que la clinique démontre et dont nous lui étions redevables à lui-même : « J'estime, disait-il, avoir fait faire un progrès à la physiologie en montrant que je m'étais trompé en considérant que les hémisections de la moelle produisent leurs effets par suite de la perte de fonction des conducteurs coupés, et que la véritable explication de ces phénomènes est : qu'une irritation partant des éléments nerveux sectionnés, détermine à distance, sur les éléments servant à la sensibilité de la moelle, au-dessous de la lésion, des changements purement dynamiques et conséquemment pouvant disparaître soudainement et être remplacés par d'autres effets dynamiques » (2).

Voilà qui est bien obscur. Et Brown-Séquard ne dit pas comment se font ces changements purement dynamiques, ni en quoi ils consistent, ni enfin *pourquoi l'hémianesthésie* est croisée. Que les phénomènes dynamiques et l'inhibition en particulier soient des faits authentiquement démontrés, nul n'en disconvient. Mais les explications qu'on en donne sont par trop

(1) *Bibliotheca medica*, 1893.

(1) Société de psychiatrie de Saint-Pétersbourg, 18 novembre 1895, *An.* in *Revue neurologique*, 1896, p. 180.

(2) Brown-Séquard. — Remarques à propos des recherches du Dr F.-W. Mott sur les effets de la section d'une moitié latérale de la moelle épinière. — *Arch. de Physiol.*, 1894, I, p. 195.

© BIU Santé

confuses ; et l'application qu'on en a voulu faire à certains cas cliniques déterminés m'a toujours paru prématurée. N'est-ce pas sous prétexte d'*inhibition*, que Brown-Séquard a si vivement combattu les localisations cérébrales ?

Nous sommes bien plus en sûreté sur le terrain clinique et nous devons nous en tenir à la vraie physiologie pathologique dont je vous parlais tout à l'heure, celle qui ne relève que d'elle-même. Que nous a-t-elle appris, cette physiologie fondée sur les observations et les statistiques de Brown-Séquard ? — Que les hémisections spinales, chez l'homme, donnent lieu toujours à l'hémianesthésie croisée : d'où il découle fatalement que les *voies* de la sensibilité subissent une décussation intra-médullaire. Il n'y a pas d'expérience qui infirme ce résultat. Je dis les voies de la sensibilité comme on disait autrefois les fibres de la sensibilité. Les fibres, cela signifie les prolongements cylindraxiles des neurones, mais il s'agit de prolongements de neurones différents : ce ne sont pas les fibres radiculaires postérieures gauches qui cheminent dans le cordon latéral droit ; ce sont les cylindraxes du deutoneurone en rapport avec les dernières ramifications du protoneurone centripète. Le deutoneurone a son prolongement cylindraxile dans le cordon latéral ; le protoneurone a son prolongement cylindraxile dans la racine postérieure.

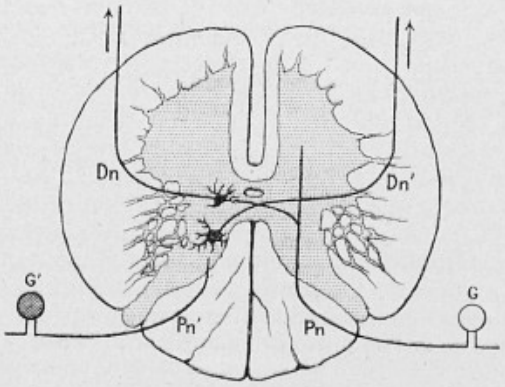


Fig. 57. — Rapports du protoneurone centripète Pn avec le deutoneurone centripète Dn. Dispositions de ces neurones suivant les deux hypothèses : 1° Entrecroisement du protoneurone. 2° Entrecroisement du deutoneurone.

Ici une question se pose. Le protoneurone centripète du côté droit (Pn) dont le centre est dans la cellule ganglionnaire postérieure (G) subit-il la décussation avant de se mettre en contact avec le deutoneurone (Dn) qui remonte dans le cordon latéral gauche ? Ou bien est-ce le deutoneurone Dn' qui subit la décussation, tandis que le protoneurone Pn' s'est arrêté dans la substance grise du même côté ? Il semble que la première de ces dispositions soit la plus probable quoique la démonstration n'en soit pas encore faite.

Ce qui est certain, c'est que le deutoneurone conducteur des vibrations thermiques et douloureuses remonte dans le cordon antéro-latéral à proximité de la surface de la moelle. Schlesinger croit que les fibres des sensibilités thermique et douloureuse gagnent le faisceau de Gowers. Edinger admet qu'une partie d'entre elles sont renfermées dans le cordon antérieur. Mais ce ne sont là encore que des hypothèses. Le fait capital — et celui-là nous est enseigné par la clinique et l'anatomie pathologique — c'est que l'hémianesthésie croisée peut être le résultat de lésions spinales très superficielles, de méningo-myélites, de pachyméningites, de tumeurs très légèrement compressives. Toutes ces lésions appartiennent à la syphilis, et elles sont susceptibles de régression, soit spontanément, soit sous l'influence trop rarement efficace du traitement spécifique.

Voilà comme quoi l'hémianesthésie croisée et plus fréquemment encore la paraplégie motrice avec double hémianesthésie croisée sont des manifestations très communes et très aisément explicables de la syphilis médullaire.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Statistique sanitaire.

A l'occasion d'un rapport sur l'utilisation agricole des eaux d'égout à Gennevilliers, nous avons voulu comparer la mortalité de Gennevilliers en 1896 avec celle des villes voisines et des autres villes d'égale population. Nous avons été amené ainsi à consulter la *Statistique*.

Or, le dernier fascicule de cette publication officielle, faite par le Ministère de l'Intérieur, concerne l'année 1894. Il s'agit là pourtant d'une publication d'un réel intérêt et qui devrait être faite très exactement chaque année. Pourquoi n'en est-il pas ainsi ? Après information, c'est, paraît-il, à cause de l'insuffisance des ressources et partant du personnel. Si le Ministre de l'Intérieur voulait bien s'informer de la façon dont les statistiques sont faites et publiées — en temps opportun — dans la plupart des pays étrangers, il constaterait que sur ce point, comme sur tant d'autres, grâce à l'indifférence des hommes dont c'est le devoir, nous sommes de plus en plus en état d'infériorité.

Le Ministre de l'Intérieur devrait aussi donner l'exemple aux Commissions administratives des hôpitaux et hospices de province, en publiant tous les ans un rapport moral, administratif et financier sur les établissements nationaux de bienfaisance. Mais il s'agit là de réformes trop modestes pour fixer l'attention d'un ministre. B.

La guérison des Cyphoses.

« Tout est dit et l'on vient trop tard depuis plus de trois mille ans qu'il y a des hommes et qui pensent, » a dit La Bruyère. Nous pourrions ajouter que tout a été fait. Nous en donnons comme preuve l'observation suivante, copiée dans un vieux recueil d'observations chirurgicales. Il eût été piquant de la lire naguère au Congrès de Chirurgie, alors que deux jeunes chirurgiens et des plus distingués se disputaient chaudement la priorité dans le traitement et la guérison des cyphoses.

Observations d'auteurs incertains.

OBSERVATION XCVI.

De la gibbosité guérie en une dame.

Monsieur Ranchin, chancelier de l'Université de Montpellier, m'a raconté en quelle façon il a guéri la luxation de l'épine en Madame de Montmorenci, qui lui était venue d'une defluxion du cerveau, et avait disloqué deux vertèbres au milieu de l'épine.

Après les remèdes généraux, il se servit premièrement du pressoir des chirurgiens, avec lequel ils tiennent les linges en presse, pour réduire les vertèbres ; ils avancèrent assez par le moyen d'iceluy appliquant une des tablettes sur le dos et l'autre sur la poitrine, ayant mis des linges entre le corps et le bois ; mais ce remède se trouva incommode, car la compression de la poitrine empêchait la respiration.

Finalement, il se servit d'un autre instrument, assavoir de celuy dont on hausse les carosses quand ils sont embourbés ou engagés dans un chemin creux, appelé un cric : on mettoit sur l'extrémité circulaire d'iceluy un bois, qu'il adaptoit à la vertèbre luxée ; avec un coussinet entre deux : l'autre extrémité du cric étoit appuyé contre une muraille, puis on tenoit la

© BIU Santé

patiente bien ferme par les épaules et on poussoit doucement l'instrument, jusqu'à ce qu'elle ne put plus soufrir la douleur, alors on cessoit de pousser, ce qu'on faisoit deux fois le iour : par ce moyen cette luxation fut peu à peu et parfaitement remise (1).

Nous ne doutons pas que, s'il eût connu cette observation, M. Calot (de Berck) eût évité de dire en concluant au Congrès de Chirurgie : « J'ai préconisé, avant Chipault, le redressement des gibbosités, mais cent autres, depuis Hippocrate, l'ont préconisé avant moi. Cent autres se sont essayés à faire ce redressement ; *mais je suis le premier à y avoir réussi.* » J. Noir.

Le Concours d'agrégation de Médecine.

Le Concours d'Agrégation (Médecine et Médecine légale) a commencé cette semaine, à la Faculté, par l'épreuve de la leçon de trois quarts d'heure. Il y a en tout 43 candidats.

Les sujets tirés au sort pour la séance de mardi dernier ont été les suivants. M. Paviot (de Lyon) : *Abcès du foie.* — M. Chatin (de Lyon) : *La coqueluche.* — M. Vaquez (de Paris) : *Causes et diagnostic des néphrites aiguës.*

Le jury a été définitivement ainsi constitué : *Président :* M. Bouchard (de Paris). — *Juges :* MM. Potain (de Paris); Laboulbène (de Paris); Proust (de Paris); Landouzy (de Paris); Arnozan (de Bordeaux); Carrieu (de Montpellier); Combemale (de Lille); Bard (de Lyon), secrétaire.

Les séances de leçons de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation, ont commencé le mardi 14, à 5 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté. Elles continueront tous les jours, le dimanche excepté. Le *Dictionnaire de Nysten-Littré* (avant-dernière édition), est l'unique ouvrage mis à la disposition des candidats.

Le Monument Gui Patin.

Nous avons annoncé qu'un comité vient de se former pour ériger un buste à Gui Patin, dans sa ville natale, Hodenc-en-Braye. La nouvelle a de quoi étonner ceux qui connaissent un peu l'histoire de la médecine au XVIIe siècle. Si Gui Patin fut un incomparable satirique et si ses *Lettres* demeurent comme un monument de verve facétieuse et d'esprit endiablé en matière de polémique scientifique, en revanche on ne saurait méconnaître en lui *le plus entêté des « dogmatiques » et l'adversaire le plus remarquable de tout progrès en médecine.*

D'après la *République française*, qui a grandement raison, Gui Patin a toujours nié les effets évidents des meilleurs remèdes avec un parti pris féroce et tout à fait extraordinaire chez un homme d'une si haute intelligence. Son nom signifie : *exclusivisme, intolérance, orgueil !*

Ecoutez-le parler du quinquina, qu'il contribua plus que personne *à faire repousser* lors de son apparition en Europe : « Cette poudre de kinakina n'a, par deça, aucun crédit. Les fous y ont couru, parce qu'on la vendait bien cher ; mais, l'effet ayant manqué, on s'en moque aujourd'hui... Voilà comment va le monde, qui n'est qu'un sot et veut être trompé. Cette poudre est fort chaude et ne purge en aucune façon. Ce sont des fictions... »

Reste donc à savoir si la verve satirique que déploya Gui Patin dans la dénégation inerte, dans la résistance passive à tout progrès, lui mérite la reconnaissance posthume des médecins et de la médecine, à laquelle il ne fit jamais faire un pas en avant et qu'il s'efforça tout au contraire de ramener en arrière, rebroussant chemin jusqu'à Hippocrate et Galien. — Alors il faudrait démolir Renaudot, ce brave Renaudot, qu'on a eu tant de mal à mettre en bronze sur sa chaise du Marché aux Fleurs et sur la place de Loudun, et qui sacrifia sa vie et toute sa fortune pour améliorer le sort des Pauvres de Paris. — Il est vrai qu'il inventa le Journalisme : ce dont Gui Patin ne s'est jamais douté ! M. B.

(1) Observations et histoires chirurgiques tirées des œuvres de quatre excellents médecins professeurs et praticiens : Pierre de la Forest de Delphes (Hollande), Félix Plater de Basle, Balthazar Timœus et Pierre Marechettis de Padoue. A Genève, pour Pierre Choüet, M. DC. LXIX, page 553.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 novembre 1897.

Infection typhique expérimentale produite par l'introduction de culture virulente dans une anse de Thiry.

MM. R. Lépine et B. Lyonnet. — De nombreuses expériences nous ont montré que, chez un chien de taille moyenne, l'injection intra-veineuse de 15 à 20 cc. d'une culture très virulente de bacille d'Eberth amène, par intoxication, la mort en quelques heures ; l'ingestion simple d'une quantité dix ou douze fois plus forte de la même culture n'est, en général, suivie d'aucun trouble. Il en est de même si l'on porte directement la culture dans le duodénum, après une laparotomie. Ainsi, une dose massive de culture virulente introduite dans l'intestin d'un chien sain, ne produit ni infection, ni intoxication. Ce résultat est-il dû à une action de la bile, du suc pancréatique, du suc intestinal ou de la muqueuse elle-même ? On peut éliminer le suc pancréatique et la bile en liant le canal de Wirsung et le canal cholédoque (après avoir établi à l'extérieur une fistule biliaire). Mais l'une ou l'autre de ces opérations, apportant un grand trouble aux conditions normales de fonctionnement de l'intestin, nous avons préféré introduire la culture dans une anse d'intestin isolée par le procédé de Thiry. Chez un premier chien, on a pu constater, d'une part, l'intégrité apparente de la santé de l'animal (qui n'a pas cesse, un seul jour, après l'injection de la culture virulente, de manger un kilog. de viande, et dont la température n'a présente que des oscillations insignifiantes) ; et, d'autre part, l'existence d'un pouvoir agglutinant considérable du sérum. On sait que la coexistence d'un pouvoir agglutinant et d'un état apyrétique a également été observée chez l'homme. Chez un deuxième chien, les lésions de l'anse étaient beaucoup moins prononcées que chez le premier. Cette particularité peut tenir, en partie, à ce que l'anse était constituée chez lui par la première portion du jéjunum tandis que, chez le premier chien, elle était formée par la fin de l'iléon. Les expériences précédentes ne sont pas favorables à l'opinion de Sanarelli qui considère les lésions intestinales de la fièvre typhoïde comme le résultat de l'élimination de la toxine. En effet, la muqueuse de l'intestin, chez nos animaux, ne présentait de lésions *que dans l'anse infectée.*

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 décembre 1897. — Présidence de M. Bouchard.

M. Phisalix a recherché dans la *bile de vipère* la raison de la neutralisation des venins absorbés par le tube digestif. Il a constaté que cette bile agit d'une façon très active sur le venin lorsqu'elle est injectée en même temps que lui à l'animal ; ou lorsque l'injection de venin précède de vingt-quatre heures l'injection de bile. Ces résultats coïncident avec ceux de Gautier, qui a constaté que le suc gastrique était sans action sur le venin, et avec ceux de Frazer, qui a montré que la bile détruisait *in vitro* la toxicité du venin. En cherchant à déterminer quel est le principe de la bile qui agit, l'auteur a trouvé que c'étaient le taniocholate et surtout le glycocholate de soude qui étaient les agents actifs de la bile.

M. Bouchard fait remarquer toute l'importance de ce travail, qui montre que les propriétés de défense de l'organisme résultent des sécrétions des cellules de l'individu, et non d'antitoxines microbiennes.

M. Charrin n'a pas constaté d'action de la bile de cobaye sur la toxine diphtéritique.

M. Phisalix a fait aussi des expériences dans ce sens et a constaté une certaine atténuation de la toxine avec la bile de vipère.

M. Bonnier-Lièvre analyse *le phénomène de l'orientation* des oiseaux voyageurs et le rattache au sens des altitudes, qui a pour siège l'appareil ampullaire de l'oreille.

M. Capitan décrit une *variété thyroïdienne de la chlorose*.

M. Courmont adresse une note sur *la différence entre le streptocoque de Marmoreck et celui de l'érysipèle*.

M. Hagopoff adresse une note sur l'*origine du ligament rond* de l'articulation coxo-fémorale.

Elections. — M. Vaquez est élu membre de la Société de Biologie. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 décembre 1897.

Les rayons X en chirurgie.

M. Péan présente deux intéressantes observations de projectiles intracrâniens extraits très facilement au moyen de l'appareil de M. Mergier. [Cet appareil est très simple et très peu coûteux.

M. Le Dentu, au point de vue de la précision mathématique, rappelle la valeur du procédé de M. Contremoulin. Il rapporte un fait où ce procédé rendit de grands services à M. Remy pour un corps étranger cérébral.

MM. Hennecart (de Charleville) et Pellot citent un *cas d'extraction d'aiguille du doigt*. La malade qui souffrait depuis un an, ne se souvenait d'aucune piqûre.

La voix eunuchoïde.

M. Kraus attribue la voix eunuchoïde à une malformation des cartilages laryngés, malformation que peut corriger un appareil compresseur.

Traitement de l'ozène.

M. Garnault regarde l'ozène comme une trophonévrose justiciable avant tout du massage vibratoire. Dans un cas où il a essayé le sérum antidiphtérique, l'ozène persista malgré une intoxication générale assez sérieuse.

Traitement des déformations de la syphilis héréditaire.

M. Heide présente un appareil en caoutchouc durci s'appliquant non-seulement aux perforations étendues du palais, mais à l'affaissement des os du nez. La staphylorraphie avait échoué.

L'intoxication phosphorée.

M. Vallin lit une note fort importante de M. Courtois-Suffit montrant qu'il a suffi de précautions d'hygiène pour supprimer depuis un an tout nouveau cas d'intoxication phosphorée dans les usines autrefois si malsaines de Pantin et d'Aubervilliers. Les nouveaux types d'allumettes où rentrent l'acétate d'amyle qui modifie la circulation encéphalique, les sels de plomb, seraient peut-être plus dangereux pour les ouvriers que les allumettes au phosphore.

La fièvre typhoïde et l'impaludisme.

MM. Kardamatis et Kanellis (d'Athènes) adressent un mémoire démontrant l'entière indépendance de la fièvre continue palustre et de la fièvre typhoïde. Ils signalent la fréquence des états typhoïdes d'origines diverses (paludisme, auto-intoxications intestinales et hépatiques), dans les contrées palustres.

La tuberculose des animaux à sang froid.

M. Dubar (de Dijon) étudie la réceptivité des animaux à sang froid pour le *Bacillus tuberculosis piscium*. La grenouille est particulièrement sensible.

Traitement de l'ataxie par l'élongation de la moelle.

M. Gilles de la Tourette présente enfin une étude importante au point de vue thérapeutique et méritant un résumé étendu. Dans la séance du 26 avril 1897, dit-il, j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, en collaboration avec M. Chipault, une note sur le traitement de l'ataxie locomotrice, par l'élongation vraie de la moelle épinière. La méthode que nous proposions était basée sur des recherches anatomiques nous ayant montré qu'on pouvait obtenir par la flexion forcée du rachis un allongement de la moelle pouvant aller jusqu'à deux centimètres. Je rappellerai que nos observations cliniques faites à l'aide d'un appareil spécial, poursuivies pendant quatre années, avaient porté sur 47 ataxiques, 39 hommes et 8 femmes, et que 22 malades, soit près de la moitié, avaient été améliorés suivant la presque totalité des symptômes ; 15 suivant quelques-uns seulement ; 10 malades n'avaient retiré aucun bénéfice de l'élongation. Les phénomènes douloureux, les troubles génito-urinaires, l'incoordination motrice avaient été surtout améliorés. Je désire aujourd'hui soumettre à l'Académie une nouvelle série d'observations faites en collaboration avec M. Gasne pendant ma dernière suppléance de la clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière. Du 15 juillet au 15 novembre, 21 malades (18 hommes et 3 femmes) ont suivi le traitement d'une façon suffisamment prolongée et régulière (15 à 40 séances), pour permettre d'apprécier les résultats que les tabétiques peuvent relever de cette méthode. Or, 17 sur 21 en ont obtenu des bénéfices considérables portant particulièrement sur les phénomènes douloureux divers, les troubles génito-urinaires, l'incoordination motrice ; l'incontinence d'urine, par contre, a paru peu influencée.

Ce pourcentage, par rapport aux résultats précédemment énoncés, paraîtra peut-être très considérable ; on s'en étonnera moins lorsqu'on saura que tous les ataxiques qui se sont présentés n'ont pas été indistinctement soumis à l'appareil. Guidé par l'expérience, nous avons établi une sélection encore plus rigoureuse que celle à laquelle nous avaient conduit nos premières recherches. C'est ainsi que l'élongation doit être refusée aux tabétiques cachectiques comme à ceux dont la maladie revêt une très lente évolution, dans les cas d'arthropathies, de crises laryngées, lorsque les manifestations sont limitées à l'appareil oculaire sous forme de paralysies des muscles ou d'atrophie de la papille. Ces malades doivent être éliminés d'emblée.

Par contre, l'appréciation est un peu plus difficile et ne peut se baser que sur l'expérience directe lorsqu'il s'agit de savoir si, indépendamment des phénomènes observés à l'état du rachis permet d'obtenir l'élongation et les bénéfices qu'on est en droit d'en attendre. Dans notre première communication nous disions que certains malades, lors de la première séance, se pliaient comme une charnière, étant données nos recherches anatomiques, l'élongation

© BIU Santé

dans ces cas ne saurait avoir lieu. Pendant cette flexion, pour ainsi dire normale, chez ces sujets, la longueur de la moelle ne varie pas ou varie dans des limites insuffisantes pour produire un effet thérapeutique. Chez d'autres, la flexion, au lieu d'être illimitée, pour ainsi dire, s'effectue d'une façon insuffisante. Il est des sujets, en effet, chez lesquels elle ne saurait avoir lieu par suite d'une adipose trop marquée des parois abdominales limitant la flexion ; ces cas sont d'une facile appréciation. Il faut, en outre, s'assurer après expérience, que la colonne vertébrale n'est ni trop rigide ni trop flexible; la sensation d'engourdissement dans les pieds, éprouvée pendant la séance, est la meilleure preuve de la réalité de l'élongation et d'une bonne application de l'appareil.

Élection.

M. le Pr Pouchet est élu membre de la section de chimie à la très belle majorité de 64 voix sur 78 votants. Ont obtenu : MM. Gauker 10 voix; André, 3 voix; Weiss, 1 voix.

Séance du 14 décembre 1897.

Séance publique annuelle.

MM. Cadet de Gassicourt et Bergeron donnent lecture, le premier du rapport général sur les prix de 1897, le second de l'éloge de Joseph Caventou.

Voici la liste des prix décernés. Nous donnerons ultérieurement la liste des prix proposés pour 1898, 1899 et 1900.

PRIX DE L'ANNÉE 1897.

Prix de l'Académie. 1.000 fr. (1). Question : *Du rapport étiologique entre le choléra dit Nostras et le choléra dit Indien.* 1° Encouragement de 700 fr. à M. L. Rénon, de Paris. 2° Encouragement de 300 fr. à MM. Arnaud, médecin-major, à Limoges, et Lafeuille, médecin aide-major au 63e d'infanterie, à Limoges.

Prix Alcarenga de Piauhy (Brésil). 800 fr. Partagé entre M. Carrière, chef de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux, et M. H. Moreigne, de Paris.

Prix François-Joseph Audiffred. Un titre de 24.000 fr. de rente. A la personne qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de Médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation. Les travaux sur ce sujet, présentés à l'Académie, ne sont pas récompensés.

Prix Barbier. 2.000 fr. 1° Un prix de 1.200 fr. à M. A. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille. 2° Mention honorable avec 800 fr. à M. P. Ducor, de Paris.

Prix Mathieu Bourceret. 1.200 fr. A MM. L. Hallion, chef des travaux au laboratoire de physiologie pathologique des hautes études, et Ch. Comte, préparateur au même laboratoire. Mentions très honorables à MM. Léon Germe, d'Arras; F. Jolyet, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux; et H. Viallanes, ancien directeur de la station zoologique d'Arcachon. Mention honorables à MM. L. Bérard et E. Destot, de Lyon, Siraud, de Lyon.

Prix Henri Buignet. 1.500 fr. A M. G. Denigès, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux. Mention très honorable à M. Marage, de Paris.

Prix Capuron. 1.400 fr. Question : *De l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies du système artériel et veineux.* Un prix de 1.000 fr. à M. Censier, de Bagnoles-de-l'Orne. Récompense de 400 fr. à M. Héraud, de Paris.

Prix Marie Chevallier. 6.000 fr. (Triennal). Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses. A M. F. Lalesque, d'Arcachon. Des mentions honorables à MM. S. Artaul, de Vevey, A. Leray, E. Sergent, de Paris.

Prix Chevillon. 1.500 fr. Encouragement de 500 fr. à M. G. Livet, de Paris.

Prix Civrieux. 1.000 fr. Question : *Valeur séméiologique des délires systématisés.* A M. Pécharman, Clermont (Oise). Mentions très honorables à MM. Vigouroux, à Dun-sur-Auron (Cher) et M. Ducasse.

Prix Daudet. 1.000 fr. Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.* Encouragement de 500 fr. à M. Lairé, Carignan (Ardennes).

Prix Desportes. 1.300 fr. Un prix de 700 fr. à M. A. Berthier, médecin-major, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon. Mentions honorables avec 300 fr. à MM. J. Comby, de Paris, et R. Petit, de Tours.

Concours Vulfranc Gerdy. L'Académie a versé les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 1.500 fr. à M. Page, pour sa mission à Luxeuil en 1897; 2° 1.700 fr. à M. Griner, pour son rapport sur Luchon 1896, et pour sa mission au Mont-Dore, La Bourboule et Royat en 1897.

Prix Ernest Godard. 1.000 fr. L'Académie décerne : Un prix de 700 fr. à M. André Lapointe, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris. Un prix de 300 fr. à M. J. Huguet, médecin-chef de l'hôpital militaire de Ghardaïa.

Prix Théodore Herpin (de Genève). 3.000 fr. Un prix de 2.000 fr. à M. J. Voisin, de Paris. Mentions honorables avec une somme de 500 fr. à MM. Maurice Auvray, de Paris; Chipault, de Paris. Mentions honorables à MM. Crozier, de Beauvais; Ernest de Massary, de Paris, et Charles Mirallié, de Nantes.

Prix Itard. 2.400 fr. (Triennal). Un prix de 1.200 fr. à M. J. Grasset, professeur à la Faculté de Montpellier, et M. G. Rauzier, professeur agrégé à la même Faculté. Mention honorable avec 600 fr. à M. Gaston Lyon, de Paris, et à M. A.-B. Marfan, de Paris.

Prix Laborie. 5.000 francs. Encouragements : 1.000 francs à M. Maurice Auvray, prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris; à M. Léon Bérard, prosecteur à la Faculté de Médecine de Lyon; à M. Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris; à M. Claude Martin, de Lyon; à MM. Tuffier et Hallion, de Paris. Total : 5.000 francs. Mentions très honorables accordées à : MM. L. Cahier, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bayonne; L. Larger, de Maisons-Laffitte, et Marcel Lermoyez, de Paris.

Prix du baron Larrey. Récompenses : 200 francs à MM. F. Barot, médecin principal, et L. Vincent, médecin-chef de la marine à Rochefort. 150 francs à M. G. Lepage, de Paris. 150 francs à : M. A. Marvaud, médecin principal de 1re classe, direction du service de santé du 17e corps à Toulouse. Mentions honorables à : M. A. Cassedebat, médecin-major de 1re classe au 2e régiment de zouaves, à Oran, et à M. Roure, de Valence (Drôme).

Prix Laval. 1.000 francs. A M. A. Vaslet de Fautaubert, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). 2.600 fr. 1° 1.600 francs à M. E. Hocquard, médecin-chef de l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr; 2° mention honorable avec 1.000 fr. à M. A.-E. Stadfeldt, de Copenhague; 3° mention honorable à M. V. Morax, de Paris.

Prix Adolphe Monbinne. 1.500 francs. Aucun travail n'a été adressé à l'Académie pour ce prix.

Prix Nativelle. 300 fr. M. Macquaire, pharmacien à Paris.

Prix Oulmont. 1.000 fr. A M. Henri Claude, interne, médaille d'or, au concours annuel du prix de l'internat des hôpitaux de Paris (médecine).

Prix Portal. 600 fr. Question : *Anatomie pathologique de la péritonite dite tuberculeuse.* Mentions honorables à M. A.-F. Plicque, de Paris, et à M. Charles Lévy, interne à l'hôpital Laënnec.

Prix Pouret. 1.000 fr. Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.* Le prix n'est pas décerné. La même question est remise au concours pour 1900.

Prix Philippe Ricord. 600 fr. (Bisannuel). Un prix de 400 fr. à M. Marcel Sée, de Paris. Mention très honorable avec 100 fr. à M. J. Huguet, médecin-chef de l'hôpital militaire de Ghadaina (Algérie). Mention très honorable avec 100 fr. à M. Henry Lamy, de Paris.

Prix Vernois. 700 fr. Un prix de 500 fr. à M. Castaing, médecin principal de 2e classe, à Poitiers. Un prix de 200 fr. à M. Bordas, sous-directeur du Laboratoire municipal de la ville de Paris. Mentions honorables à MM. François Arnaud, de Marseille; Henry Thierry, de Paris, et J.-J. Matignon, médecin aide-major de 1re classe à Pékin.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES.

1° *Rappels de médailles d'or* à : MM. Willm, professeur à la Faculté des Sciences de Lille, et E. Philbert, à Brides-les-Bains.

2° *Médaille de vermeil* à : M. E. Garrigou (Toulouse).

3° *Médailles d'argent*, à : MM. Dresch (Ax); J. Félix, professeur à l'Université nouvelle de Bruxelles; G. Morice (Néris-les-Bains); F. Roland (Divonne-les-Bains); Verdenal (Eaux Chaudes).

4° *Rappels de médailles d'argent*, à : MM. A. Belugou (La Malou-les-Bains); M. Cazaux (Eaux-Bonnes); Censier (Bagnoles-de-l'Orne); F. Chiais (Evian-les-Bains); A. Laissus (Salins-Moutiers).

5° *Médailles de bronze*, à : MM. F. Bernard (Plombières);

(1) Les prix dont le chiffre n'est suivi d'aucune mention sont les prix annuels.

© BIU Santé

Beyne (Bordeaux); L. Guillot, pharmacien-major de 2e classe (Djelfa); Niepce (Allevard); le Pr Podwyssotsky (Kieff); E. Poulain (Bagnoles-de-l'Orne).

SERVICE DES ÉPIDÉMIES.

1° *Rappels de médailles d'or, à*: MM. Blanquinque (à Laon); Lallemand (Dieppe); Le Roy des Barres (à Saint-Denis); Pennetier (Rouen).

2° *Médailles de vermeil, à*: MM. Balestre (Nice); L. Bard (Lyon); Vergely (Bordeaux).

3° *Médailles d'argent, à*: MM. Bauzon (Châlon-sur-Saône); Domergue (Marseille); Faidherbe (Roubaix); Heydenreich (Nancy); Martial Hublé, médecin-major de 2e classe (Nantes).

4° *Rappels de médailles d'argent, à*: MM. André (Toulouse); E.-L. André, médecin-major de 1re classe (Angers); Anfrun (Saint-Pierre d'Oléron); Bardy (Belfort); Bassères, médecin-major de 2e classe (Alger); Bastiou (Lannion); Cavaillon (Carpentras); Henri Favier, médecin-major de 1re classe au 145e régiment (Maubeuge); Geschwind, médecin principal de 1re classe (Bayonne); Gorez (Lille); J. Lenoël (Amiens); Lesueur (Bernay); Paul Mantel (Saint-Omer); Mathieu (Wassy); H. Pauthier (Senlis); Pujos (Auch); L. Raynaud (Alger); Rousseaux (Vouziers).

5° *Médailles de bronze, à*: MM. H. Blaise (Alger); Henry Duchenne (Sainte-Anne-d'Auray); Gèghre (Mascara); A. Goumy, médecin-major au 9e cuirassiers et Cozette, vétérinaire (Noyon, Oise); Adrien Loir, directeur de l'Institut Pasteur (Tunis); Louis Martin (Privas); Marty, médecin-major de 1re classe (Belfort); L.-J. Millet, médecin-principal de 2e classe (Reims); J. Poujol, médecin-major de 2e classe (El-Goléa); Regimbart (Evreux); Tarrieux, médecin-major de 1re classe, au 17e d'infanterie (Rodez).

6° *Rappels de médailles de bronze, à*: MM. A. Baratier (Jeugny, Aube); Boquin (Autun); Albert Boyer (Commercy); A. Cassedebat, médecin-major de 1re classe (Oran); Cerf-Mayer (Brest); Henri Comte, médecin-major de 1re classe au 28e d'infanterie (Paris); Ernest-Jean Cordillot, médecin aide-major de 1re classe au 5e chasseurs d'Afrique (Orléansville); De la Croix (Lisieux); L.-E. Dupuy (Saint-Denis); de Font-Réaulx (Saint-Junien); Foucault (Fontainebleau); Grizou (Châlons-sur-Marne); Guiol (Toulon); Hoël (Reims); Legros (Rochefort); Lévêque (Montdidier); Merz, médecin-major de 1re classe au 96e d'infanterie (Gap); Renard, directeur du service de santé du 1er corps (Lille); Toussaint, médecin-major de 1re classe au 26e d'infanterie (Nancy).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

1° *Médaille d'or, à*: M. A. Delage, inspecteur départemental de la Gironde.

2° *Médailles de vermeil, à*: MM. Augé (Reuilly, Indre); L. Dufour (Fécamp); Dumée (Nemours); Gauchas (Paris); Grosjean (Montmirail, Marne).

3° *Rappels de médailles de vermeil, à*: MM. E. Barthès, inspecteur départemental d'Eure-et-Loir; Delobel (Noyon); Doumic (Poissy); Durand (Saint-Martin-d'Auxigny, Cher); Fonné, sous-inspecteur départemental des Côtes-du-Nord; Gaudeffroy (Vatan, Indre); Mme Hervieu (Sedan, Ardennes); Picard (Selles-sur-Cher, Loir-et-Cher); Regnoul (Villeneuve-la-Guyard, Yonne); Serrès, inspecteur départemental de la Nièvre; Sutils (La Chapelle-la-Reine, Seine-et-Marne).

4° *Médailles d'argent, à*: MM. G. Augé (Bolbec, Seine-Inférieure); Bec, inspecteur départemental de Vaucluse; J. Boucoiran, inspecteur départemental des Côtes-du-Nord; G. Carron de la Carrière (Paris); A. Combe (Lausanne, Suisse); L. Defert (Paris); Dermigny (Saint-Simon, Aisne); J. Dupont (Nogent-sur-Vernisson, Loiret); L. d'Eichtal, maire de Sainte-Geneviève-des-Bois (Loiret); Th. Féraudi, inspecteur départemental des Alpes-Maritimes; Girat fils (Neuvy-Saint-Sépulchre, Indre); Lauth (Saint-Germain-en-Laye, Seine-et-Oise); Lavialle, instituteur à Condat (Corrèze); Lebault (Saint-Vit, Doubs); N. Martin-Dupont, inspecteur départemental de l'Hérault; L. Monfet (Paris); Pelvet (Vire, Calvados); de Rothschild, étudiant à la Faculté de Médecine de Paris; Vaudin, pharmacien à Fécamp; Villard (Verdun, Meuse).

5° *Rappels de médailles d'argent, à*: MM. Baratier (Jeugny, Aube); Bauzon (Châlon-sur-Saône; L. Burlet, inspecteur départemental de la Drôme; Durand-Desmons (Melun); Joly (Fauquembergues, Pas-de-Calais); Tourneur, inspecteur départemental de la Loire; H. Toussaint, médecin-major de 1re classe au 26e d'infanterie à Nancy.

6° *Médailles de bronze, à*: MM. L. Bouju, inspecteur départemental du Loiret; Boutet (Orgerus, Seine-et-Oise); Boyer (Paris); Chabenat (La Châtre, Indre); A. Chavanon, inspecteur départemental de la Charente-Inférieure; Frémicourt (Jaulgonne, Aisne); Gailhard, inspecteur départemental d'Indre-et-Loire; Laurent (Saint-Saulge, Nièvre); Longueville, inspecteur départemental du Jura; Pépin (Dinan); Pirodon, inspecteur départemental de la Manche; P. Roche, sous-inspecteur départemental des Vosges.

SERVICE DE LA VACCINE.

Un prix de 1.000 fr. à partager ainsi qu'il suit :

400 fr. à M. Goumy, médecin-major au 9e cuirassiers, et M. P. Cozette, médecin vétérinaire à Noyon (Oise).

300 fr. à M. Judet de la Combe, médecin de 2e classe des colonies (Thièse, Sénégal).

300 fr. à M. Jules Rouget, médecin de 1re classe à Alger.

Des médailles d'or, à : MM. P.-A. Cassedebat, médecin-major de 1re classe à Oran; et Joly, médecin-major de 2e classe à Teniet-El-Haat (Algérie).

Des médailles de vermeil, à : MM. les Drs Dinguizli (Tunis), Duvernet (Paris), Schwartz (Algérie), de Welling (Rouen), Gèghre (Mascara); Moinet, Poujol, Ramolly, médecins militaires.

Médailles d'argent, à MM. les Drs Baratier (Jeugny, Aube), Bascou (Bouisse, Aube), Belletrud (Le Mans), Berthoud (Dijon), Biat (Liévin, Pas-de-Calais), Chabaud (Nieigles, Ardèche), Chalvet (Lavigerie, Algérie), Chonnaux-Dubisson (Villers-Bocage, Calvados), Dauchez (Paris), Dorain (Nantes), Famechon (Angoulême), Frémicourt (Jaulgonne, Aisne), Fuzet du Pouget (Casteljau, Ardèche), Gasser (Marseille), Grasset (Riom, Puy-de-Dôme), Hellet (Clichy, Seine), Jacq (Guipavas, Finistère), Lagarde (Montauban, Tarn-et-Garonne), Le Guével (Pont-l'Abbé, Finistère), Maffre (Poitiers), Martin (Angers), Marty (Lanuéjouls, Aveyron), Merz (Cap), Morvan (Pleyben, Finistère), Ohier (Dinan), Olivier et Althoffer (Saint-Etienne), Pilet (Le Havre), Queirel (Marseille), Ramadier (Rodez), Reynaud (Ile de la Réunion), Ricoux, interne à l'asile public d'aliénés (Maréville, Meurthe-et-Moselle), Sanquer (Morlaix), Seguy (Miliana), Sicard (Saint-Pierre-de Lombers, Tarn), Tersen (Souk-el-Arba, Tunisie), Trolard (Alger), Vivier (Angoulême).

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Amiaud (Champagne-Mouton, Charente), Besson (Montluçon, Allier), Bichon (Blain, (Loire-Inférieure, Bindé (Ancenis), Bouzol (Le Cheylard, Ardèche), Boyt (Lamastre, Ardèche), Breuil (Dinan), Caron (Le Havre), Chaumier, étudiant en médecine (Tours, Indre-et-Loire), Ciais (Menton), Colin (Quimper), Durand (Arcueil-Cachan), Edelman (Pantin), Gagnières (Châteauvilain, Isère), Gaillardon (Aubeterre, Charente), Geffroy (Carhaix, Finistère), Gounand (Besançon), Guézennec (Tréguier), Guguelot (Lille), Isnard (Malaucene, Vaucluse), Küss, Labbé et Lévy, aux Enfants-Assistés (Paris), de Lavergne (Confolens, Charente), Luquet (Toulon-sur-Arroux), Mesguen (Lesneven, Finistère), Michaux (Aubervillers), Monnier (Nozay, Loire-Inférieure), Pethiot (Conquet, Finistère), Piquard (Chalèze, Doubs), Quéré (Callac, Côtes-du-Nord), Tanguy (Plouescat, Finistère), Tariote (Levallois-Perret, Seine), Vallat (Vincennes), Vidaillet (Duperré, Algérie), Vivent (Beaumont, Tarn-et-Garonne).

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 décembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DEBOVE.

Pleurésie putride sans gangrène.

M. WIDAL, en son nom et en celui de M. NOBÉCOURT, relate l'observation d'un homme de 40 ans, qui entre à l'hôpital, se plaignant d'un point de côté violent et de dyspnée. Le diagnostic de pyopneumothorax fut porté et une thoracentèse donna issue à du pus très fétide. Le malade mourut avant qu'on ait pu pratiquer l'empyème. A l'autopsie, on ne constata ni gangrène, ni perforation de la plèvre viscérale. Une sorte de tuméfaction gazeuse s'était formée au niveau de la piqûre de la thoracentèse. Le pus de cette pleurésie contenait des associations microbiennes complexes. Les staphylocoques, les streptocoques y abondaient. Des bacilles ou anaérobies et le proteus vulgaris végétaient encore dans le liquide purulent de la plèvre. Injecté à des cobayes, ce liquide donnait lieu à des abcès gazeux.

Le bruit amphorique.

M. GALLIARD signale à la percussion le bruit amphorique au niveau de la région gastrique, quand l'estomac est modérément distendu par les gaz. Ce bruit peut aussi s'entendre dans la fosse sous-claviculavire chez les tuberculeux porteurs de cavernes, mais pour le produire, on devra avoir recours à une percussion un peu forte. Une percussion légère ne donnerait lieu qu'à de la matité. M. Galliard considère ce bruit comme analogue au bruit de pot fêlé, c'est un son de matité transformé. Rarement ce bruit provient d'un tympanisme modifié (grandes cavernes, pneumothorax). M. Galliard a encore observé ce bruit dans la pneumonie et la pleurésie, au sommet et du côté malade, et dans l'hydropneumothorax.

J. NOIR.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 novembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DELENS.

Lymphangiome de la région crurale droite.

M. SEGOND. — Une femme de 35 ans présentait depuis 10 ans une tumeur de la région crurale droite. M. Segond avait pensé à un abcès froid ; or il est tombé sur du tissu conjonctif, dont les vacuoles étaient remplies de lymphe. Il n'a pu extirper que la partie superficielle, la partie profonde se perdant dans les interstices musculaires. L'opération fut incomplète; il fit et obtint néanmoins une réunion par première intention. Un an après, la malade restait parfaitement guérie.

Abcès sous-phréniques.

M. PICQUÉ a observé deux cas de ces abcès. Il faut s'entendre sur la signification de ces abcès. Quand on les a décrit, on entendait par cette appellation des pyothorax situés au-dessous du diaphragme, entre lui et le foie, et c'était pour distinguer cette affection des pyothorax vrais que l'on a créé l'abcès sous-phrénique, de même qu'on a créé l'abcès gazeux sous-phrénique pour le distinguer du faux pyopneumothorax. A côté de ces variétés, on a fait rentrer les abcès de péri-hépatite suppurée, qui, suivant lui, n'ont aucun rapport avec ce que l'on a décrit d'abord sous le nom d'abcès sous-phréniques.

M. JALAGUIER. — Un petit garçon est pris de point de côté avec douleurs de ventre et vomissements. On trouve un peu de ballonnement et une douleur au niveau de l'hypocondre. L'enfant était pâle, fébrile ; on crut à une pleurésie diaphragmatique enkystée. Deux ponctions ne donnèrent aucun résultat. Un point vaguement fluctuant apparaît vers le rebord des fausses côtes. M. Comby lui montre le malade, et il put voir les espaces intercostaux élargis en arrière. On perçoit la sensation de flot, d'arrière en avant, et il se rallie au diagnostic pleurésie purulente. Il ouvre la collection en réséquant la 9e côte. Il fut forcé d'inciser le diaphragme, le cul-de-sac pleural étant adhérent. A ce moment sortit un flot de pus infect. Les parois étaient formées par le diaphragme, le foie, et le doigt en bas se dirigeait vers la fosse iliaque le long du colon. Il mit trois drains et la guérison se fit en six semaines. Il cite ce fait pour montrer que les suppurations se faisant loin de l'appendice peuvent être souvent difficiles à reconnaître.

Cholédochotomie sans sutures.

M. QUÉNU. — Dans une cholédochotomie (son deuxième cas), il lui fut impossible de faire la suture par suite de l'hypertrophie du foie ; et le tamponnement à la gaze iodoformée suffit. Dans son troisième cas, il y eut une petite hémorragie qui se coagula dans les voies biliaires ; ce qui fut constaté à l'autopsie. Chez le suivant, qui mourut aussi, existait une série de petits calculs qui obstruaient toutes les voies biliaires. Aujourd'hui, instruit par de nouvelles observations, il est d'avis de ne pas employer la *suture du cholédoque* comme méthode de choix. Dans toutes ces observations, au nombre de trois, la guérison a eu lieu.

M. VALLIN (de Lille) a communiqué une observation de *fibrome utérin chez une femme enceinte. Ablation, puis accouchement, par le forceps, de deux enfants.*

M. BROCA a présenté un *enfant opéré d'un double pied bot.*

M. ROUTIER. — *Résultat éloigné d'une laparotomie pour tuberculose du péritoine.*

M. POZZI. — *Acné hypertrophique et autoplastie.*

Discussion. — MM. BERGER, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, RICARD, ROUTIER, POIRIER.

M. ROUTIER. — *Anus contre nature.*

M. BAZY. — *Corps étrangers du tube digestif.*

M. LOISON. — *Gastrostomie (pièces).* M. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 8 décembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. JOSIAS.

M. JOSIAS adresse, aux applaudissements de la Société, toutes ses félicitations au vice-président, M. Pouchet, nouvellement élu membre de l'Académie de Médecine.

Traitement du lymphatisme.

M. GALLOIS, dans un très long rapport, cherche à donner une idée nette de la diathèse lymphatique. Il examine ce que l'on désignait jadis sous le nom de scrofule et qu'il considère aujourd'hui comme répondant au groupe des adénoïdiens. Les végétations adénoïdes étant la condition anatomique de la scrofule, ce seraient les végétations adénoïdes qui seraient l'origine des engorgements des ganglions cervicaux. Les premiers accidents de la scrofule, impétigo, otite, rhinite chronique, etc., ne seraient que les complications des végétations adénoïdes. Les malades atteints de ces végétations offrent moins de résistance aux maladies infectieuses. En somme, selon M. Gallois, les accidents de la scrofule paraissent être la conséquence d'une infection dont la porte d'entrée est le naso-pharynx.

Le critérium de la scrofule est l'adénite cervicale, le lymphatisme est une scrofule sans adénite, et l'auteur admet que les végétations adénoïdes sont la caractéristique du lymphatisme vrai. En un mot, la diathèse est secondaire à une lésion locale et la lésion cause du lymphatisme et de la scrofule sont les végétations adénoïdes.

Le traitement du lymphatisme comporte les points suivants : 1° Traitement de la cause, les végétations adénoïdes ; 2° traitement de l'état lymphatique ; 3° prophylaxie des infections secondaires qui amènent la scrofule ; 4° prophylaxie et traitement des causes prédisposantes banales, qui, amoindrissant la résistance du sujet, en font un être plus sensible aux causes d'infection.

1° *Traitement des végétations adénoïdes.* — Il faut s'assurer que l'on a bien à faire à un adénoïdien et non à une anémie simulant le lymphatisme. On fera alors un traitement médical ou chirurgical. L'iode donnera surtout de bons résultats au point de vue médical.

2° *Traitement de l'état lymphatique.* — On associera l'iode au fer, au quinquina, à la gentiane. On prescrira des médications anti-infectieuses ; on recommandera une bonne hygiène et l'hydrothérapie.

3° *La prophylaxie des accidents infectieux* consistera dans l'asepsie des fosses nasales et du pharynx, l'on prendra des précautions sérieuses pour éviter les maladies contagieuses intercurrentes.

4° Enfin l'on prendra des précautions contre les *causes prédisposantes banales* : âge avancé des parents, leur état maladif, la naissance avant terme, les troubles digestifs, la malpropreté, etc., etc. J. NOIR.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS.

La Société des Médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris a eu son banquet annuel vendredi 2 décembre, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le Dr Séailles, président de la Société. Cinquante médecins des Bureaux de bienfaisance assistaient à cette réunion. Parmi les convives, on remarquait M. Peyron, directeur de l Administration générale de l'Assistance publique de Paris, M. le Dr Gibert, membre du conseil de surveillance, M. Baudouin des Salles, chef du bureau des secours.

Après le toast du président, M. Peyron a bu aux bons rapports des Médecins et de l'Administration. M. Lévi, au nom des nouveaux médecins promus, a remercié la Société de ses efforts pour améliorer le sort des médecins des pauvres.

Dans sa séance du 8 décembre, la Société a discuté un rapport sur l'*organisation du service des accouchements dans les bureaux de bienfaisance de Paris*, présenté par M. Rueff au nom d'une commission comprenant MM. Billon, Birmenstein, Dufournier, Gibert et Sebillotte.

Les élections annuelles pour la nomination des membres du bureau ont donné le résultat suivant : *Président* : M. Gourichon. *Vice-présidents* : MM. Birmenstein et Dufournier. *Secrétaire général* : M. Billon. *Trésorier* : M. Kinzelbach. *Secrétaires* : MM. Pascal et Malbec. *Archiviste* : M. Castinel. J. NOIR.

© BIU Santé

CORRESPONDANCE

Lettre d'un Médecin de campagne sur l'Avenir de la Médecine.

Mon cher Secrétaire,

Décidément nous marchons à grands pas *au médecin fonctionnaire*. Je ne l'aurai pas tant cru !

Je viens de m'installer dans un pays riche. Or, en ce qui concerne la clientèle, elle ne vaut plus ce qu'on dit. En *marchant bien*, et les courses sont très, très longues, on peut arriver à peine à vivre.

Les gens ne se soignent pas ou plutôt se soignent à la quatrième page des journaux et chez le pharmacien.

On devrait bien, à Paris, songer à *la loi sur la pharmacie*, qui se mijote en secret et qui est une vraie loi contre les médecins. Vous le savez mieux que moi d'ailleurs. Croyez-vous vraiment qu'elle puisse être votée ?

Pour en revenir à mon sujet, j'ajouterai que depuis mon arrivée dans ce pays je n'ai soigné presque que des malades qui ne pouvaient se passer du médecin. Beaucoup de bronchopneumonies infantiles, deux fièvres typhoïdes, une guérie, une en pleine évolution, une infection puerpérale (mort), des affections cardiaques chroniques, des cirrhoses, une hémorragie puerpérale avec rétention placentaire. Ainsi que vous le voyez, peu de cas favorables, au point de vue du pronostic. J'ai eu une vraie série à la noire. C'est le cas souvent des débutants pleins d'ardeur.

Certains vieux confrères jouissent d'une très grande confiance. Ils sont notés comme excellents médecins. Or, vous le savez, rien à opposer à une réputation faite. Comme on dit : « Un si bon médecin ! *Ben savant, ben connaisseu !* » Après ça, il faut tirer l'échelle, quoique parfois cette confiance tombe un peu à côté. Mais pour les jeunes, leur doublure, c'est la misère.

Il faut en outre être très soutenu par le *pharmacien* et la *sage-femme*. On vous fait des propositions comme celle-là : on vous offre de quitter le village, moyennant le versement qu'on vous ferait, comme concurrent, d'une certaine somme ! Pour les confrères malheureux, c'est le pharmacien qui avance la matérielle : *tant par ordonnance* ! Ce qui explique pour moi que quelques-uns résistent encore et quand même !

Ordinairement le mois de novembre est bon. Cette année, ça ne va pas ! Depuis une huitaine, tout à l'air d'aller mieux pourtant ; mais l'avenir s'annonce mal.

Votre ami, X...

ASILES MUNICIPAUX DE FEMMES DE PARIS. — La Commission chargée du contrôle des asiles municipaux de femmes est composée ainsi qu'il suit : MM. le préfet de la Seine, président ; Louis Lucipia, Faillet, Emile Dubois, Navarre, Ranson, conseillers municipaux, élus par le Conseil ; Siegfried, Paul Strauss, sénateurs ; Risier, maire du 7e arrondissement ; Voisin, vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; le Dr Thuilié, vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; membres désignés par le prefet de la Seine ; les Drs Budin et Napias, médecins désignés par le préfet de la Seine ; Menant directeur des affaires municipales ; le Dr A.-J. Martin, inspecteur général du service d'assainissement ; Constant, chef du bureau du travail, secrétaire.

LES INSTITUTEURS MÉDECINS. — Voici maintenant que les instituteurs se mettent à faire concurrence aux médecins ! En effet, le dimanche, 26 décembre, à 1 heure de l'après-midi, M. Guillaud, professeur à l'Ecole primaire supérieure de Chantonnay (Vendée), fera une conférence sur l'*hygiène et les maladies contagieuses microbiennes*. — Grands dieux ! qu'allons-nous devenir, si les instituteurs se mettent a imiter les sages-femmes et les pharmaciens ! Nous n'aurons même plus le *monopole de la conférence* médicale à l'usage des gens du monde ! Les médecins de Chantonnay auraient dû prendre l'initiative de faire ces conférences.

INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE. — *Concours à une place de suppléant*. — Ce concours à une place vacante par suite du décès du regretté Dr Feulard, vient de se terminer par la nomination du Dr WICKAM, ancien chef de clinique à Saint-Louis.

RÉCOMPENSES. — Une *mention honorable* pour acte de courage et de dévouement a été décernée à M. le Dr Verdière (de Bertincourt).

BIBLIOGRAPHIE

Service chirurgical du Dr A. Gallet. Statistique d'opérations, cliniques et observations prises à l'hôpital Saint-Jean (Bruxelles) pendant l'année 1896. — Bruxelles, Manceaux et Paris, Baillière (J.-B.), 1897, in-4°, p. 257, fig. 19.

A l'exemple des chirurgiens anglais, le service chirurgical de l'hôpital Saint-Jean publie le relevé des cas traités dans cet hôpital, ainsi que les observations les plus intéressantes et les cliniques dont les éléments se trouvent dans ces observations mêmes.

Au sujet de la statistique, le service de le consultation a fourni 2.215 malades pour affections diverses : plaies, fractures, luxations, tumeurs blanches, affections cutanées, gynécologie, etc. ; le service des salles a fourni 647 malades avec 307 opérations et 43 décès seulement ; les affections traitées sont divisées en groupes suivant qu'elles sont localisées à la tête et à la face, au thorax et à la colonne vertébrale, à l'abdomen, à l'anus et au rectum, aux organes génitaux de la femme et de l'homme, aux membres inférieurs, enfin les affections communes à tous les tissus et les maladies virulentes ; chaque cas est mentionné avec le diagnostic, le traitement qu'on a pratiqué, et enfin le résultat de l'opération, en sorte qu'à propos de chaque catégorie d'affection, le lecteur peut facilement se rendre compte du traitement qui donne le meilleur résultat. Enfin, des observations très nettes accompagnent les cas un peu particuliers. La statistique est suivie d'observations beaucoup plus complètes et de cliniques qui ont été faites au sujet de ces observations, notamment sur la chirurgie du cerveau, sur le cancer de la langue, sur la chirurgie du thorax (résection costale, pleurésie purulente), sur la chirurgie abdominale (pylorectomie, colopexie, néphropexie), spécialement sur l'appendicite, dont l'anatomie pathologique, l'étiologie et la pathogénie, la symptomatologie, les indications opératoires, le diagnostic, le pronostic, et enfin les résultats obtenus à l'hôpital Saint-Jean pour le traitement de cette affection, sont très nettement décrits. Enfin la chirurgie des organes génitaux de la femme, le traitement des grands traumatismes des membres. Une enquête très intéressante sur le cancer en Belgique termine cette brochure, qui constitue une véritable pathologie pour les cas les plus importants qu'on puisse rencontrer dans le domaine chirurgical. M. B.

VARIA

Hôpitaux de Paris.

CONCOURS DE L'EXTERNAT.

Liste de classement des Externes.

1. MM. Piquand, Menet, Roland, Mathieu, Baumberger, Osty, Stepenski, Berruyer, Thaon, Bauer, Dromard, Maurice Camus, Marcel Roux, Le Play, Demarque, Lacombe. Dévé, Saint-Cyr, Durand-Viel, Dehau.

21. Gourmand, Bacaresse, Dehérain, Delaunay, Duval, Courtois, Denis, Goudeau, Papillon, Vitry, Géraudel, Maury, Patto, Bransby, Roche, J. Camus, Deschamps, Léo, Auburtin, Bourgeois.

41. Mlle Gorovitz, MM. Besson, de Saint-Mathieu, André, Brizard, Morel, François Lesourd, Silhol, Souilhé, Jacquemin, Napiéralski, Dalimier, Berthier, Laubry, Lippmann, Cuqu, Monod, Toupart, Bouny, Vicq.

61. Rouault, Griffond, Coutelas, Fabre, Garrigues, Reynaud, Deglos, Digne, Lardennois, Huguier, Lacapère, Mettey, Polle, Netter, Kahn, Barbarin, Baudoin, Vrain, Grosset, Roger.

81. Hautant, Arloing, Bisch, Ripault, Sée, Weill, Galezowski, Debets de Lacrousille, Rollin, Durozoy, Aubertin, Auffret, Lœw, Quiserne, Roché, Vialard, Baudelot, Forné, Poupardin, Mlle Thyss.

101. MM. Brécy, Chardin, Chevé, Jacowski, Latteux d'Espagne, Lefas, Louis Lesourd, Ducoudray, Goyard, Caillau, Bibet, Lafoy, Liné, Boileau, Croizet, Damotte, de Cisternes, Sambon, Caihala, Chapotin.

121. Cornélius, Grivot, Audistère, Ball, Chéruy, Chifoliau,

© BIU Santé

Girod, Goubeau, Housquains, Lelong, Lortat-Jacob, Mircouche, Mutzner, Prat, Hamard, Ponroy, Béclard, de la Volpilière, Patry, Lemonnier.

141. Nattao, Rambaud, Rondeau, Rabourdin, Aribat, Baron, Bricet, Dauzats, du Pasquier, Ertzbischoff, Gosselin, Godineau, Halberstadt, Houselot, Hulleu, Lévy-Valency, Morichau-Beauchant, Pamard, Baup, Cantonnet.

161. Darré, de Ribier, Cucherousset, Papin, Bréal, Athanasin, Chevalier, Demerson, Furet, Fouquet, Girard, Lenoble, Meuriot, Pestemalzoglu, Ranson, Milanoff, Viard, Villaret, Balatre, Bougenot.

181. Laurent, Métoz, Mlle Majérezac, MM. Debidour, Giroux, Lemarchand, Renault, Roustan, Bidel, Lebreton de la Ferrière, Mlle Maugeret, MM. Rottenstein, Savornin, Arnoux, Bentz, Coudert, Dufour-Labastide, Prudhomme, Berthe, Paris.

201. Trémolières, Depoutre, Cauzard, Duparc, Sagot, Sueur, Baudrand, Bourg, Bué, Jouon, Corlieu, Damaye, Longin, Menusier, Ch. Roche, Demaldent, Rabant, Lemaire, Renou, Zarzycky.

221. Choutet, Houzel, Marsoo, Thomin, Beguinot, Bourguignon, d'Abbadie, Grabié, Mage, Ricou, Tostivint, David, Nivet, Ch. Chevalier, Ermenge, Grassot, Mirande, Ecoffet, Ignard, Sentex.

241. Sicard, Laborde, Rouet, Bernheim, Blanchet, Courgeon, Fayon, Giffard, Gillot, Lombard, Durieux, Fumouze, Hémet, Gatian de Clérambault, Loustau, Traverse, Barre, Mouchotte, Rey, Rivet.

261. Ariès, Privat de Fortunié, Boirivaut, Boucher, Brouillaud, Pater, Pignot, Boyer, Breitel, Delaage, Duclos, Diard, A. Moret, Coutenau, Druelle, Leclerc, Monier, Montais, Petresco, Thiollier.

281. Lejeune, Lutaud, H. Chevallier, Cailleton, Flourens, Zvibel, Paugam, Savoye, Navarre, Asselineau, Férouelle, Legros, Tesson, Zacchiri, Dabasse, Bordenave, Trolley, Claude, Crépin, Crouzet.

301. Ferrand, Leduc, Ayrignac, Cattier, Fessard, Gernez, Levassort, Mlle Pissareff, MM. Rabant, Simon, Preciado, Segallas, Silvie, Stroheker, Tabary, Mathieu, André Petit, R. Roux, Rodocanachi, Tissot.

321. Murer, Wicard, Feuillet, Forestier, Bondréaux, Maillard, Réniac, Compain, Guichard, Lorot, Aboulker, Cochet, Audy, Rumpelmayer, Vergnaud, Wormser, Perrody, Samsignon, Toupet, Deshayes.

341. Larré, Léon Lévy, Muret, Dalmas, Pillet, Dauban, Barré, Cottard, F. Lévy, Molinsky, Valentin, Morchoisne, Lavenant, Appert, de Frumerie, Pfister, Blanquinque, Taguet, Ch. David, Jamart.

361. Chaix, Chazet, Jouany, Klein, Tansard, Astingo, Boulommier, Boutin, Arnault, Cauton, Quillon, Bonamy, Delom, Amiens, Félizet, Martin, Guérin, Sampé, Perrin, Pron.

381. Durey, Friedel, Lhuillier, Sevray, Mezger, Francoz, Sautelet, Glin, Barret, Hubert, Mazeyrie, Bour, Dausset, Guichard, Herbout, Podevin, Troller, Dramard, Hahn, Paulouch.

401. Chateau, Kauffmann, Monnamy, Dreyfus, Gerboud.

Nouvel attentat contre le Dr Charpentier.

Voici, sur le nouvel attentat dont a failli être victime notre ami le Dr Charpentier, le rapport adressé à l'administration par M. Pinon, directeur de Bicêtre :

« Le Dr Charpentier a été, dans la matinée du 6 décembre, l'objet d'une nouvelle tentative de meurtre de la part d'un de ses malades. Il traversait les cours de l'hospice à neuf heures, lorsqu'en passant sous la voûte du bâtiment de l'infirmerie, il a été assailli par un homme dissimulé derrière un pilier. L'agresseur lui a porté un violent coup de poing qui l'a fait tomber et sortant aussitôt de sa poche un poids en fonte de un kilogramme, il allait l'asséner sur la tête du docteur, à demi étourdi de sa chute. Un auxiliaire permanent, M. Pélissier, est accouru à cet instant même, a donné une forte bourrade à l'agresseur et lui a fait lâcher prise.

« Le Dr Charpentier s'est relevé avec plusieurs blessures de peu d'importance. Le sang qui en tombait ruisselait sur son plastron et sur sa redingote. Il venait d'échapper au plus grave danger, grâce à l'opportune intervention et à la courageuse résolution d'un employé...

« C'est un malade de son service, le nommé H..., P.-F., âgé de 49 ans, qui a commis cette tentative de meurtre. Entré à Bicêtre en 1892, il avait des antécédents caractéristiques. Après un premier internement à l'asile de Ville-Evrard, il avait été mis en liberté et son premier soin avait été de tuer sa femme dans un accès de délire causé par la jalousie. Considéré comme irresponsable, il avait été envoyé à l'asile de Bicêtre et le Dr Charpentier rédigeait au bout de quelques mois ce certificat à fin de sortie :

« Admis comme atteint d'alcoolisme chronique ou de délire « de persécution, H... n'a présenté aucun signe d'aliénation « mentale. A sa sortie d'un asile d'aliénés, il a tué sa femme « par vengeance et jalousie. Toutes ses facultés intellectuelles « sont conservées. Il a un caractère violent et s'emporte faci- « lement. Nous proposons de ne pas garder dans notre service « ce sujet qui n'est pas aliéné. »

« La Préfecture de Police ne donna pas suite à ce certificat. H... resta ainsi plusieurs années dans l'asile réclamant sa mise en liberté et du travail sans donner de signes d'égarement. Le docteur finit par lui signer un bon de travail et je l'occupai dans divers ateliers, en dernier lieu à l'épluchage. Il était devenu si calme et en apparence tellement inoffensif qu'il faisait en liberté des courses dans l'hospice. C'est grâce à cette licence qu'il avait pu, après avoir dérobé deux poids au service de l'épluchage, se porter sur le passage du Dr Charpentier.

« Il a été immédiatement enfermé à la Sûreté. Je viens de le questionner sur le mobile de son attentat. Il m'a paru dans un état de de vive agitation. Il m'a déclaré qu'il nourrissait depuis quelque temps son projet contre le directeur ou le docteur, mais qu'il avait jeté son choix sur ce dernier, comme étant le plus responsable de sa longue séquestration ».

Ls question des vacances.

Nous avons soutenu souvent ici, la nécessité, au point de vue de l'hygiène, de la santé des enfants et des adolescents, de modifier la date des grandes vacances. La température élevée des mois de juillet et d'août rend le travail moins facile, plus pénible, moins profitable. La question s'étant posée ici dernièrement à la délégation cantonale du Ve arrondissement, le sentiment de la majorité estime qu'il y a un grand intérêt à fixer les vacances du 14 juillet au 15 septembre, par exemple. La délégation a nommé une commission chargée d'étudier cette réforme.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 20. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Remy, Sébileau, Letulle. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Ch. Richet, Blanchard, André. — (2e *série*) : MM. Reynier, Retterer, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Segond, Delbet, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Kirmisson, Tuffier, Walther. — (2e *partie*) : MM. Déjerine, Brissaud, Widal. — (1re *série*) : MM. Tillaux, Marchand, Broca. — (2e *série*) : MM. Terrier, Ricard, Lejars.

Mardi 21. — Médecine opératoire : MM. Campenon, Quénu, Thiéry. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : Mathias-Duval, Gley. Chassevant. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Raymond, Roger, Marfan. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Guyon, Panas, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Berger, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Debove, Hutinel, Charrin. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Achard. — (2e *série*) : MM. Chantemesse, Marie, Ménétrier. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Bar, Ballet, Maygrier.

Mercredi 22. — Médecine opératoire : MM. Delbet, Tuffier, Walther. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Rémy, Reynier, Retterer. — (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Blanchard, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Segond, Sébileau, Bonnaire. — 4e *de Doctorat* : MM. Fournier, Pouchet, Netter.

Jeudi 23. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Blanchard, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Le Dentu, Bar, Rémy. — (2e *série*) : MM. Maygrier, Quénu, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Cornil, Gilbert, Achard. — (2e *série*) : MM. Chantemesse, Marie, Letulle.

Vendredi 24. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Charles Richet, Blanchard, Weiss. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Netter, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1er *série*) : MM. Marchand, Segond, Lejars. — (2e *série*) : MM. Reynier, Sébileau, Walther. — (1re *partie*). Chirurgie :

© BIU Santé

MM. Kirmisson, Rémy, Ricard. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gaucher, Widal. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 22 DÉCEMBRE. — M. Vauquelin. Sur une épidémie circonscrite de fièvre typhoïde à Tilly-sur-Seulle. — M. Pellerin. Contribution à l'étude de quelques hémorragies chez le vieillard. — M. Garin. Contribution à l'étude des complications de la lithiase biliaire. — M. Mathieu. De la gangrène diabétique. M. Langlois Réflexions sur 27 observations d'arthrotomie. — M. Trouvé. De l'invagination intestinale chez l'enfant. — M. Fleury. Contribution à l'étude des hernies épigastriques. — M. Segelman. Contribution à l'étude des hernies de l'appendice iléo-cæcal. — M. Gobert. Des sutures continues en chirurgie. — M. Valle Castillo. De la colpo-cœlcotomie dans l'extirpation des lésions utéro-annexielles. — M. Kravetz. La vie, la mort du nourrisson. Etude sociale, hygiénique et thérapeutique. — M. Galca. De la délivrance dans l'accouchement à terme ou près du terme avec enfant vivant. — M. Caillard. Du pronostic de l'albuminurie survenant pour la première fois chez une multipare.

JEUDI 23. — M. Perrée. Rayons de Rœntgen appliqués aux expertises médico-légales. — M. Leclerc. La fièvre typhoïde à Rennes (1875 à 1895). — M. Liambey. Traitement des sinusites maxillaires (méthode Luc). — M. Hallot. L'extrait de capsules surrénales. — M. Vanverts. De la splénectomie. — M. Caboche. Hystérectomie abdominale totale (procédé de Doyen). — M. Martin. Production de la toxine diphtérique. — M. Vallat. Contribution à l'étude du traitement de la rougeole. Prophylaxie des complications. — M. Brenugat. Etude historique de l'enseignement obstétrical en Bretagne et principalement à Rennes. — M. Robert. Contribution à l'étude des manifestations pleurales au cours des maladies du cœur et de l'aorte. — M. Bourgain. La digitale dans les infections en général. — M. Bordet. Des modifications du sang après la splénectomie. — M. Corneille. De l'aphasie dans le diabète. — M. Rodiet. L'alcoolisme chez l'enfant. — M. Bargy. De l'alcoolisme au point de vue de la prophylaxie et du traitement. — M. Machtou. Sur la nature de la sclérodermie.

VENDREDI 24. — M. Bouchard. Etude sur les bourdonnements et bruits d'oreille. — M. Bloch. Contribution à l'étude de la syringomyélie, à type de scapulo-huméral. — M. Bosquier. La nouvelle tuberculine R et son emploi en particulier dans la tuberculose pulmonaire.

Enseignement médical libre.

Electrothérapie. — M. L.-R. REGNIER. — Les samedis, à 5 heures, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité.

Gynécologie. — M. le Dr Ch. FOURNEL a commencé le mardi 30 novembre 1897 à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, Amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de : Gynécologie médico-chirurgicale et chirurgie abdominale. Il le continue les mardis, jeudis, samedis suivants à la même heure.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 28 nov. au samedi 4 déc. 1897, les naissances ont été au nombre de 1.123, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 414, illégitimes, 153. Total, 567. — *Sexe féminin* : légitimes, 400, illégitimes, 153. Total, 556.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 nov. au samedi 4 décemb. 1897, les décès ont été au nombre de 947, savoir : 517 hommes et 430 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 2, T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 1, F. 1, T. 2. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 2, F. 0, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 6, T. 8. — Grippe : M. 0, F. 2, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 121, F. 55, T. 176. — Méningite tuberculeuse : M. 8 F. 15, T. 23. — Autres tuberculoses : M. 24, F. 6, T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 29, T. 52. — Méningite simple : M. 8, F. 8, T. 16. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 32, F. 25, T. 57. — Paralysie, M. 1, F. 4, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 34, T. 62. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 7, T. 27. — Bronchite chronique : M. 10, F. 19, T. 29 — Broncho-pneumonie : M. 29, F. 28, T. 57. — Pneumonie : M. 18, F. 22, T. 40. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 24, F. 21, T. 45. — Gastro-entérite, biberon : M. 11, F. 4, T. 15. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 2, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 10 F. 13, T. 23. — Sénilité : M. 17, F. 32, T. 49. — Suicides : M. 15, F. 6, T. 21. — Autres morts violentes : M. 14, F. 6, T. 20. — Autres causes de mort : M. 80, F. 64, T. 144. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 2, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 91, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 39, illégitimes, 10. Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 28, illégitimes, 14. Total : 42.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Est approuvée l'élection de M. le Dr BOURQUELOT, pour remplir la place de membre titulaire devenue vacante dans la section de pharmacie, par suite du décès de M. Bourgoin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique d'Accouchements et de Gynécologie.* — M. Bar, agrégé, chargé de cours, a commencé le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le samedi 4 décembre 1897, à 9 heures du matin (clinique d'accouchements, rue d'Assas) il le continue les mardis et samedis suivants, à la même heure. *Ordre du cours* : Mardi et samedi : Leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à neuf heures.

M. GUIART, docteur en médecine, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1897-98, chef des travaux pratiques d'histoire naturelle à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. ABELOUS, agrégé, chargé d'un cours de physiologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Toulouse, est nommé professeur de physiologie à ladite Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. LEFÈVRE, suppléant des chaires de physiologie et de chimie, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 30 octobre 1899.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le Pr VIALLETON est nommé, pour une période de trois ans, doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Mairet, nommé doyen honoraire.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — *Concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.* — Un concours s'ouvrira, le 8 avril 1898, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Amiens (arrêté ministériel du 25 octobre 1897). — *Programme du concours* : 1° Une composition écrite sur un sujet de physiologie : cinq heures sont accordées pour cette composition, qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé ; 2° une leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question d'anatomie descriptive, faite après trois heures de préparation, dans une salle fermée ; les candidats ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé ; 3° épreuves pratiques : *a*) une préparation extemporanée d'anatomie descriptive (cinq heures sont accordées pour cette épreuve) ; *b*) une préparation extemporanée d'histologie (quatre heures sont accordées pour cette épreuve) ; 4° appréciation des titres et travaux scientifiques. — *Conditions du concours* : Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est français, docteur en médecine d'une Faculté française et âgé de 25 ans accomplis. Les candidats se feront inscrire au secrétariat de la Faculté de Médecine de Lille, jusqu'au 28 mars 1898, délai de rigueur, et y déposeront leur acte de naissance, leurs diplômes, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs.

Concours pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques. — Un concours s'ouvrira le 2 mai 1898 devant l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Amiens pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite Ecole. (Arrêté ministériel du 30 octobre 1897). — *Programme du concours* : 1° Composition écrite sur une question de physique. (Quatre heures sont accordées pour cette composition). Le candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé. 2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de chimie, après trois heures de préparation dans une salle fermée. Le candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé. 3° Détermination de la nature des éléments chimiques d'un mélange donné. Quatre heures sont accordées pour cette analyse qualitative dans un laboratoire de l'Ecole et sous la surveillance d'un membre du jury. Un quart d'heure est accordé pour l'exposition publique des résultats obtenus. 4° Une manipulation physique (même conditions). (Trois heures sont accordées pour

© BIU Santé

cette épreuve). 5° Appréciation des titres et travaux scientifiques. Les sujets des différentes épreuves sont choisis par le jury. Le Le sort détermine l'ordre dans lequel les candidats doivent subir les épreuves orales et pratiques. — *Conditions du concours* : Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est français ou naturalisé français et âgé de 25 ans accomplis. Les candidats devront se faire inscrire avant le 2 avril 1898, au secrétariat de l'Ecole de Médecine, rue de la République, 49, à Amiens, et déposer entre les mains du secrétaire : leur acte de naissance dûment légalisé et leur diplôme de docteur en médecine, de pharmacien de première classe ou de licencié ès-sciences physiques (art. 8 du décret du 1er août 1883). Ils devront aussi remettre un exemplaire au moins des ouvrages ou publications scientifiques dont ils seraient les auteurs. — Le traitement des suppléant et chef des travaux est de 1.000 fr.; la durée des fonctions, de neuf ans.

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Planchon a donné lecture de son rapport au Conseil académique de Paris sur les actes et travaux de l'*École supérieure de Pharmacie*. Le recensement des étudiants est de 1.845; il était l'an dernier de 1.869. La diminution porte sur toutes les catégories d'élèves. L'Ecole se loue de cette diminution ; la progression croissante de l'effectif depuis plusieurs années l'avait inquitée ; la place et les ressources font défaut. Le nombre des étudiants étrangers est de 24, dont *deux élèves femmes*. Les candidats herboristes sont de 107 au lieu de 97 l'année précédente ; l'Ecole demande une fois de plus la suppression de cette corporation. L'Ecole a décerné 293 grades, dont 221 de pharmacien et 72 d'herboriste ; 3 candidats, MM. Methon, Tassilly et Dufau ont subi l'épreuve de la thèse.

LE CAS DE M. HEIM. — M. Heim, agrégé à la Faculté de Médecine, vient d'interjeter appel auprès du Conseil supérieur de l'instruction publique de la décision récente du conseil de l'Université, qui l'a frappé de la mesure disciplinaire du retrait d'emploi. L'affaire viendra probablement devant le Conseil supérieur à sa prochaine session qui sera tenue dans la deuxième moitié du mois de décembre.

MONUMENT TARNIER. — Les anciens internes et les anciens chefs de clinique de M. Tarnier désirent lui élever à Paris, un monument qui perpétuera sa mémoire. Le doyen de la Faculté de Médecine, le président et le secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine, le président de la Société de Chirurgie, le président de la Société obstétricale de France et le directeur général de l'Assistance publique, demandent aux journaux de vouloir bien s'associer à cette œuvre. Mardi 14 décembre 1897, à 8 h. 1/2 du soir, a eu lieu une réunion dans laquelle a été constitué un Comité général et une commission exécutive.

L'INFLUENZA A ANGERS. — Une véritable épidémie d'influenza s'est déclarée à Angers et aux environs. Les salles de l'hôpital sont pleines et on est obligé de refuser des malades. — On signale du reste des cas nombreux dans tous les départements.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — Dans les Basses-Pyrénées, M. le Dr Paul RECLUS, républicain, a été élu conseiller général pour le canton de Salies-de-Béarn, par 1.789 voix, en remplacement de M. le Dr Pomier, décédé.

MÉDECINS-DÉPUTÉS. — A l'élection législative de Bonneville (Savoie), M. le Dr CHAUTEMPS a été élu député dar 8.136 voix, contre 4.727 voix à M. Morel Fredel.

ELECTIONS SÉNATORIALES DE LA DORDOGNE. — Comme candidat au siège sénatorial laissé vacant par la mort de M. le Dr Gadaud, il y a M. le Dr Pozzi, le chirurgien de l'hôpital Broca. Sollicité par un grand nombre de ses compatriotes de l'arrondissement de Bergerac, il a accepté la candidature comme républicain de gouvernement.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A la réunion de la *Société amicale et de prévoyance de la Préfecture de police*, qui s'est tenue dimanche 12 décembre, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le Ministre de l'Intérieur a remis la rosette d'officier de l'Instruction publique à M. le Dr Chambellan, médecin de l'association.

RÉCOMPENSES. — Des médailles d'honneur pour services d'hygiène ont été remises à M. le Dr Destrem et à M. le Dr Tapie, membres de la commission d'hygiène du quinzième arrondissement, à l'occasion de l'inauguration de l'hôpital Boucicaut.

HYGIÈNE URBAINE ET USINES A CRINS ET LAINES. — Le Conseil d'hygiène de la Loire-Inférieure, à la suite d'une demande de M. Ruff qui désirait transporter son usine de nettoyage de crins à matelas, a nommé, avant de donner un avis favorable, une commission qui aura à étudier la question Cela est bien, mais que va faire cette commission composée de MM. les Drs Attimont et Bertin — ce dernier, rapporteur, et de M. le colonel du génie Allot de la Fuye? Ne serait-ce pas le moment d'utiliser le laboratoire bactériologique dont l'aménagement doit ou devrait être terminé? Et n'y aurait-il pas lieu d'ordonner que des expériences fussent faites au plus vite par MM. les Drs Bertin, médecin des épidémies, et Rappin, directeur du Laboratoire bactériologique, par exemple, pour rechercher les moyens de rendre inoffensifs les *crins* ou les *laines* venant de l'étranger et appelés à être manipulés. Ce serait une dépense de 500 francs, de 1.000 francs peut-être pour le Conseil général et le Conseil municipal: mais la vie d'un grand nombre d'ouvriers et d'ouvrières vaut bien ce sacrifice. En trois ans, voila sept ou huit décès causés par le charbon à Nantes, soit chez les brossiers, soit chez les filateurs. Et il ne se passe guère de mois sans que plusieurs cas ne soient signalés.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat — Anatomie*. 8 décembre, *Région anale.—Pathologie*, 9 décembre. *Délivrance*.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BELLANGÉ, ex-interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de laboratoire de la Faculté de Médecine. — M. le Dr Ambroise GUICHARD (d'Angers), reçu en 1840. — M. CUTTOLI père, médecin à Paillet (Gironde), reçu en 1837. — M. le Dr ESNAULT, de Marans (Charente-Inférieure). — M. le Dr BERGERET, de Louroux (Maine-et-Loire), reçu en 1878.—M. le Dr PEILLAS (de Grasse). — M. le Dr DE CASTRO de La Mahedja (Tunisie). — M. le Dr DEPIED, d'Orléansville (Alger). — M. le Dr DUZÉA, d'Oran (Algérie). — M. le Dr FRAISSE, de Régusse (Var). — M. le Dr PULLICINO, de Nefta (Tunisie). — M. le Dr SPATHÈS, de Misserghin (Oran). — M. le Dr THIBAL, de Djidjelli (Constantine). — M. le Dr Paul DOUMIC, ancien médecin de la maison centrale et médecin des chemins de fer de l'Ouest, décédé à Passy à l'âge de 66 ans.

HÔPITAL BOUCICAUT. — Nous avons omis d'indiquer à la fin de l'article sur l'hôpital Boucicaut, qui a paru dans notre dernier numéro, que les clichés des figures ont été mis gracieusement à notre disposition par notre confrère, M. MARX, directeur de l'*Illustration*.

LE PARISIEN DE PARIS. — Sous ce titre, M. Léon Maillard, publie un journal hebdomadaire illustré, consacré plus particulièrement à la défense de tous les intérêts de Paris. Il mérite d'être signalé à l'attention de nos lecteurs.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*. — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LE LIVRET MÉDICAL; par le Dr VAUCAIRE. — De même que le livret de famille et que le livret militaire, le *Livret médical* du Dr Vaucaire, qui vient de paraître à la librairie Charpentier et Fasquelle, va rapidement s'imposer et devenir le *vade mecum* indispensable à chaque membre d'une famille. Tenu au courant depuis le plus jeune âge, il sera d'un grand secours pour les médecins, qui pourront rapidement se rendre compte du tempérament spécial du sujet qu'ils ont à examiner et de ses diverses maladies antérieures, avec les phénomènes qui les ont accompagnées. Un manuel succint du traitement des principales maladies de l'enfance et de l'âge adulte, et des feuilles de température complètent ce volume, qui correspond à un réel besoin.

ANÉMIE, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale, *Biosine Le Perdriel*.

SAVON DENTIFRICE VIGIER, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

PHTISIE, *Bronchites chroniques*. — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY LA BOURBOULE *Anémie, Diabète, Voies respiratoires* MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES PERRIÈRE

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS — IMP GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

3e SERIE. T. VI. N° 52. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 25 DÉCEMBRE 1897.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

La méthode de Frenkel au Congrès de Moscou ;

Par le Dr R. HIRSCHBERG.

Le traitement de l'ataxie tabétique par la rééducation des mouvements a eu au dernier Congrès international de médecine un très grand succès. Tous ceux qui ont présenté des rapports sur le tabes ont unanimement reconnu que la méthode de Frenkel marquait un progrès réel et très important dans la thérapeutique du tabes. Il suffit de nommer parmi les rapporteurs les Prs Erb, Grasset, Eulenbourg, Homén et Goldscheider pour faire ressortir toute l'importance des conclusions par rapport à la méthode, que la science doit au Dr Frenkel. Dans la discussion qui a suivi la communication de celui-ci, seuls le Pr Zabloudowski de Berlin et le Dr Raïchline de Nice ont donné la note discordante et encore se sont-ils moins attaqués à la méthode qu'à Frenkel personnellement.

Qu'il nous soit permis de relever ici ces attaques. Nous avons dépensé trop de peine pour cette méthode et elle nous tient trop à cœur pour que nous restions impassibles devant ces attaques, qui, nous espérons le prouver dans les lignes qui suivent, sont absolument injustes.

Les travaux du Congrès n'étant pas encore publiés *in extenso*, nous nous guiderons dans notre réponse sur les comptes rendus du Congrès, parus dans les deux journaux les plus importants comme revues de neurologie : le *Neurologisches Centrablatt* de Berlin (1) et la *Revue neurologique* de Paris (2). Ici une remarque s'impose. Dans les comptes rendus donnés dans la *Revue neurologique* de Paris par M. le Dr Raïchline, dans aucun rapport sur le traitement du tabes, nous ne trouvons mentionné le nom de Frenkel. On se contente de parler d' « exercices méthodiques » anonymes. Ainsi ni Erb, ni Grasset, ni Homén, ni Jacob selon le compte rendu de M. Raïchline n'ont parlé de Frenkel, ni de sa méthode, mais des « exercices méthodiques » tout court. Dans la réplique de M. Frenkel, M. Raïchline a purement et simplement supprimé la réponse de Frenkel au Pr Zabloudowski, de sorte que le lecteur français pourrait croire que dans cette discussion le dernier mot est resté au Pr Zabloudowski, ce qui est tout à fait contraire à la réalité.

Selon M. Raïchline, M. Zabloudowski « a énergiquement prostesté contre la prétendue nouveauté de la « découverte » de M Frenkel ». Il paraît que depuis longtemps M. Zabloudowski applique la rééducation chez les tabétiques, sous forme de massage combiné avec les appareils de Link. Il est vraiment dommage pour les pauvres tabétiques, en première ligne, que M. Zabloudowski ait gardé pour lui les résultats favorables qu'il a obtenus, car malheureusement le monde médical ne se doutait pas que M. Zabloudowski avait entre ses mains une méthode si précieuse, pas même M. Raïchline, qui a cependant trouvé le principe de la rééducation chez un auteur anglais, Mortimer Granville. Nous verrons tout-à-l'heure ce qu'il faut penser de la méthode de M. Granville. Donnons d'abord la réplique de M. Frenkel à M. Zabloudowski, puisque cette réplique très importante ne se trouve pas, comme nous l'avons dit, dans le compte rendu français.

M. Frenkel répond à M. Zabloudowski que la méthode de rééducation des mouvements n'a avec la gymnastique suédoise que cela de commun, que toutes deux s'appliquent aux muscles.

Pour le reste toutes les deux ont des principes absolument différents. Bien plus ! M. Frenkel estime que la gymnastique suédoise est souvent nuisible, parfois même elle peut amener des résultats désastreux dans le tabes. Il connaît des malades qui ont complètement cessé de marcher à la fin d'une cure dans des établissements de gymnastique suédoise. Par suite des troubles de la sensibilité, le tabétique n'est pas en état de contrôler par la sensation de fatigue ses dépenses musculaires. Le résultat des efforts musculaires répétés sera une usure rapide des forces du malade et une aggravation de la motilité. Mais même au point de vue théorique une contraction musculaire ne doit pas être identifiée avec la coordination motrice.

Ajoutons pour notre part que si M. le Pr Zabloudowski avait été au courant de la méthode Frenkel, il ne se serait pas laissé aller jusqu'à la confusion du massage avec ou sans appareils Link avec la rééducation de la coordination chez les ataxiques. Mais évidemment il n'a entendu parler de la méthode Frenkel qu'au Congrès seulement.

Arrivons maintenant à M. Raïchline. Selon lui la méthode des exercices systématiques s'appelle à tort « méthode de Frenkel », car c'est *un auteur anglais* Mortimer Granville (1) qui a le premier appliqué le principe de la rééducation dans le traitement de l'ataxie tabétique.

Dans des considérations plutôt philosophiques que cliniques, l'auteur anglais assimile le tabétique atteint du signe de Romberg à l'enfant qui n'a pas encore appris à rester seul debout. Il conseille d'examiner les malades atteints de maladies cérébrales ou nerveuses sur leur faculté de rester debout ou de marcher fermement et lentement ayant les yeux fermés. Si on constate le moindre défaut, il faudra faire des exercices appropriés dans le but de stimuler l'activité et la nutrition des centres lésés. Voici maintenant *la méthode* qu'il préconise chez des tabétiques atteints du signe de Romberg, méthode dans laquelle M. Raïchline découvre le principe de la rééducation des mouvements. Le malade est debout dans une baignoire, on lui verse de l'eau froide le long de la colonne vertébrale. Ensuite le malade fermera les yeux et restera dans cette attitude d'abord un quart d'heure, puis pendant une demi-heure. Voilà à quoi se résume la méthode de M. Granville, auquel, selon M. Raïchline, devrait revenir la priorité de la rééducation des mouvements dans le traitement de l'ataxie tabétique. Ceux qui savent en quoi consiste la méthode Frenkel, — et M. Raïchline devrait le savoir, puisqu'il a fait des conférences sur cette méthode à Paris et à Nice, — reconnaîtront avec nous que les idées et la méthode de M. Granville n'entament nullement la priorité et le grand mérite de Frenkel dans cette question.

Dans la discussion qui a suivi le rapport de M. Frenkel, M. Raïchline s'est élevé contre l'usage des appareils que préconise M. Frenkel. M. Raïchline a seulement oublié, que déjà dans notre premier travail, paru en 1893 (2), nous avons nettement exposé que, pour le traitement de l'ataxie des membres inférieurs, des appareils spéciaux ne sont nullement indispensables. Cependant tout en insistant sur l'inutilité des appareils spéciaux, M. Raïchline proclame hautement la priorité en sa faveur pour un escabeau et des barres parallèles, dont il se sert chez ses malades. La question des appareils dans la méthode

(1) N° 18, 15 septembre 1897.
(2) N° 18, 30 septembre 1897.

(1) Mortimer Granville. — *The Practitioner* 1881, Tome XXVII.
(2) R. Hirschberg. — Traitement mécanique de l'ataxie locomotrice. *Bul. gén. de Thérap.*, 1893.

© BIU Santé

Frenkel pour la rééducation des jambes est donc jugée depuis des années, et M. Frenkel lui-même ne s'en sert plus depuis longtemps. Quant à l'ataxie des membres supérieurs, l'usage des appareils est absolument indispensable, et M. Raïchline a certainement tort s'il croit pouvoir les remplacer par des menus objets qu'on trouve sous la main. Si M. Raïchline, au lieu de traiter dédaigneusement et dans un langage qui ne devrait pas trouver place dans une discussion scientifique, « la caisse » de M. Frenkel, s'était donné la peine de voir ce que cette caisse contenait, il aurait compris que pour le traitement de l'ataxie des mains et des bras, autrement complexe que l'ataxie des jambes, des menus objets qu'on trouve sous la main ne suffisent pas; il aurait compris la valeur des appareils si ingénieusement combinés par Frenkel et qui doivent servir non seulement à refaire la coordination si compliquée des mains et des doigts, mais aussi à l'étude de l'ataxie des membres supérieurs, étude à peine ébauchée jusqu'à présent. La « caisse » de M. Frenkel, quoi qu'en pense M. Raïchline, pour n'être ni décorative, ni imposante, contient néanmoins beaucoup de choses très curieuses. La simplification est certainement une chose très louable, mais encore faut-il que cette simplification n'aille pas à l'encontre du but qu'on se propose d'atteindre. Nous espérons que l'avenir démontrera à M. Raïchline qu'il a été un peu hâtif dans son jugement des appareils que M. Frenkel a présentés au Congrès de Moscou.

DERMATOLOGIE

Fibromes multiples et congénitaux de la peau;

par E. TAILHEFER (de Toulouse), chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine (1).

OBSERVATION.

Il s'agit d'une femme de 48 ans, dont le père et une sœur présentaient sur le tégument un très grand nombre de petites tumeurs congénitales, identiques aux siennes, dit-elle. Elle a eu la variole à l'âge de 7 ans et des crises de rhumatisme polyarticulaire à 25 et à 38 ans. Il y a 8 ans, elle vint pour la première fois dans la clinique de M. Jeannel pour se faire enlever des tumeurs très gênantes de la bouche.

M. Roy, interne du service, nota que la langue était hors de la bouche et réclinée à gauche; on voyait sur son bord droit de petites tumeurs lisses séparées par des sillons plus ou moins profonds. Les tumeurs postérieures étaient plus volumineuses que les antérieures. La tumeur qui était située tout à fait en arrière était de couleur rose, jaunâtre par endroits et ressemblait vaguement à une petite gourde; car elle était constituée par deux lobes superposés ayant chacun le volume d'une noisette. Sur la face antérieure du lobe inférieur se trouvait un lobule ayant les dimensions d'un pois et très vascularisé.

La malade disait que toutes ces néoplasies étaient congénitales, sauf celle qui était placée tout à fait en arrière, et dont l'existence datait de 15 ans.

Sur le plancher de la bouche, on trouvait deux tumeurs placées à droite. Elles s'étaient développées il y a 15 ans au lieu et place des dents qui manquaient. A gauche, on remarquait de la gingivite. Ces lésions du plancher de la bouche étaient probablement de nature inflammatoire et d'origine dentaire : elles n'offrent donc pas d'intérêt pour la question qui nous occupe. Nous ne les signalons que pour rapporter l'histoire intégrale de la malade. La mastication, la parole, la fonction salivaire étaient troublées par ces diverses lésions. M. Jeannel les extirpa. L'examen histologique n'a pas été fait : c'est très regrettable.

Il y a 4 ans, une tumeur se développa dans l'aisselle droite et atteignit le volume d'une noix. La malade n'a pu nous dire si cette néoplasie était congénitale. M. Jeannel l'extirpa et M. Audry en fit l'étude microscopique. Dans l'épaisseur de la peau qui recouvrait ce néoplasme, on sentait de petits noyaux.

(1) Travail de la Clinique du Pr Jeannel.

La pièce fut osmiée. M. Audry ne découvrit sur sa coupe aucune trace de névrome. On y voyait cependant très nettement les nerfs de la peau : il est évident qu'une hyperplasie nerveuse ne serait pas restée inaperçue. La tumeur était uniquement constituée par du tissu fibreux et les nodosités intradermiques dont nous avons parlé plus haut étaient des glandes sébacées normales.

En décembre 1893, notre malade a présenté une petite tuméfaction très douloureuse dans la partie inférieure du rectum. Cette tuméfaction s'est ouverte spontanément et a suppuré pendant quelques jours. Il est probable que c'était un abcès de la marge de l'anus ou une ampoule hémorroïdale suppurée. La chose n'a pas d'importance pour notre étude.

Lorsque nous avons vu la malade nous avons fait les constatations suivantes : son état général était excellent et tous ses viscères étaient sains. Pas de troubles cérébraux, mais au point de vue intellectuel, notre sujet est évidemment un minus habens. Strabisme divergent de l'œil droit peu prononcé. Pas de malformation. Pas de syphilis, pas de maladie cutanée antérieure.



Fig. 58.

La peau est constellée d'un très grand nombre de petites tumeurs, confluentes surtout dans les régions abdominales antérieure et postérieure. La plupart de ces tumeurs sont congénitales, quelques-unes sont acquises.

Les tumeurs congénitales présentent des dimensions variées. Les plus grosses sont comme des noisettes et les plus petites comme des pois. Elle ne sont pas le siège de démangeaisons. Elles sont pédiculées, indolores, molles. La peau est normale, adhérente à la tumeur; ou plus exactement la tumeur paraît constituée par un repli de peau dont le derme serait légèrement épaissi. Après avoir sectionné à la base du pédicule une de ces tumeurs prise dans le dos, nous avons constaté qu'elle était constituée par deux parties : 1° La peau qui conservait sa forme en doigt de gant; 2° une membrane mince infiltrée d'œdème et qui, aussitôt après la section, a abandonné ses rapports avec la peau, pour s'étaler. Tout d'abord, nous avons cru que la tumeur était restée dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il n'en était rien. Nous nous sommes assurés que le tissu sous-cutané ne contenait pas de néoplasie. La tumeur congénitale dont nous avons donné plus haut les caractères cliniques était bien uniquement représentée par une cupule cutanée normale et une membrane, extensible, s'énucléant spontanément de son enveloppe cutanée. Pas de filets nerveux, ni droits, ni plexiformes.

Ces tumeurs sont distribuées abondamment, sur la face postérieure du cou, du thorax, de l'abdomen, sur les fesses, sur la face antérieure de l'abdomen, et sur la face antérieure et postérieure des cuisses.

© BIU Santé

Mais elles sont prédominantes entre les omoplates et sur les faces antérieure et postérieure de l'abdomen. Elles ne suivent pas de trajet nerveux.

Les tumeurs acquises sont constituées par de toutes petites élevures, développées dans la peau, d'une coloration rose, s'effaçant sous la pression. Elles démangent un peu et sont localisées au cou, au tronc et aux deux membres supérieurs. Elles existeraient, au dire de la malade, depuis quatre ans.

Le tégument présente encore quelques particularités : des kystes sébacés, des taches de rousseur très abondantes et quelques nœvi pigmentaires plats, peu colorés, dont l'un situé dans le dos à gauche de la colonne vertébrale fait un placard assez large. La peau de la malade est brune et ses cheveux sont noirs.

Nous avons prélevé une tumeur congénitale du dos, et nous l'avons confiée à M. Polier, préparateur de M. Audry, pour en faire des coupes microscopiques.

L'épiderme est normal. Immédiatement au-dessous de lui, nous trouvons une couche de tissu fibreux qui arrive jusqu'à la limite de la tumeur. Nous avons pu comparer les coupes à celles qui ont été faites de la tumeur de l'aisselle de la même malade par M. Audry en 1893 et nous nous sommes rendu compte qu'elles sont identiques.

Nous concluons que notre malade est atteinte de fibromatose généralisée. Nous ne faisons allusion évidemment qu'aux tumeurs congénitales, les seules, du reste, que nous ayons étudiées microscopiquement.

Nous regrettons qu'on n'ait pas fait l'examen histologique des tumeurs de la langue de notre malade, et que la tumeur que nous avons recueillie nous-même, n'ait pas été soumise à l'action de l'acide osmique. Malgré nos prières, la malade s'est refusée à une deuxième biopsie. Nous pensons cependant que l'examen macroscopique que nous avons pratiqué avec la plus grande attention nous aurait permis de reconnaître si la tumeur était un névrome. Nous n'avons rien vu de semblable aux caractères macroscopiques des neurofibromes et des névromes plexiformes. D'autre part, M. Audry a étudié au microscope, après l'avoir fait passer par l'osmium, la tumeur que notre malade portait dans une aisselle et il n'a pas trouvé d'éléments nerveux autres que les petits filets nerveux normaux de la peau. Nous concluons que chez notre malade il s'agit très vraisemblablement de fibrome et non de neuro-fibrome.

Cette fibromatose doit être placée dans le cadre nosologique, à côté du neuro-fibrome plexiforme et de la neuro-fibromatose généralisée.

Ces deux lésions ne sont, du reste, « que des modalités cliniques différentes d'une seule et même lésion : le fibrome des couches internes des gaines nerveuses », ainsi que l'a démontré, en 1892, notre ancien maître M. Ch. Audry (1).

Toutes ces tumeurs appartiennent à la même famille : la famille fibromateuse.

(1) *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, septembre 1892.

HYGIÈNE DES MARAIS EN ITALIE. — Le gouvernement se propose de demander au Parlement un crédit de 240 millions pour le dessèchement des marais du sud de l'Italie, qui représentent une superficie d'à peu près 300.000 hectares. Les travaux à effectuer seraient répartis sur un certain nombre d'exercices, ce qui permet d'espérer, si les Chambres approuvent le projet, que dans un laps de temps pouvant être évalué à environ une dizaine d'années, les causes premières de la malaria en Italie seraient supprimées.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Les diathèses ;

par le Dr MÉNELAS SAKORRAPHOS (d'Athènes), Agrégé à la Faculté de Médecine.

Quoique les classifications des diathèses aient été dans ces derniers temps plus ou moins bien faites, il arrive pourtant, surtout quand il s'agit d'une famille nombreuse et tarée par l'hérédité pathologique ou acquise, que l'observateur se trouve embarrassé à cause de la multiplicité et de la diversité des tableaux cliniques qu'il rencontre. Il se pose alors la question suivante : Existe-t-il des diathèses ou n'en existe-t-il point, ainsi que le soutiennent certains auteurs ? Ou tous ces tableaux cliniques sont-ils indépendants l'un de l'autre et ne se trouvent-ils réunis que par une simple coïncidence? Ou enfin, y a-t-il là plusieurs diathèses dans cette famille tarée ? Ou tous ces tableaux cliniques, qui représentent à grands traits une évolution et une étiologie communes, ayant comme substratum anatomique, dans les cas les plus avancés, des lésions stables, la sclérose, ou, dans les cas les plus légers, représentant des lésions décrites comme provenant du ralentissement de la nutrition y compris les névroses, ne forment-ils qu'une seule et unique famille ?

Qu'il me soit permis de soutenir l'unité des diathèses. Le désaccord des auteurs vient ici corroborer mes observations personnelles. Lugol, par exemple, considérait la scrofule comme l'aboutissant de toutes les diathèses, tandis que la tuberculose, la syphilis, la scrofule formaient pour d'autres des diathèses à part. Beaumes accepta vingt-deux espèces de diathèses, tandis qu'aujourd'hui, les maîtres, Bouchard et Lancereaux, tendent à les simplifier, n'en acceptant que deux. Notre but étant tout simplement de consigner ce que nous avons observé, nous croyons inutile d'insister d'avantage sur l'histoire des diathèses et d'interpréter des opinions ou des idées appartenant aux autres.

Tandis que le désaccord règne encore sur cette grande question de pathologie générale, une simple observation sur des familles tarées non seulement jette dans le doute, mais encore déconcerte l'observateur sur ce sujet. Les maladies mentales ou nerveuses, les maladies arthritiques, l'alcoolisme, la tuberculose, tous ces tableaux cliniques qui, pour quelques-uns, rentrent dans diverses catégories au point de vue de la classification, se trouvent plusieurs fois réunies, soit dans la même famille, soit dans la génération ascendante. Je crois même que, comme ces maladies deviennent de plus en plus fréquentes, tout médecin doit s'être aperçu de ce que nous disons. Nous allons en citer un court exemple, qui démontre assez clairement la coexistence simultanée des maladies arthritiques et mentales.

Un malade a un grand-père nerveux qui a eu deux enfants, l'un enfermé depuis longtemps dans un asile, l'autre atteint d'une lithiase rénale. Ce dernier, âgé de 60 ans environ, a quatre enfants, dont l'un a un tic convulsif, dont l'autre est idiot, et dont une fille est fortement nerveuse et sujette aux migraines. Chez les ancêtres, quoique je n'aie pu trouver aucune tare arthritique, on voit quand même la maladie arthritique par excellence attaquer l'individu à la suite d'une tare préexistante. On voit pourtant très souvent se reproduire, chez les descendants, la maladie qui préexistait chez l'ascendant, mais avec une différence bien caractéristique ; d'abord chez le descendant, la maladie se

© BIU Santé

déclarera à un âge beaucoup moins avancé que chez l'ascendant, et, de plus, si même la famille est nombreuse, on verra d'autres maladies aiguës ou infectieuses évoluer chez ces individus déjà tarés par l'hérédité pathologique, la tuberculose au premier rang. En d'autres termes, on voit une progression pour ainsi dire du mal, et jamais, quoi que l'on dise, la stabilité, l'hérédité homogène. Nous avons sous nos yeux l'exemple d'un médecin âgé de 40 ans, qui est atteint d'une attaque de goutte. Son père l'a eu à l'âge de 60 ans, et aujourd'hui, à part ces attaques, est bien portant, tandis que le fils a une dilatation de l'estomac, des bronchites à répétition, une pharyngite granuleuse; il a eu deux frères, dont l'un est mort d'une tuberculose pulmonaire aiguë; l'autre est nerveux, souffrant de palpitations et de migraines.

Par l'hérédité pathologique se transmet donc aux descendants une vitalité des tissus amoindrie, par suite de laquelle les maladies infectieuses et la tuberculose surtout, comme nous l'avons déjà signalé plus haut, évoluent avec une grande facilité, le terrain étant tout à fait favorable pour la multiplication. A part ces maladies infectieuses, d'autres non microbiennes, à marche chronique, celles surtout qui sont caractérisées par le Pr Bouchard comme provenant du ralentissement de la nutrition, démontrent surtout la vitalité amoindrie de l'organisme, dont les cellules, n'étant plus capables de fonctionner normalement, laissent des produits non brûlés se multiplier dans l'organisme, en produisant ainsi les maladies arthritiques. Mais, une fois que la cellule ne réagit plus normalement, le système nerveux, qui représente le principal rôle dans l'acte de la nutrition, est condamné fatalement aussi. Tout observateur peut très bien remarquer que les individus, dits arthritiques, sont nerveux. L'hystérie ou la neurasthénie, chez eux, occupent le premier rang. Nous-mêmes, nous ne nous rappelons pas avoir vu un arthritique sans que son système nerveux n'ait été plus ou moins troublé. Personne ne peut nier qu'un organisme taré déjà par l'hérédité pathologique, ou par d'autre cause, ne souffre tout entier et par conséquent présente des tableaux cliniques ayant l'étiologie et le substratum anatomique au moins toujours identique.

Pourquoi donc séparer les diverses maladies à marche chronique, non microbiennes et héréditaires, et les diviser en plusieurs groupes bien distincts l'un de l'autre ? Pourquoi, tandis que nous acceptons une hérédité physiologique unique, telle qu'elle est, ne pas voir en pathologie de la même façon, étant donné qu'en supposant plusieurs diathèses on doit forcément accepter plusieurs hérédités pathologiques, parce que toutes les diathèses sont héréditaires ? L'hérédité pathologique ne représente pas le côté opposé de l'hérédité normale; elle n'est qu'une simple déviation du type normal, tandis que les mêmes lois vitales règnent. La vitalité amoindrie par suite de laquelle l'organisme devient de plus en plus *délicat*, mène l'organisme forcément aux prédispositions morbides. La fonction qui, à la suite de cette tare, souffrira le plus, sera la nutrition, qui est la plus répandue dans la vie des êtres et sans laquelle la vie est incompréhensible. Les maladies dites arthritiques représentent le prélude de la dégénérescence humaine, et forment le commencement de la diathèse qui représente selon nous la vitalité de l'être amoindrie. Nous nous appuyons sur des faits bien démonstratifs. L'hystérie ou la neurasthénie ou d'autres affections nerveuses se compliquent ou se mêlent avec la tuberculose, qui pour la grande majorité des cas emporte ces tarés; nous avons pu de plus observer qu'un groupe de maladies infectieuses (fièvre typhoïde, rougeole, diphthérie, etc.), attaquant des sujets issus de parents diathésiques ou portant eux-mêmes cette tare, comporte un réel caractère de gravité pour la plupart des cas. C'est peut-être que les phagocytes, à cause de la vitalité amoindrie, ne peuvent plus lutter contre les agents pathogènes, et le malade succombe. Quel médecin du reste n'a pu observer pratiquement qu'une fièvre typhoïde, par exemple, attaquant un sujet bien portant, a bien rarement une issue fatale? Nous abordons un sujet de médecine, pas encore bien élucidé, sur les formes graves et les formes légères des maladies infectieuses au point de vue clinique. Nous pensons que les formes graves des maladies infectieuses résident dans l'individu qui est frappé. Il y a trois mois, dans une épidémie de fièvre typhoïde qui a eu lieu à Athènes, nous avons pu voir une quinzaine de cas. Trois ont été mortels; ces trois étaient des héréditaires arthritiques. Toujours, derrière la maladie infectieuse, doit être examiné le terrain sur lequel elle évolue.

Il y a donc une relation, le plus souvent éloignée, entre ces deux grandes catégories des maladies aiguës infectieuses et des affections à marche chronique, non infectieuse. Quant à ce dernier groupe des affections chroniques, nous croyons que le moment est venu de simplifier les choses en médecine.

On voit même que les observateurs, qui ont encore des idées de la multiplicité des diathèses, sont tous d'accord sur l'étiologie, chose assez digne d'être signalée. Tous, dans la grande majorité des cas, acceptent l'alcoolisme, l'hérédité, etc., comme des grands facteurs pour la production de ces affections; et pourtant plusieurs d'entre eux ne peuvent affirmer que, s'il existe une différence, elle n'est qu'apparente, le fond étant le même, les diathèses n'étant qu'une seule. Nous connaissons une famille dans laquelle on peut poursuivre l'évolution. Grand-père mort apoplectique à l'âge de 70 ans; grand'mère bien portante. Il y a quatre enfants: une fille âgée de 50 ans, obèse, et souffrant de coliques rénales. S'étant mariée, elle a eu à son tour trois enfants, dont l'un s'est suicidé; l'autre, âgé de 25 ans, n'est pas intelligent. Le frère de cette dame, âgé de 45 ans, est goutteux, tandis que le troisième est artérioscléreux et nerveux. S'étant épris d'un vif amour pour une grisette, il a eu de cette femme trois enfants. La femme n'a jamais eu la syphilis. L'un, âgé de 4 ans, est mort d'une méningite tuberculeuse; l'autre âgé de ? ans est rachitique; le troisième est à peine âgé de 6 mois et il a eu des convulsions. Le quatrième est bien portant.

Quand à chaque pas on rencontre des exemples indiquant le mélange, pour m'exprimer ainsi, de toutes ces maladies considérées par quelques auteurs comme différentes, quand on voit que l'étiologie est plus ou moins commune, et le substratum anatomique commun, je ne sais si l'on a le droit de se demander s'il n'y a pas qu'une prédisposition morbide, et cet état, on peut l'appeler diathèse. La diathèse, selon nous, représente la dernière échelle de la continuation de la race; elle ne fait que suivre la loi vitale, qui veut que tout être naisse, grandisse, vieillisse et meure. Comment veut-on la régénération indéfinie de la race? La race doit s'éteindre, et c'est par des grands troubles subis par tout l'organisme qu'après avoir vécu, cette race s'éteint.

L'artériosclérose, avec ses nombreuses localisations, indique la prochaine extinction, la vieillesse de la race, qui, à partir de ce moment, est sujette à une foule de

© BIU Santé

maladies aigües ou chroniques, le terrain étant apte à les recevoir. L'organisme attaqué par cette scorie est irréparablement troublé; la diathèse fait son apparition. Peu importent les noms qu'on lui donne : elle est une; elle ne fait que suivre la grande loi de la vie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Incidents du Concours d'Agrégation et du Concours de la Médaille d'Or.

Des incidents, peu importants à première vue, mais très graves, en réalité, par les tendances qu'ils signalent à l'opinion publique, viennent d'éclater à la fois à la Faculté de Médecine et à l'Assistance publique à l'occasion du Concours d'Agrégation de Médecine, à peine commencé, et du Concours de la Médaille d'Or en chirurgie.

En ces temps de veulerie universelle, ils montrent qu'il n'y a pas qu'au Palais de Justice et qu'à la Chambre des Députés où il se passe des choses vraiment extraordinaires, d'ailleurs bien connues des habitués de la Faculté. Elles n'ont point échappé à la perspicacité d'un rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, très bien placé par son grade, ses fonctions et ses intelligences pour les apprécier à leur réelle portée. En tous cas, voici en quels termes il les signale avec courage à l'attention générale, le premier dans la Presse médicale.

La semaine dernière, au Concours de la Médaille d'Or de chirurgie, les candidats les plus en vue se sont retirés après la première épreuve, laissant seul, devant le jury, le candidat qu'ils considéraient, à tort ou à raison, comme le favori.

En même temps, au concours d'Agrégation en Médecine, qui se tient en ce moment à la Faculté de Paris, douze des candidats parisiens se sont retirés, et non ceux de moindre valeur, laissant le jury en face de candidats qui passent pour devoir être écoutés d'une oreille plus favorable.

Nous nous bornons en ce moment à signaler ces deux faits, qui se sont déroulés simultanément devant deux jurys différents. Cette grève de candidats, qui jugent d'avance leurs juges, est un signe des temps. Nous l'avions prévue et annoncée il y a déjà six ans, lors d'un concours d'agrégation resté fameux.

Ainsi que notre confrère le fait remarquer, la coïncidence de ces deux *grèves de candidats*, grèves d'un nouveau genre, est vraiment un signe des temps. Le mérite serait-il donc toujours récompensé, pourvu qu'on... vive assez longtemps! Avouez que ce serait assez nouveau?

Ce qui se passe n'en est pas moins très regrettable. Nous ne voulons pas y insister davantage aujourd'hui; mais nous avons cru de notre devoir de ne pas laisser sous le boisseau des faits d'un intérêt aussi palpitant pour l'époque actuelle. On finira peut-être par comprendre, en haut lieu, que tout n'est pas pour le mieux dans le monde universitaire, malgré l'opinion de ces Messieurs du Ministère, et qu'il y a en Europe certains esprits qui, d'un œil très malin mais très attentif, regardent se dérouler de temps en temps cette petite comédie. Je n'ajoute pas qu'ils en sont enchantés, car, de l'autre côté des fleuves et des mers, on est rendu plus loin: on est radieux! Les étudiants étrangers n'ont-ils pas gagné Londres, Vienne et Berlin!

Assistance des Enfants anormaux : Don de M. Dessaignes.

L'*Eclair* du 11 décembre nous annonce que M. Philibert Dessaignes, ancien maire de Champigny-en-Beaugé, et ancien député de Loir-et-Cher, vient de mourir, léguant au département qu'il représenta un million pour l'hospitalisation des épileptiques, idiots, aveugles et sourds-muets.

Ce legs généreux aidera le département de Loir-et-Cher à organiser l'hospitalisation, le traitement et l'éducation des enfants anormaux et aidera à compléter ce qui a déjà été fait à l'asile de Blois, sous la direction de M. Doutrebente pour l'*assistance des épileptiques adultes*. Ce serait peut-être une occasion favorable pour créer, autour de services généraux *communs*, une série d'*instituts spéciaux* pour chacun des quatre groupes visés par M. Dessaignes. Il est certain que dans ces conditions, maitres et maitresses, guidés par un médecin-directeur habile, pourraient se prêter un mutuel concours, se perfectionner eux-mêmes sous le rapport pédagogique par une connaissance, rendue facile, des méthodes et des procédés employés dans chacun des instituts, et cela pour le plus grand bien des enfants anormaux. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 décembre 1897.

Ostéomyélite vertébrale.

M. Chipault étudie cette affection qui, malgré sa rareté, est une des plus importantes parmi les ostéites non tuberculeuses du rachis. Il cite trois cas de guérison par l'intervention et présente un malade opéré avec succès par lui.

Résection du pylore.

M. le Dr Monprofit (d'Angers) rapporte une observation de *résection du pylore pour sténose cicatricielle* avec guérison. Il s'agit d'une jeune fille qui avala un liquide caustique et présenta au bout de quelques mois des phénomènes de rétrécissement pylorique, vomissements, dilatation stomacale, amaigrissement considérable.

Le pylore était extrêmement rétréci, et la dilatation digitale fut impossible; on en pratiqua alors la résection et le duodénum fut suturé à l'estomac. La guérison eut lieu sans incidents et se fit normalement au bout de quelques jours; la malade reprit son embonpoint et revint à la santé.

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

M. Kelsch présente 51 observations de lésions légères du poumon inaccessibles aux moyens d'exploration ordinaires et pressenties par les rayons X.

M. Colin insiste sur les services que ce procédé pourra rendre dans l'armée, en permettant d'éliminer dès le début les tuberculeux.

Fracture de l'humérus traitée par le massage et la mobilisation immédiate.

M. Championnière présente un très beau succès, obtenu par ce procédé dans une fracture comminutive et très douloureuse de l'humérus.

M. Péan a vu, dans quelques cas, des malades traités par ce procédé d'une façon certainement moins habile et moins surveillée que dans le service de M. Championnière, présenter de graves complications articulaires. Les appareils bien faits sont peut-être plus à la portée de la majorité des praticiens. A.-F. Plicque.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 décembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. GLEY.

Etat du faisceau pyramidal (bulbe et moelle) dans quatre cas de contracture spasmodique infantile (syndrome de Little).

MM. Cl. PHILIPPE et CESTAN (1). — Nous avons entrepris, avec M. Cestan, quelques recherches pour déterminer quel est l'état du faisceau pyramidal dans la contracture spasmodique des encéphalopathies infantiles. Ce syndrome a encore été appelé par Little « rigidité spasmodique ». M. le Dr Bourneville a bien voulu nous permettre de mettre à profit, dans ce but, plusieurs autopsies provenant de son service des enfants arriérés à l'hospice de Bicêtre. Nous avons examiné quinze cas, dont quatre seulement seront rapportés dans cette note; quant aux autres, phénomènes cliniques et lésions constatées au microscope nous ont paru encore trop complexes; pour le moment, nous ne saurions en donner une interprétation suffisamment précise.

Voici d'abord, le résumé clinique et les lésions cérébrales constatées à l'œil nu.

OBSERVATION I. — Jeanne M..., 4 ans. Pas d'antécédents héréditaires, enfant venue en état d'asphyxie prolongée. Dès le troisième jour, convulsions qui se sont renouvelées depuis, plusieurs fois par jour — n'a jamais ni parlé ni marché, — cécité dès la naissance. En juin 1895 : aux membres supérieurs, *contractures* prédominantes à droite et aux extrémités (doigts fléchis dans la paume de la main) ; quand on essaie de provoquer quelques mouvements, on produit la rigidité des muscles. Aux membres inférieurs : *contractures généralisées* des deux côtés, avec flexion et adduction de la cuisse, pied bot en valgus équin. *Exagération des réflexes rotuliens* des deux côtés ; ils se produisent à la plus légère percussion. Morte de tuberculose pulmonaire. Autopsie : au cerveau, pachyméningite généralisée, du type fibreux, avec atrophie considérable des circonvolutions.

OBSERVATION II. — Charles Han..., 12 ans. Père alcoolique. Accouchement à terme, sans asphyxie, mais avec trois circulaires du cordon; grossesse compliquée d'hydramnios. A 7 mois, convulsions, souvent répétées depuis. En avril 1895, faciès d'hydrocéphale. *Contractures spasmodiques* dans les membres inférieurs, avec *grosse exagération des réflexes rotuliens*. Mort de scarlatine maligne. Autopsie : au cerveau, pie-mère adhérente au niveau du lobe temporal. Hydrocéphalie ventriculaire considérable; chaque hémisphère est réduit à quelques centimètres de substance nerveuse.

OBSERVATION III. — Claudia Bi...., 12 ans. Renseignements insuffisants sur la famille. Accouchement normal ; pas d'asphyxie. L'enfant aurait eu les bras contournés à la naissance (?). — En juin 1897 : *contractures généralisées* aux quatre membres. Idiotie. Gâtisme. Marche impossible. Morte de broncho-pneumonie aiguë. Autopsie : au cerveau, lésions atrophiques de quelques circonvolutions (à droite : pariétale ascendante, partie moyenne de la première et de la deuxième circonvolution temporale. A gauche : pariétale ascendante).

OBSERVATION IV. — Louis Dal..., 15 ans. Père alcoolique. Accouchement facile; grossesse normale. A 1 an, début des convulsions; établissement des crises épileptiformes, très fréquentes (dix à quinze par jour). Hémiplégie gauche à la suite des premières crises. En juin 1894 : *contractures spasmodiques* du bras gauche, avec mouvements athétosiformes de la main ; *hémiplégie spasmodique* gauche. Mort de rougeole maligne. Autopsie : au cerveau, légère atrophie de la partie postérieure de la première circonvolution temporale droite ; de ce côté, les noyaux gris centraux paraissent plus petits.

Ainsi, dans ces quatre cas le syndrome clinique prédominant a été la contracture spasmodique vraie, comme l'entendait Little. Les photographies ci-jointes, très suggestives, le démontreraient à elles seules; elles ont été empruntées à la belle collection de M. Bourneville.

Nous avons examiné au microscope le bulbe et la moelle (renflements cervical et lombaire, région dorsale). Les coupes ont été traitées par le procédé de Weigert-Pal (gaines de myéline), et par le picro-carmin ammoniacal de Ranvier (tissu conjonctif et névroglique). Les résultats de notre double examen ont été identiques dans tous les cas : *faisceau pyramidal normal, sans sclérose ni agénésie, au bulbe comme aux principaux niveaux de la moelle.*

Il est inutile de rappeler ici les nombreuses théories, édifiées surtout dans ces dernières années pour établir la physiologie pathologique de la rigidité spasmodique infantile, ou syndrome de Little. Pour le moment, nous nous contenterons de faire observer que plusieurs de ces théories incriminent une lésion du faisceau pyramidal (sclérose ou agénésie). A ces dernières théories, nos cas ne sont pas favorables, puisqu'ils démontrent que la rigidité spasmodique infantile peut exister sans la sclérose ou l'agénésie des fibres pyramidales. Nos quatre cas viennent s'ajouter aux quatre observations, publiées d'ailleurs à d'autres points de vue, par Binswanger, Railton et Ganghofner. Nous nous demandons si la lésion essentielle de la rigidité spasmodique infantile ne doit pas être cherchée plutôt du côté de la cellule ganglionnaire des cornes antérieures de la moelle, comme Charcot l'avait expressément dit en 1874. De même, tout récemment, dans plusieurs leçons cliniques, M. le Pr Raymond a insisté sur l'impossibilité d'expliquer tous les cas de contracture spasmodique par la lésion des fibres pyramidales.

M. CLAUDE a recherché, avec M. CHARRIN, le *rôle de l'intoxication par les toxines microbiennes dans la production de l'atrophie musculaire.* En se servant des toxines pyocyaniques, ils ont constaté chez les animaux sacrifiés, au bout de quatre mois, une atrophie très avancée de certains groupes musculaires, avec dégénérescence des fibres. Ces lésions sont sous la dépendance de foyers d'hémorragies existant dans toute la hauteur de la moelle épinière. Il s'agit donc d'une poliomyélite subaiguë comparable à celles que l'on observe en clinique à la suite de certaines infections.

M. DÉJERINE relate l'observation avec autopsie d'une femme atteinte depuis quatre ans de *surdité verbale pure.* Les coupes en série du cerveau ont montré une double lésion corticale des lobes temporaux sans lésions de la substance blanche sous-jacente.

M. COURMONT a constaté que l'ablation de la rate amène *des résultats variables au point de vue de la défense de l'organisme* suivant le genre d'infection que l'on utilise ensuite. C'est ainsi qu'elle agit inégalement sur le développement du streptocoque et du staphylocoque.

MM. ACHARD et CASTAIGNE ont étudié les conditions dans lesquelles le *bleu de méthylène se décolore au contact des éléments vivants.* Ils ont constaté que les dérivés incolores qui résultent de cette action peuvent reprendre leur coloration au contact de l'oxygène.

M. QUINTON a constaté par une série d'expériences sur le chien que *l'eau de mer introduite en injections dans l'organisme* s'élimine beaucoup plus rapidement par le rein que l'eau chargée d'une quantité égale de chlorure de sodium.

M. DEGREZ donne un procédé de *dosage du carbone total* des produits solides ou liquides éliminés par l'organisme.

M. SABRAZÈS. — *Action du tannin sur le bacille tuberculeux.* — Le tannin tend à être considéré, par certains auteurs, comme un spécifique de la tuberculose. Pour élucider son mode d'action, il y avait lieu d'entreprendre des recherches expérimentales. Un premier point à élucider est relatif à l'action bactéricide du tannin. Si on incorpore à une solution tannique saturée une pulpe de bacilles de Koch prélevés sur une culture, on ne constate aucune

(1) Travail du laboratoire d'anatomie pathologique de la clinique de la Salpêtrière.

© BIU Santé

modification dans la virulence de ces germes : les cobayes inoculés en série meurent tuberculeux dans un délai de dix-sept jours à un mois. Ceux qui ont reçu sous la peau l'émulsion de bacilles dans la solution de tannin ont des lésions locales bacillaires très envahissantes. Le fait que le tannin n'est pas, dans le cas particulier, bactéricide n'infirme pas jusqu'à présent l'efficacité que l'on attribue à la médication tannique. D'autres expériences en cours montreront si l'acide gallique, les tannins et leurs dérivés ne diminuent pas la réceptivité du terrain, ou encore s'ils n'agissent pas en accélérant le processus de nécrose des tubercules et en mettant rapidement en jeu les tendances sclérosantes réparatrices. A. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 décembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DEBOVE.

Pleurésie putride sans gangrène pleurale ou pulmonaire.

M. COURTOIS-SUFFIT signale un cas de pleurésie avec épanchement putride absolument identique au cas rapporté par M. Widal dans la dernière séance. Une ponction, puis l'empyème furent successivement pratiqués, et l'on fit des lavages au permanganate de potasse. La mort survint néanmoins ; à l'autopsie on ne trouva pas de traces de gangrène de la plèvre, ni du poumon. Le liquide purulent contenait une quantité considérable de microbes variés, mais ces microbes ensemencés directement ne donnèrent lieu à aucune culture, tous les tubes sont restés stériles, les germes étant sans doute anaérobies.

La fièvre typhoïde dans les hôpitaux.

M. Louis GUINON rappelle que l'on a mis en doute la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde ; or, il apporte trois observations prises à l'Hôpital des Enfants-Malades, où cette contagion paraît bien établie. Il s'agit de trois enfants traités l'un de poliomyélite, l'autre de bronchite et un troisième de purpura, qui furent atteints quelques semaines après leur entrée, de fièvre typhoïde avec séro-réaction ne laissant pas de doutes sur le diagnostic. Ils guérirent tous trois après deux ou trois semaines de maladie. A ce moment, il y avait des cas graves de fièvre typhoïde en traitement dans la salle où étaient couchés les jeunes malades. Les enfants étant depuis plusieurs semaines à l'hôpital ne peuvent guère avoir contracté la fièvre avant leur entrée. L'eau des fontaines ne peut être incriminée, les enfants restant couchés et ne buvant que des tisanes.

Action de la ménopause sur l'appareil rénal.

M. LEGENDRE a observé chez une femme, à l'époque de la ménopause, des douleurs lombaires avec urines rares et passagèrement albumineuses lorsque les règles étaient en retard. Des émissions sanguines amenèrent un soulagement très notable. Chez une autre malade, au moment de la ménopause, lors de la suppression des périodes menstruelles, il observa de la céphalée, des nausées, de la raréfaction des urines, de l'albuminurie, de l'œdème. La théobromine et le régime lacté la soulagèrent. Dans un autre cas, M. Legendre observa deux accès d'urémie réelle avec coma, qui nécessitèrent la phlébotomie. Il conclut que la ménopause a une action congestive sur les reins, surtout chez les femmes neuro-arthritiques.

Incontinence des urines et des matières fécales dans les paraplégies dues aux névrites périphériques.

MM. GILLES DE LA TOURETTE et GASNE ont observé trois malades atteints de paraplégie et d'incontinence d'urine et des matières fécales qui furent considérés comme des myélitiques incurables. Or les trois malades ont guéri et de leur paralysie et de leur incontinence, et au diagnostic de myélite on substitua celui de névrite alcoolique. L'incontinence ici est effective mais non réelle, elle ne tient pas à la paralysie des sphincters mais à un état psychique polynévritique. Les malades oublieux des faits récents et des habitudes usuelles ne demandent pas le bassin et urinent sous eux. Ces incontinences peuvent déterminer des erreurs et des difficultés de diagnostic.

M. BABINSKY signale un mémoire qu'il a publié sur ce sujet.

MM. BALLET et ACHARD ont aussi chacun pu observer des accidents de ce genre chez des polynévritiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 décembre 1897. — *Présidence de* M. E. DELENS.

Abcès gazeux sous-phréniques.

M. LEJARS pense qu'il y a une différence entre les abcès gazeux et ceux qui ne le sont pas. Les premiers comportent toujours une perforation du tube digestif. On ne peut dans ces cas rechercher les perforations pour les suturer. On se contente d'ouvrir la poche et d'évacuer le pus. Ce n'est pas suffisant et ainsi s'expliquent les dangers des abcès sous-phréniques.

M. MONOD cite deux observations de ce genre. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme de 39 ans, ancien acoolique, avec antécédents gastriques, qui présentait une saillie sonore au niveau de l'hypocondre droit, et avait eu quelques jours auparavant une vomique abondante. On incisa dans un espace intercostal, après ponction. La plèvre ne contenait pas de pus, mais en ponctionnant le poumon, on fit sortir du pus qui communiquait avec une grande loge située au-dessous du diaphragme. Le fait clinique qui peut ressortir de toutes les observations présentées, c'est que l'on a toujours pu supposer que l'on avait affaire à une collection thoracique. Les gaz ne sont pas constants, et je proposerais plutôt le nom de *pyothorax*, que celui que l'on a adopté d'abcès gazeux sous-phréniques. Les lésions de l'estomac sont la cause la plus fréquente des abcès phréniques, mais non constantes. Les causes les plus variées ont été signalées. Et peut-être pourrait-on les diviser en deux variétés : les abcès par propagation directe et les lésions par propagation indirecte, tel le fait Jalaguier où le pus venait d'une appendicite. Quel traitement apporter? Il faut intervenir vite, le plus tôt possible. La voie abdominale ou thoracique est également bonne. On doit se guider sur l'état particulier du malade. La statistique montre que, depuis les premiers faits où l'on comptait 12 0/0 de guérisons sans intervention donne 47 0/0 de guérisons.

Hystérectomie abdominale totale.

M. RICARD. — L'hystérectomie totale est devenue le procédé de choix pour l'ablation des fibromes ; toutefois il insiste sur quelques points de technique. En ce qui concerne les annexites graves, il a peu souvent pratiqué l'hystérectomie. Il faut s'efforcer de faire l'hémostase d'abord, ce qui est souvent difficile et délicat. L'artère utérine est fréquemment difficile à mettre à nu. En résumé, il faut lier l'utérine, ouvrir le vagin, faire basculer l'utérus et terminer l'ablation.

M. PEYROT a relevé les opérations d'hystérectomie faites par lui depuis 1892. Il a suivi, dans ces opérations, l'évolution générale qui s'est produite. Il a opéré 23 cas sur lesquels il n'a noté que 2 décès.

Trépanation.

M. PEUGNIEZ (d'Amiens) présente un malade qui, à la suite d'un violent coup de bâton sur la tête, présenta des troubles cérébraux graves qui nécessitèrent son internement dans une maison d'aliénés. Il trépana ce malade et la guérison s'ensuivit.

Gastro-entérostomie.

M. TUFFIER présente une jeune femme à laquelle il a fait une laparotomie, croyant avoir affaire à une péritonite par perforation d'un ulcère de l'estomac. Il s'agissait simplement d'une péritonite par propagation. L'estomac était adhérent. M. Tuffier fit la gastro-entérostomie et la malade guérit de tous ses accidents.

Luxation du semi-lunaire.

M. BERGER présente un malade qui était atteint d'une luxation du semi-lunaire avec compression et paralysie du nerf cubital.

Ablation d'une tumeur du foie.

M. TERRIER communique une observation dans laquelle il s'agit d'un carcinome du foie qu'il a enlevé récemment. Il rappelle à ce sujet les expériences de laboratoire de M. Auvray. Après ces expériences, M. Terrier a cru pouvoir recourir à l'opération dans le cas suivant : il s'agissait d'une tumeur du foie ayant contracté des adhérences avec l'épiploon. Il détacha

© BIU Santé

cet épiploon et le réséqua. Cela fait, il se trouva en présence d'une tumeur assez grosse qui, une fois enlevée, pesait 270 gr. et qui offrait le volume du poing d'un enfant. Pour enlever cette tumeur, il plaça un fil en chaîne, à l'aide duquel il fit une ligature qu'il serra très fortement de façon à obtenir une pédiculisation de la tumeur qu'il sectionna au thermocautère. Il y avait seulement un point qui saignait sur lequel M. Terrier mit une pince. Il n'osa pas fermer le ventre dans la crainte d'une hémorragie secondaire. Il n'y eut pas d'hémorragie et les suites de l'opération furent des plus simples. Le malade fut très amélioré. Dans un autre cas semblable, M. Terrier n'hésiterait plus à fermer le ventre, bien sûr maintenant de la valeur hémostatique de cette ligature en chaîne.

M. POIRIER, en 1892, s'est trouvé avec son ami M. Chaput, en présence d'une tumeur du foie qu'il croyait siéger dans l'estomac. Ce malade guérit bien de son opération. Il mourut six mois après de cancer généralisé du foie.

Séance du 15 décembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DELENS.

Hystérectomie abdominale totale.

M. POIRIER. — On a à tort appelé procédé de choix l'hystérectomie abdominale totale; elle est plus grave que l'hystérectomie sus-vaginale.

M. TUFFIER dit que le traitement de choix des fibromes varie suivant les cas. L'hystérectomie vaginale reste le procédé pour les petits fibromes; l'hystérectomie abdominale pour les gros. Il préconise l'oblitération des artères utérines dans l'hystérectomie abdominale totale et laisse les annexes dans tous les cas où il peut le faire; il est indifférent de supprimer la fonction annexielle.

M. RECLUS ne se préoccupe pas de la ligature de l'utérine. Celle-ci est largement découverte, bien accessible, et rien ne semble difficile dans l'hématose.

M. RICHELOT. — Pour le manuel opératoire, l'hystérectomie s'est modifiée et améliorée dans toutes les mains des chirurgiens. Les principes dont se réclament ses procédés sont à peu près les mêmes: simplicité instrumentale, suppression des procédés d'auteurs. Il isole l'utérus comme une tumeur quelconque au milieu des tissus; suppression de fils de soie, de corps étrangers dans l'abdomen; absence de surface rugueuse et irrégulière en contact avec l'intestin; enfin abandon systématique de tout ce qu'il n'est pas utile de faire. La seule bascule d'un côté de l'utérus, désinséré d'un côté par section du ligament large, est la seule caractéristique du procédé américain et lui appartient en propre. Dans son procédé, il sectionne des deux côtés et de haut en bas; mais l'hémostase est aussi simple. L'hystérectomie abdominale totale appliquée aux suppurations pelviennes doit évidemment être réservée à certains cas qui ne sont pas justiciables de l'hystérectomie vaginale. Dans son procédé il taille le lambeau postérieur antérieur et, en le déchirant de chaque côté, il entre dans le tissu paramétrique et lie l'utérine et alors il peut enlever l'utérus. Il traite le ligament large de bas en haut, ce qui lui permet aussi d'attaquer par en bas la poche purulente. On voit ce que l'on fait, on a des chances de ne pas rompre la poche et si on la rompt, le pus risquera heureusement de s'écouler par le vagin.

Cure radicale des hernies inguinales.

M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation de M. GILIS (de Montpellier).

Péritonite herniaire.

M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation adressée par M. LE MONNIET (de Rennes).

Anus contre nature suite de hernie crurale gangrénée.

M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation de M. GRINDA (de Nice).

Hématome du coude; ostéome du brachial antérieur en quinze jours. Extirpation. Guérison.

M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation de M. BRAULT (d'Alger).

M. le Dr GAUDIER (de Lille). — *Incision médiane pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.*

M. le Dr D. TÉMOIN (de Bourges). — *Rate accessoire. Ablation et guérison.*

M. le Dr JALAGUIER. — *Radiographie d'un sou arrêté dans l'œsophage. Ablation avec le panier de de Grafe.* M. B.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 2 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. OLLIVIER-BEAUREGARD.

M. le Dr BLOCH, profitant du voyage qu'il a fait, pour assister au Congrès international de Médecine de Moscou, a étudié le *type des Grands-Russiens*, dont la masse résistante et envahissante forme l'élément essentiel de la nation russe. Les Grands-Russiens ont le nez droit ou concave. Lorsque leur nez est droit, il est bien moins saillant que celui des Européens en général. Et c'est cette dépression relative qui imprime au visage un air particulier, et frappe aussi le plus lorsqu'on examine un Grand-Russien de profil. Les femmes ont le plus souvent le nez arqué ou concave. Et, dans ce cas, c'est la base même du nez qui en constitue la partie saillante. Du côté de la barbe, les Grands-Russiens présentent aussi des particularités significatives. Leur barbe est, en effet, moins frisée, moins fournie et elle pousse plus tard que chez les Européens en général. Beaucoup de jeunes gens en sont complètement dépourvus et, après qu'elle est poussée, leurs joues en restent dégarnies. Les cheveux sont châtains chez l'adulte; les enfants sont presque toujours blonds ou blonds et rougeâtres. Pour la couleur des yeux, c'est le gris qui domine.

M. OLLIVIER-BEAUREGARD fait don d'un petit album publié par la Société finno-ongrienne d'Helsingfors, sur les *costumes des Tchérémisses, Finnois du centre et du sud de la Russie*, ainsi que de planches photographiques de manuscrits battaks, recueillis par M. Claine pendant son fructueux séjour à Sumatra.

M. le Dr F. REGNAULT offre le *portrait d'un jeune Américain*, qui s'est fait couvrir tout le buste de tatouages japonais, admirablement exécutés.

M. MANOUVRIER présente un *nouveau nain*, plus jeune et plus petit que celui qu'il a présenté l'année dernière. Celui-ci, Auguste Tuaillon, est un exemple parfait de ce qu'on pourrait appeler le nanisme régulier, sans malformation et sans déchéance intellectuelle. A 24 ans, il est resté enfant par la taille, les membres, le buste, la tête, l'absence de poils sur tout le corps. Son intelligence seule peut passer pour s'être accrue proportionnellement, pour être en rapport avec son âge. Dans son village, il avait d'ailleurs obtenu, vers 12 ans, le certificat d'études primaires, avec d'autres enfants de son âge. Vers 15 ans, il avait présenté quelques symptômes d'une puberté naissante. Mais aujourd'hui encore, bien qu'il ait répondu à certaines sollicitations, il ne jouit que d'une virilité incomplète. Parmi les causes de la persistance de cet infantilisme, on ne trouve à signaler qu'une chute qu'il aurait faite dans un escalier, à l'âge de 3 ans. C'est à partir de trois ans, en effet, que sa croissance paraît s'être ralentie extrêmement. Son cas est celui d'une croissance excessivement ralentie, plutôt que d'un arrêt absolu de croissance. En effet, il grandit encore un peu. Depuis 1896, en un an, il a acquis quatre centimètres de plus. Sa taille est de 1 m. 03. Suivant M. Manouvrier, un accident de la croissance encéphalique en rapport avec la chute mentionnée plus haut, aurait entraîné chez lui des troubles trophiques généraux. Il a toujours été très petit mangeur, et est dans un état habituel de constipation. Son camarade d'aujourd'hui est, par une singularité rare, du même pays que lui, et singularité plus curieuse encore, il offre les mêmes caractères que lui. Sa taille plus petite, parce qu'il est plus jeune (15 ans); elle mesure 97 centimètres. Sa figure plus enfantine et plus fraîche, est aussi plus éveillée. Il est également bien proportionné dans toutes les parties de son petit corps, et son intelligence est normale. On l'employait naguère à garder les cochons. Il n'en a pas moins, comme l'autre, obtenu son certificat d'études primaires. Et, comme l'autre aussi, il a l'ambition de gagner sa vie en s'exhibant, et en chantant

© BIU Santé

agréablement des chansons appropriées à sa taille et à son aspect.

M. Zaborowski donne lecture d'un mémoire étendu sur la question si complexe des *origines aryennes*. Résumant les dernières recherches ethnologiques, dans l'Asie centrale en particulier, ses propres études, les données archéologiques et les récentes publications des linguistes, il arrive à placer la patrie aryenne dans les plaines qui s'étendent au nord de l'Europe jusqu'aux confins de l'Asie et à assigner à la race blonde kymrique la plus grande part dans le rôle d'initiateur du génie aryen.

M. André Lefèvre soulève quelques objections à cette thèse; mais tout le monde est d'accord pour l'examiner à fond.

Séance du 16 décembre 1897. — Présidence de M. Ollivier Beauregard.

M. G. de Mortillet présente un travail de M. Daleau résumant ses *fouilles d'une caverne dans les environs de Bourg-sur-Gironde*. Sur les parois de cette caverne se trouvaient de ces gravures d'animaux quaternaires, dont on a si longtemps constaté l'authenticité.

M. Volkow offre l'ouvrage de M. Liaskorouski sur l'*Histoire du pays de Pereïaslaw* (la Kiovie) *depuis l'antiquité jusqu'à nos jours* (1897), en en indiquant l'intérêt au point de vue de l'archéologie et des origines slaves. « Les remparts et les oppidums excessivement nombreux dans la région (Gouvernement de Pultawa, etc.) démontrent pour ainsi dire graphiquement l'extension successive de la population slave vers le sud-est, pendant l'époque protohistorique. »

M. F. Regnault expose une théorie sur les relations entre les peuples vaincus et refoulés et les territoires qu'ils habitent. La montagne ne serait pas, suivant lui, le refuge habituel des races dépossédées par les envahisseurs des plaines.

M. Zaborowski donne lecture de la réponse qu'il destine à M. Bertholon et de la réfutation des *prétentions arabophobes* de certains colons et écrivains de l'Algérie.

M. Hervé, à l'appui de ce qui vient d'être dit, raconte le cas d'un très grand propriétaire algérien, lequel déclare que, « si les indigènes n'existaient pas, il faudrait les inventer ».

M. Manouvrier explique l'animosité existant trop souvent entre colons et indigènes par les injustices commises à l'égard de ceux-ci. M. le Dr Tomasini (d'Oran) lui en a rapporté une foule d'exemples.

MM. Sanson, Regnault, prennent la parole dans le même sens.

M. le Dr Bloch donne le résumé suivant de ses recherches sur le *pigment du système pileux* : On admet généralement que la couleur des cheveux clairs, blonds ou rouges, est due à une matière colorante qu'on appelle pigment diffus, tandis que celle des cheveux foncés serait occasionnée par du pigment en grains, d'où le nom de pigment granulé. Cependant le pigment est le même pour tous les cheveux, car dans les cheveux clairs l'on remarque également à un fort grossissement, du pigment en grains noirâtres. Seulement la quantité de pigment va en augmentant depuis le cheveu le plus clair jusqu'au plus foncé. Il est éparpillé en grains dans les cheveux blonds et rouges et en amas dans les cheveux foncés. De là deux sortes de pigments : le *pigment granulé* et le *pigment aggloméré*. Pour s'en convaincre il faut examiner au microscope des coupes transversales de cheveux englobés dans du collodion durci. Chez le nègre, il existe du pigment en quantité dans la paroi même du follicule pileux, caractère distinctif non encore signalé jusqu'à présent, car dans les races blanches il n'y a généralement pas de pigment dans l'épaisseur du follicule. Suivant M. Bloch, le pigment des productions pileuses ne se forme pas dans les cellules du bulbe pileux. Il cite à l'appui de cette thèse plusieurs faits d'ordre physiologique et pathologique.

Diverses observations et objections sont présentées à ce sujet par M. Sanson.

M. le Dr Variot a fouillé, pendant ces dernières vacances, les *tombes d'un cimetière ancien* très curieux, sur les collines de Collonges en Charolais, dans la Saône-et-Loire. Ce cimetière est daté par quelques pièces du commencement du moyen âge. Mais il est d'une pauvreté rare. Les corps paraissent avoir été inhumés en pleine terre, sans aucun objet usuel ou symbolique. Le sol est fait de pierrailles. Quelques corps sont dans un encaissement de murailles en pierres sèches, comme on en construisait dès l'âge néolithique en d'autres régions lointaines et constamment depuis, et au premier âge du fer dans notre pays même. Les squelettes se rapportent tous à une race grande et robuste. Z.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du jeudi 9 décembre 1897. — Présidence de M. Richelot.

M. Anasthasiadès a appliqué, dans le service de M. Porak, la *phonendoscopie au diagnostic obstétrical*. Les résultats sont très nets. La position à donner à la femme est différente dans le cas où on veut seulement délimiter l'utérus et dans celui où on veut préciser la situation du fœtus. A l'aide d'un crayon dermographique, on peut tracer sur l'abdomen de la femme les zones de vibrations enregistrées par le phonendoscope et en prendre ensuite le décalque. L'auteur présente, à l'appui de sa communication, les décalques obtenus et les explique. Par ce procédé, on pourra établir le diagnostic des principales variétés ou anomalies de l'utérus gravide et de la situation du fœtus.

M. Porak confirme les résultats présentés par l'auteur. C'est un nouveau moyen d'investigation. Il exigera de l'opérateur de l'exercice et une certaine habileté.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE.

Séance du 7 décembre 1897.

Radiographies d'un grain de plomb dans l'orbite après blessure perforante de l'œil.

M. Boucheron. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un spécimen du résultat que peut nous donner la radiographie dans les cas de pénétration de projectile ou de corps étrangers dans la région orbitaire et dans l'œil.

Un mot d'abord sur *la technique de ces radiographies de la région de l'œil*. Il convient de rendre une radiographie *de profil* et *une de face*. L'ampoule est placée à 0 m. 60 de la tête ; la plaque sensible est placée *verticalement* près de la tête, d'abord de profil, puis de face. La durée de la pose est de six minutes pour le profil, et de huit minutes pour la radiographie de face, avec les appareils de M. Radiguet, qui a très habilement exécuté nos radiographies.

Pour déterminer la position du projectile, on peut user de l'artifice suivant : deux grains de plomb, témoins, sont placés dans *un plan horizontal* passant par le sourcil. L'un des plombs est fixé, par une baudruche gommée, sur le sourcil, dans *la verticale passant par le centre de la cornée* l'autre plomb est fixé sur la tempe, dans la *verticale passant par le centre du globe oculaire* (à 12 mill. du pôle cornéen antérieur). Ces deux plombs étant fixés, l'un dans un plan horizontal au sourcil, et sur les verticales passant par le centre de la cornée, et l'autre par le centre du globe, on déterminera assez exactement sur les photographies, la position relative du projectile par rapport aux points de repère. Ces points de repère étant d'autre part fixés à la peau par un attouchement au nitrate d'argent ; on pourra, sur le vivant, retrouver également le siège du projectile. Les grains de plomb introduits dans l'œil sont visibles par radiographie.

Revenons maintenant au malade. Les points intéressants de son histoire sont : 1° Le grain de plomb *n'était plus dans l'œil*, mais sur le plancher de l'orbite, près du sommet de la pyramide orbitaire, au-dessous et en dehors du faisceau vasculo-nerveux du globe oculaire ; 2° le grain de plomb s'était insinué entre le cristallin et la coque oculaire, *sans blesser le cristallin* ; 3° le point d'entrée était à l'angle irido-cornéen. Le point de sortie, aux environs de l'ora serrata. Le trajet du

© BIU Santé

projectile est marqué par une cicatrice blanchâtre, visible à l'ophtalmoscope; 4° aucun trouble des milieux transparents, *ni cataracte*, ni corps flottants du vitré, ni décollement tétinien; 5° à l'ophtalmoscope on constate une atrophie papillaire blanche (sans trace de névrite); cette *atrophie du nerf optique est complète dans l'œil blessé;* l'atrophie commence dans l'autre œil. Le début de l'atrophie remonte à environ un an dans l'œil blessé. Pour l'autre œil le début remonte seulement à quelques mois. Le trouble visuel est rapidement progressif; 6° après la blessure de l'œil, *la vision s'était rétablie en peu de temps*, et était revenue à peu près à son état antérieur. La question delicate qui soulève ce fait, c'est, dans le cas où une expertise médico-légale serait nécessaire, de *décider si l'atrophie des nerfs optiques*, survenue plusieurs années après la blessure, *est une affection sympathique*, dépendant de la blessure; ou si cette atrophie est une affection indépendante du traumatisme oculaire antérieur. L'œil blessé dans la région ciliaire a refonctionné à peu près normalement, après la blessure. Cet œil n'a subi aucune atteinte antérieure d'inflammation, ne présente aucun trouble de ses milieux, aucune modification de sa tension. Il est d'observation que le plomb de chasse, fabriqué au feu, souvent aseptique, ne produit pas de plaies septiques (elles peuvent s'infecter ultérieurement). L'œil blessé par grains de plomb, qui ne s'est pas infecté secondairement, n'est que très exceptionnellement le point de départ d'une ophtalmie sympathique. Les lésions de désorganisation ancienne du tractus avéat peuvent, au contraire, devenir sympathisantes. L'œil du malade n'a pas été infecté secondairement à la plaie, ni désorganisé ultérieurement. Ce malade n'a pas actuellement de signes de tabes. Son atrophie du nerf optique a cependant la physionomie de l'atrophie tabétique, elle peut provenir d'une autre cause indéterminée. Il n'y a pas, à notre connaissance, de signe certain permettant d'affirmer qu'une atrophie optique est de nature certainement sympathique. Une pareille affirmation ne peut être inscrite dans un rapport médicolique, et être la base d'un jugement. Ce n'est pas aujourd'hui au pouvoir de l'ophtalmologie.

L'atrophie développée sur les deux yeux, sur le compte des corps étrangers.

M. Antonelli présente des radiographies des différents tissus ou segments de l'œil. Ces tissus, y compris les milieux dits transparents, sont tous peu perméables aux rayons X. A égalité d'épaisseur, le tissu cornéen ou celui de la sclérotique, le cristallin ou un segment du nerf optique, ne donnent pas à la radiographie des différences appréciables. La cornée et le cristallin à l'état normal ou bien rendus opaques par le séjour dans l'alcool, donnent la même intensité d'ombres. Nous pourrions bien compenser le défaut de perméabilité des tissus oculaires aux rayons X par la durée de la pose ou par la puissance de l'ampoule; mais, si l'œil ne voit pas ces rayons, la cause essentielle en est bien le défaut de sensibilité de la plaque photographique que la rétine représente, et non pas le défaut de perméabilité des tissus qui se trouvent au devant de cette plaque. Cela nous enlève, malheureusement, tout espoir *de rendre la vue aux aveugles* par les rayons Rœntgen; car l'œil humain, pourvu de cristallin transparent ou cataracté, normal ou opéré de la cataracte, ou atteint de leucome cornéen total, se trouve toujours dans les mêmes conditions d'invisibilité des rayons de Rœntgen.

M. Despagnet. — Bien que la radiographie décèle la présence des corps étrangers, la chirurgie se basera toujours sur les signes cliniques. Je connais un malade porteur depuis des années d'un corps étranger dans la macula et qui n'en a jamais été incommodé.

M. Parent. — Même quand il s'agit d'ophtalmie sympathique, la radiographie ne peut pas guider l'intervention. On n'ira pas enlever un œil, parce qu'il a un grain de plomb. L'œil sympathisant a quelquefois une acuité supérieure à celle de l'œil sympathisé. L'expérience clinique démontre qu'il faut agir avec prudence.

M. Gorecki a eu à se prononcer sur deux cas médico-légaux dans lesquels le traumatisme avait occasionné une atrophie du nerf optique. On doit dans ce cas faire intervenir le traumatisme et les réactions de l'organisme.

M. Morax. — Il n'est pas prouvé qu'une atrophie simple soit le résultat de l'ophtalmie sympathique. Ce n'est pas une maladie inflammatoire à moins qu'il s'agisse d'une névrite.

M. Terson. — Il serait intéressant de savoir s'il ne se produirait pas dans les organes de l'œil des troubles trophiques.

M. Despagnet. — M. Golquie (de Nimes) a relaté le cas d'un homme blessé à l'œil droit par ricochet d'un grain de plomb qui produisit une incision de la cornée. Quinze jours après, l'œil devint douloureux et la perception fut abolie. La vision de l'autre œil s'abaissa à un tiers. Il y avait eu irritation sympathique. A la suite d'une injection sous-conjonctivale de sublimé, l'œil blessé ne fut plus douloureux et l'acuité remonta à 1 dans l'œil sympathisé. Il y a donc des réserves à faire pour l'avenir.

M. Terson. — La radiographie peut être utile pour le diagnostic d'une série d'affections, en particulier des tumeurs de l'orbite, des exostoses. Il y a un grand intérêt à savoir si elles sont pédiculées ou non. Panas a rapporté le cas d'un malade atteint d'exostoses, qu'on n'eût pas opéré si l'on avait pu savoir qu'elles étaient non pédiculées.

M. Pechin. — La radiographie peut permettre de faire un diagnostic topographique exact et guider d'une façon très précise notre intervention, et surtout d'en fixer l'opportunité.

M. Morax demande des renseignements pratiques sur la durée de la pose. Il ne croit pas, d'autre part, qu'on puisse faire un diagnostic précis, comme cela a été déjà constaté pour la tête.

M. Boucheron. — Le point capital de la discussion est de savoir si l'atrophie peut être attribuée à l'ophtalmie sympatique. Un expert sera appelé certainement à décider dans quel sens il faut juger. Chez mon malade, il n'y a aucune trace de névrite. Y a-t-il du tabes? Aucun signe de cette affection n'existe. D'autre part, il n'est pas démontré qu'il s'agisse d'ophtalmie sympathique.

Carcinome métastatique de la choroïde.

M. Chevallereau lit un rapport sur le travail de M. Lagrange (de Bordeaux), dont la compétence en cette matière est connue de tous. L'observation est celle d'une femme atteinte de carcinome du sein ayant plusieurs fois récidivé. Les troubles de la vision survinrent avec des douleurs; tonus + 1; perception lumineuse d'un œil abolie sur l'iris; néoplasme bouclé à bords nets; parenchyme quadruple d'épaisseur. Cristallin transparent, trouble du corps vitré, décollement de la rétine. Les douleurs nécessitèrent l'énucléation. Dans la même année, la colonne vertébrale fut envahie et la malade mourut. Le siège de la tumeur est dans la choroïde et l'iris. L'angle iridochoroïdien est rempli, d'où phénomènes glaucomateux. La couche vasculaire de la choroïde est envahie par une infiltration générale et diffuse. Eléments cellulaires en dégénérescence. Au niveau de la tumeur irienne, mêmes lésions.

M. Lagrange fait l'historique des carcinomes métastatiques, en donne la composition histologique et l'allure clinique. La différence entre le carcinome et le sarcome est suffisamment tranchée. Diagnostic: le sarcome est unilatéral et occupe l'équateur; le carcinome est bilatéral et siège dans la macula. Pronostic: le sarcome est limité, lent; le carcinome plat, diffus, son évolution est rapide. La tuberculose est diffuse, atteint les jeunes sujets dont l'état général est toujours défectueux. L'énucléation s'impose pour éviter les souffrances.

M. Parent. — Ce que M. Lagrange dit du diagnostic différentiel n'est pas absolu. Le carcinome est quelquefois en nappe, franchement étalé, diffus. Il est exceptionnel que le sarcome affecte cette disposition.

M. Chevallereau. — C'est un reproche qu'on peut adresser à tous les diagnostics différentiels.

Koenig.

Académie de Médecine de Belgique. — M. le Dr Van Cauwenberghe est élu membre titulaire de l'Académie royale de Belgique, en remplacement de M. Thiry, décédé. M. Desguin est élu président et M. Hayiot de Trémicourt est élu second vice-président de l'Académie royale de Belgique pour l'année 1898.

© BIU Santé

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr CH. MIRALLIÉ.

XII. — L'aphasie et les autres troubles du langage; par CHARLTON BASTIAN. — Royal College des physiciens de Londres. *The Lancet*, avril et mai 1897.

XII. — La haute compétence de l'auteur, et les nombreux travaux qu'il a publiés sur la question, donnent un intérêt tout spécial au nouveau mémoire qu'il vient de lui consacrer et où il expose sa conception générale de l'aphasie.

Un premier point ressort de l'examen de cet important travail. Bastian admet l'intime union des centres du langage entre eux et le retentissement de la lésion de l'un d'eux sur le fonctionnement des autres. Mais il est à noter que dans son schéma il n'admet pas de communication directe entre le centre de Broca et le centre cheiro-kinesthésique (centre de l'agraphie). Les connexions entre ces deux centres se feraient par l'intermédiaire du centre visuel, qui jouerait auprès du centre cheiro-kinesthésique le même rôle régulateur que le centre de l'audition verbale auprès du centre de Broca.

Existe-t-il un centre de l'agraphie ? Bastian l'admet et lui donne le nom de centre cheiro-kinesthésique. « Ce centre serait identique au centre de Broca, et, si l'on admet celui-ci, il est impossible de ne pas admettre celui-là et pour les mêmes raisons. Ce centre est identique à celui des autres mouvements volontaires simples ou compliqués ». Bastian nous semble ici faire une confusion contre laquelle nous nous étions efforcés de mettre en garde. Que par l'habitude il s'établisse entre les cellules qui président aux mouvements ordinaires des doigts, des connexions qui rendent le mouvement de l'écriture plus facile (comme l'habitude rend tous les mouvements quelconques de la vie plus faciles et plus parfaits), rien de mieux, et personne ne l'a jamais contredit. Mais là n'est pas la question. Il s'agit de savoir s'il existe des images motrices graphiques analogues aux images visuelles, auditives et motrices d'articulation. Existe-t-il comme pour la zone visuelle, par exemple, des images spécialisées en vue du langage et distinctes par suite de toutes les sensations visuelles, images rappelant immédiatement la notion du mot par éveil des autres images du mot? Voilà ce qui reste tout entier à démontrer.

L'assimilation *a priori* des centres de l'agraphie et de Broca est inadmissible. On peut écrire par un point quelconque du corps, moins facilement sans doute qu'avec la main, par manque d'habitude, mais en utilisant les prétendues images graphiques de l'écriture qui vont actionner le centre moteur utilisé par cette écriture anormale. Pour parler, au contraire, nous avons un appareil spécialisé uniquement dans ce but, et nul ne peut parler en dehors de et sans son larynx.

Bastian maintient que le centre visuel des mots ne peut pas agir directement sur le centre moteur de la moelle. Mais jamais personne n'a soutenu cette théorie, et nous admettons que les mages visuelles, que nous reproduisons en écrivant, vont actionner les cellules *corticales* des centres du doigt dans l'écriture normale, du pied, du coude, de la tête, quand nous écrivons avec le pied, avec le coude ou un crayon entre les dents.

Enfin, Bastian n'admet pas comme démontré que la destruction du centre de Broca entraine toujours l'agraphie. Mais à l'appui de cette opinion il ne donne pas d'observation suivie d'autopsie. Aussi, quand il se demande : « Existe-t-il un centre de l'écriture différent du centre général des doigts et de la main », répond-il « qu'une localisation spéciale, soit celle d'Exner, soit une autre n'est pas suffisamment prouvée; mais, théoriquement, ce centre doit exister ».

La question reste donc entière. L'auteur n'apporte aucune preuve anatomo-pathologique nouvelle et se base uniquement sur les observations anciennes, dont aucune n'est indiscutable.

XIII. — De la nature de l'épilepsie; par HALLAGER. — Soc. Edit. scientif., 1897.

XIII. — L'anémie subite et intense des centres nerveux produit l'attaque complète d'épilepsie; l'anémie moins subite et moins intense provoque des attaques incomplètes, consistant seulement ou presque uniquement en une perte de connaissance. Quand ces attaques sont accompagnées de convulsions localisées c'est que quelques-uns des centres moteurs sont plus excitables que les autres. Qu'il s'agisse de l'épilepsie essentielle, de l'épilepsie jacksonnienne ou de l'épilepsie réflexe, cliniquement il n'y a entre ces variétés que des différences de degré d'action de l'agent irritatif; mais toujours la pathogénie est le même, l'anémie cérébrale. Dans tous les cas l'attaque est le produit de deux facteurs, l'irritation et l'irritabilité ; telle irritation donnera chez un malade peu irritable une attaque légère, et chez un individu à irritabilité excessive une attaque de grand mal. L'état psychique post-épileptique dépend en partie de la forme et de l'intensité de l'attaque, en partie de la prédisposition de l'individu, c'est-à-dire de ses centres corticaux. La parésie post-épileptique dépend de ses centres moteurs; la production d'ecchymoses, de l'état antérieur des vaisseaux sanguins; la polyurie et l'albuminurie de l'état des reins. En somme, il n'y a qu'une seule variété de phénomènes épileptiques qui tous trouvent leur explication dans la théorie de l'anémie.

XIV. — L'Epilepsie; par Jules VOISIN. — Félix Alcan, 1897.

XIV. — Ce livre est le compte rendu de leçons faites à la Salpêtrière. A la tête d'un remarquable service d'épileptiques, l'auteur a pu vérifier tout ce qu'il décrit et enrichir le sujet d'expériences intéressantes, faites en collaboration avec ses internes Péron et R. Petit, et qui jettent un nouveau jour sur ce sujet encore si obscur.

L'épilepsie n'est pas une entité morbide mais un syndrome comprenant 4 groupes de symptômes : groupes moteur, sensoriel, viscéral et psychique. Ces quatre groupes peuvent être réunis chez le même individu qui a alors des accès complets d'épilepsie; si deux groupes se trouvent réunis, les accès sont incomplets; avec totalité ou partie d'un seul groupe l'épilepsie est larvée.

Après une étude symptomatologique très complète, enrichie de nombreuses observations, l'auteur insiste sur ses recherches personnelles. L'urine hypotoxique avant et pendant les accès, présente après l'accès une hypertoxicité considérable; en même temps la tension artérielle abaissée dans le paroxysme, s'élève dès que commence la période de stertor (contrairement à l'opinion de Féré); le sang noir et poisseux se coagule rapidement. Que l'on joigne les signes de l'embarras gastrique si fréquent chez les épileptiques et l'on verra que les symptômes de l'épilepsie ont la plus grande analogie avec les intoxications. L'intoxication relèverait d'un poison convulsivant, qui diffusé dans l'organisme par le torrent circulatoire, viendrait irriter les cellules nerveuses de l'encéphale et de la moelle et déterminerait l'ensemble des symptômes comitiaux ; mais outre l'intoxication qui ne saurait expliquer l'épilepsie traumatique et l'épilepsie partielle, l'élément dominant est la prédisposition héréditaire, c'est-à-dire un état particulier de la cellule nerveuse. Sans cette prédisposition héréditaire, il n'y a pas d'épilepsie. Et cette prédisposition peut-être mise en jeu par l'intoxication dans l'épilepsie essentielle, par un trauma, une lésion cérébrale, une influence physique ou morale. La cellule, en équilibre instable, est modifiée dans son fonctionnement par cette excitation et réagit d'une manière convulsivante.

L'auteur discute longuement cette pathogénie toxique qui lui permet d'expliquer toute la symptomatologie de la maladie. Après deux longs chapitres, très complets et très étudiés, sur le diagnostic et le traitement, M. Voisin consacre quelques pages à la médecine légale de l'épilepsie. Tel est le résumé trop succinct de cette œuvre personnelle et très originale, intéressante bien que discutable à quelques égards.

XV. — Recherches sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie (*Compte rendu du service des enfants arriérés et idiots de Bicêtre pour* 1896) ; par BOURNEVILLE. — *Progrès médical*, 1897.

XV.— Fidèle à la tradition qu'il s'est imposée, M. Bourneville livre au public médical l'histoire de son service pendant l'année écoulée, avec les observations cliniques les plus intéressantes et les travaux originaux inspirés à ses collaborateurs. Ce dix-septième volume de la collection renferme des renseignements très importants sur les études favorites de l'auteur.

La première partie du volume est consacrée à l'étude de la

© BIU Santé

situation du service de Bicêtre et de la fondation Vallée avec les résultats obtenus dans l'instruction générale et professionnelle des enfants. Ces résultats très encourageants justifient les améliorations matérielles apportées dans le service et qui toutes concourent à obtenir encore de meilleurs résultats.

La seconde partie comprend les travaux anatomo-cliniques du service où l'on remarque la façon scrupuleuse et minutieuse avec laquelle sont prises les observations.

La première concerne un jeune enfant atteint, à 9 ans, de maladie de Morvan et d'hémiplégie cérébrale infantile. Ce cas est des plus intéressants par l'âge peu avancé où la maladie est apparue.

Cinq observations d'idiotie par lésion du cerveau et des méninges complètent les travaux précédents de l'auteur sur ce sujet. Mais c'est surtout au myxœdème et à son traitement qu'il continue à donner une attention toute spéciale. Après avoir étudié un des premiers, au point de vue clinique, l'idiotie myxœdémateuse, il a su expérimenter scientifiquement et sur de larges bases l'influence du corps thyroïde sur son évolution. Par leur abondance, par la précision des détails, par la richesse des renseignements, les faits de M. Bourneville sont de tout premier ordre. C'est à lui et à ses collaborateurs que l'on doit en outre des renseignements précis sur l'état du sang et des urines chez les myxœdémateux.

A plusieurs reprises, M. Bourneville a appelé l'attention sur le rôle néfaste, au point de vue du développement cérébral, de l'alcoolisme des parents et des enfants. De nouvelles observations viennent confirmer pleinement les conceptions premières de l'auteur. Une observation entre autres se recommande par le résultat remarquable du traitement médico-pédagogique.

A côté d'un cas d'hémiplégie cérébrale infantile se trouve un fait de maladie de Little. On voit par ce trop court résumé que rien de ce qui touche à la pathologie nerveuse de l'enfance n'est indifférent à l'auteur dont les travaux sont remarquables par la précision et le détail des observations.

XVI. — Étiologie de la paralysie progressive, et en particulier de ses rapports avec la syphilis; par HOUGBERG. — Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd L.

XVI. — Ce travail statistique est basé sur une série de 107 cas étudiés par l'auteur à l'asile Lappriks de Helsingfors. Sur 1.520 malades admis à l'asile en l'espace de 18 ans, 107 étaient atteints de paralysie générale, soit 7,03 0/0. Ces 107 malades comprenaient 98 hommes et 9 femmes. La syphilis a été décélée certainement chez 81 malades, soit 75,7 0/0; 12 autres (soit 11 0/0) avaient eu des affections vénériennes; 14 seulement (soit 13 0/0) ne présentaient aucune affection de ce genre. En d'autres termes, chez 86,9 0/0 des paralytiques généraux la syphilis est certaine ou vraisemblable, tandis que chez les autres aliénés (1.413) qui ont passé à l'asile dans le même temps on ne relève la syphilis que 60 fois, soit 4,24 0/0. C'est d'ordinaire dans les 5-15 ans qui suivent l'infection syphilitique que la paralysie générale apparaît, d'ordinaire de 30 à 45 ans. Le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale est donc considérable; à côté jouent un rôle la prédisposition héréditaire, les causes psychiques, l'alcoolisme, les excès vénériens et le trauma. La syphilis n'imprime aucun caractère spécial à la maladie et le traitement spécifique est sans action sur elle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE, — *Elections.* — Par 66 voix sur 68 votants M. PANAS est élu vice-président pour l'année 1898. M. VALLIN est élu secrétaire annuel par 60 voix contre 4 à M. Cadet de Gassicourt, démissionnaire, et 2 bulletins blancs. MM. MATHIAS-DUVAL et A. GAUTIER sont élus membres du Conseil.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Réserve.* — Nominations au grade de médecin de 1re classe : MM. les Drs Borély et Vancel, médecins de 1re classe de la marine, en retraite.

LES MÉDECINS DE NUIT A PARIS. — Sur le rapport de M. Ed. Gibert, le Conseil municipal de Paris a fixé au taux minimum de 10 francs le prix des visites des médecins du service médical de nuit pour le 3e trimestre 1897.

THÉRAPEUTIQUE

Le lait de céréales.

Depuis quelque temps, M. le Dr A. Llobet (de Buenos-Ayres) se livre à des recherches d'une façon toute spéciale sur un nouveau produit alimentaire, le *Lait de Céréales*, sur lequel on a déjà commencé à attirer l'attention du corps médical en Europe.

Cette substance est extraite des céréales et en particulier du maïs en graines pas trop mûres.

Grâce au système de préparation adopté, on a réussi à enlever aux graines les matières non assimilables par le corps humain. Le résidu de cette opération est une pâte semi-fluide, d'une digestion extraordinairement facile.

L'analyse de cette substance, qui a été pratiquée à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, a démontré que la pâte contient 5.83 0/0 de matières protéiques, en dehors des principes enlevés, inutiles à la nutrition.

Il est évident que, dans de telles conditions, le Lait de Céréales peut servir de base économique et de complément aux divers extraits de viande, bien moins riches en azote.

VARIA

Hôpitaux de Paris.

Concours de l'Externat.

Voici la liste complète des questions données à ce concours:

ANATOMIE. — Surfaces articulaires et ligaments de l'épaule. — Maxillaire inférieur. — Muscle psoas-iliaque. — Articulation tibio-tarsienne. — Nerf cubital. — Parois osseuses des fosses nasales, — Muscles masticateurs. — Artère poplitée et ses branches. — Péroniers latéraux. — Tronc cœliaque et ses branches. — Veines jugulaires. — Nerf radial. — Ligaments et synoviale de l'articulation du genou. — Nerf médian. — Configuration extérieure et rapports de l'œsophage. — Muscles de la main. — Muscles de la région antéro-latérale de l'abdomen. — Artère fémorale et ses branches. — Os iliaque. — Artères de la jambe et du pied. — Sciatique poplité externe et sciatique poplité interne. — Parois osseuses de l'orbite. — Calcanéum et astragale. — Articulation temporo-maxillaire. — Vulve et vagin. — Articulations occipito-atloïdienne atloïdo-axoïdienne. — Oreillette et ventricule droit. — Région anale.

PATHOLOGIE. — Le pansement aseptique et antiseptique. — Causes et symptômes de la péritonite aiguë. — Symptômes et marche de la pneumonie franche. — Panaris. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Manière de faire une autopsie. — Ascite. — Symptômes, complications et diagnostic du rhumatisme articulaire aigu. — Symptômes de la tuberculose pulmonaire chronique. — Fractures de côtes. — Signes et complications de l'érysipèle. — Des différents modes d'anesthésie générale et locale. — Causes et signes de la fièvre typhoïde. — Examen clinique des urines. — Fractures de la rotule. — Hydarthrose. — Epistaxis. — Cathétérisme évacuateur de l'urètre. — Hydrocèle. — Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique. — Varices. — Saignée (indications et manuel opératoire). — Fractures de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe. — Les lavements. — Fistules à l'anus. — Toucher rectal. — Délivrance.

Exposition de 1900.

Comité d'Admission d'Installation de la Classe 16 (*Médecine et Chirurgie*).

Bureau. — M. le Pr BERGER, ancien rapporteur de l'Exposition de 1889, président. — M. COLLIN, fabricant d'instruments de chirurgie, membre du jury de l'Exposition de 1889, vice-président. — M. le Dr TUFFIER, rapporteur. — M. LECLERC, pharmacien, *secrétaire* (1).

Membres du Comité. — MM. Camille Badin, appareils de chirurgie herniaire (maison Badin frères, hors concours,

(1) M. le Dr Marcel Baudouin a décliné toute candidature.

© BIU Santé

Paris 1889), place Esquirol, 36, à Toulouse (Haute-Garonne). — Le Dr Marcel Baudouin, Directeur de l'Institut de Bibliographie et de l'Agence de la Presse scientifique, 93, boulevard Saint-Germain. — Le Dr Paul Berger, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine (jury, Paris 1889), rue de Bourgogne 16. — Félix Berguerand fils, caoutchouc manufacturé, rue des Archives, 72. — Le Dr Arthur Charpentier, membre de l'Académie de Médecine, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, président de la Société de Médecine légale de France, rue Miromesnil, 66. — Le Dr Jules Chauvel, membre de l'Académie de Médecine, médecin inspecteur de l'armée, directeur du service de santé militaire de Paris, rue de Verneuil, 44. — Victor Clerget, trésorier de la Société de secours mutuels des ouvriers en instruments de chirurgie, conseiller prud'homme, rue de Buci, 40. — Anatole Collin, instruments de chirurgie (comités, jury, Paris 1889), rue de l'Ecole-de-Médecine, 6. — Le Dr André-Victor Cornil, sénateur de l'Allier, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine, rue Saint-Guillaume, 19. — Le Dr Bernard Cunéo, inspecteur général du service de santé de la Marine, président du Conseil supérieur de santé au Ministère de la Marine, rue Godot-de-Mauroi, 15. — Le Dr Dehenne, oculiste, rue de Berlin, 34. — Le Dr Georges Dieulafoy, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine, avenue Montaigne, 38. — Alexandre Dupont, tables d'opérations, lits, fauteuils et brancards mécaniques, rue Hautefeuille, 10. — Le Dr Georges Félizet, chirurgien de l'hôpital Tenon, enfants malades, rue d'Amsterdam, 93. — Achille Flicoteaux, ingénieur des arts et manufactures, mobilier pour salles d'opérations, rue du Bac, 83. — Le Dr Alfred Fournier, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine, rue Volney, 1. — Le Dr Victor Galippe, dentiste des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine, place Vendôme, 12. — Le Dr Fernand Gendron, instruments de chirurgie, à Bordeaux (Gironde). — Le Dr Jules Glover, maladies du larynx, du nez et des oreilles, rue du Faubourg-Poissonnière, 37. — Léon Gosselin, pansements aseptiques et antiseptiques (de la maison Froger et Gosselin, médaille d'or, Paris 1889), à Saint-Rémy, par Clécy (Calvados) et boulevard Bonne-Nouvelle, 8. — Le Dr Guyon, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, rue Roquépine, 11 *bis*. — Le Dr Marc Jousset, homéopathie, médecin des hôpitaux, boulevard Saint-Germain, 241. — Le Dr Frédéric Labadie Lagrave, médecin des hôpitaux, avenue Montaigne, 8. — Le Dr Louis Landouzy, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine, rue Chauveau-Lagarde, 4. — Le Pr Odilon Lannelongue, membre de l'Institut, député du Gers, professeur à la Faculté de Médecine, rue François Ier, 3. — Théophile Leclerc, objets stérilisés pour opérations, rue Vignon, 10. — Le Dr Le Dentu, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux, rue du Général-Foy, 27. — Philippe Lépine, instruments de chirurgie, place des Terreaux, 14, à Lyon (Rhône). — Jean Mariaux, instruments de chirurgie (médaille d'or, Paris 1878 ; grand prix, Paris 1889), boulevard Saint-Michel, 41. — Le Dr Louis Martin, attaché à l'Institut Pasteur, rue Dutot, 25. — Raoul Mathieu, instruments de chirurgie (comités, grand prix, Paris 188), boulevard Saint-Germain, 113. — Le Dr Charles Monod, membre de l'Académie de Médecine, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue Cambacérès, 12. — Le Dr Photino Panas, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine, rue de Berri, 6. — Le Dr Samuel Pozzi, membre de l'Académie de Médecine, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, place Vendôme, 10. — Le Dr Charles Richet, professeur à la Faculté de Médecine, rue de l'Université, 15. — Le Dr Albert Robert, médecin principal, professeur à l'École de Médecine du Val-de-Grace, membre du Comité technique de santé, rue Saint-Jacques, 338. — Jules Talbich, modeleur d'anatomie en cire à la Faculté de Médecine (comités, Paris 1878; comités, médaille d'or, Paris 1889), boulevard Saint-Germain, 97. — Le Dr Félix Terrier, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine, rue de Copenhague, 3. — Le Dr Paul Tillaux, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine, boulevard Saint-Germain, 189. — Gustave Tramond, anatomie, ostéologie (grand prix, Paris 1889), rue de l'Ecole-de-Médecine, 9. — Le Dr Théodore Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, avenue Gabriel, 42. — Le Dr Vuillemin, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, rue d'Armance, 16, à Malzéville (Meurthe-et-Moselle). — Le Dr Georges Wickham, chirurgien herniaire adjoint au maire du IIe arrondissement, président de la Société protestante du travail (comités, jury, Paris 1889), rue de la Banque, 16.

Exposition centenale. — Sont nommés *membres de la sous-commission chargée de l'installation de l'Exposition centenale*, en dehors des membres du bureau, qui en font partie de droit :

MM. Mathieu. — Dupont. — Charpentier. — Labadie-Lagrave. — Cunéo. — Robert. — Panas. — Guyon. — Talrich. — Galippe.

On remarquera, sans étonnement, que le professeur d'appareils de la Faculté de Médecine, qui est en train d'organiser un *Musée d'Appareils et de Médecine opératoire*, ne fait pas partie de cette sous-commission. — Personne n'a songé à lui.

Bureau de la Classe 3 (Enseignement supérieur. Institutions scientifiques). — Président : M. O. Gréard, de l'Académie française, vice-recteur de l'Académie de Paris ; vice-président : M. J. Darboux, doyen de la Faculté des Sciences ; rapporteur : M. Angot, professeur à l'Institut agronomique ; secrétaire : M. Gauthier-Villars, éditeur.

L'Assistance publique à l'Exposition de 1900.

Voici les renseignements qui se rapportent à l'Assistance publique :

Dans la classe d'*Assistance publique*, c'est-à-dire la Classe 111, on trouvera tous les *Documents historiques et législatifs*, relatifs à l'organisation matérielle de l'Assistance, aux modes actuels d'assistance (par l'Etat ; par les régions ; provinces, départements, cantons, etc., par les paroisses ; par les communes, par des œuvres privées) ; à la législation (Voies et moyens), au régime financier.

Pour la *Protection et l'Assistance de l'Enfance*, à noter l'organisation générale de la protection et de l'assistance de l'enfance, la protection et l'assistance de l'enfant avant la naissance (par la protection et l'assistance de la mère), les ouvroirs-asiles, la mutualité maternelle, les maternités secrètes ; les maternités ordinaires ; les maisons de convalescence ; la protection et assistance de l'enfance après la naissance (crèches, institutions pour les enfants du premier âge, les enfants trouvés, les enfants abandonnés, les enfants moralement abandonnés, les orphelins) ; l'assistance des enfants malades ou infirmes (dispensaires, hôpitaux, hospices, etc.)

Pour l'*Assistance des Adultes*, l'assistance des valides ; l'assistance mutuelle, les bureaux de bienfaisance ; l'assistance par le travail, l'hospitalité de nuit, les dépôts de mendicité ; l'assistance des malades ; l'assistance à domicile, la médecine gratuite ; les hôpitaux (législation, organisation matérielle, service de médecine, services de chirurgie, services spéciaux des contagieux ; l'assistance des vieillards, assistance familiale ; asiles et fermes rurales ; hospices, etc.

Pour l'*Assistance des Aliénés*, les asiles publics et privés, les quartiers d'hospices ; les maisons de santé ; l'assistance dans les colonies agricoles, les institutions spéciales pour les enfants idiots et épileptiques : les moyens d'éducation.

Pour l'*Assistance des Aveugles*, l'assistance par l'instruction (écoles) ; l'assistance par le travail (ateliers d'aveugles).

Pour l'*Assistance des sourds-muets*, l'assistance par l'instruction (écoles), l'assistance par le travail (ateliers de sourds-muets).

Pour les *Monts-de-Piété* (Législation et organisation matérielle).

Pour le *Personnel des établissements de bienfaisance*, les écoles d'infirmiers et d'infirmières, etc.

La classe 120 a trait spécialement à l'*hygiène et au matériel sanitaire militaire* (Service de santé de l'armée de terre en temps de paix et en campagne). On y trouvera tout ce qui a trait au matériel et aux procédés d'évacuation des blessés, aux sociétés de secours aux blessés, aux filtres et autres appareils d'épuration des eaux, pour armées, etc., etc.

Assainissement de la Seine.

Le journal l'*Aurore* (9 décembre) dit que, en 1698, un étranger de séjour à Paris, écrivait ces lignes : « M. Geoffroy, qui, en raison de ses fonctions de magistrat, possède une conduite d'eau dans sa cour, prend certaines précautions au sujet de l'eau de Seine et ne la boit que quand elle a été filtrée au travers d'une *couche de sable* épaisse de trois pieds, disposée dans un grand réservoir, de cette façon on boit de l'eau claire, fraîche et sans doute plus salubre.

« Il n'y a rien de nouveau sous.... les ponts de la Seine. »

Ce M. Geoffroy employait le meilleur filtre, c'est-à-dire une couche épaisse de sable.

L'auteur de l'article, parlant de l'épuration des eaux d'égout dans la presqu'île de Gennevilliers, ajoute : « Ces eaux ont beau être limpides et contenir peu de microbes, il serait plutôt désagréable de n'avoir rien d'autre à boire. »

Telle n'est pas l'opinion des agents de la Ville et d'un certain nombre d'ouvriers qui préfèrent, à l'eau des puits, l'eau claire et limpide du drain des Grésillons. On nous a même affirmé qu'un marchand de vins du voisinage s'en approvisionnait régulièrement et la servait comme eau... minérale. B.

© BIU Santé

Anthropométrie rétrospective.

La semaine dernière on a jugé bon d'aller rendre une visite officielle aux squelettes de J.-J. Rousseau et de Voltaire. Les mânes de ces deux grands morts ont dû être surpris et le Panthéon n'avait, sans doute, jamais été à pareille fête. On avait même requis, pour la circonstance, un illustre chimiste, ancien ministre des affaires étrangères, et un chirurgien des hôpitaux, sans compter d'autres médecins. — On semble, au dire des journaux, n'avoir oublié que les représentants de l'Ecole d'Anthropologie. Ils auraient pourtant rendu —et M. Manouvrier, entre autres,—aux médecins qui ont mesuré les os, quelques petits services. On a beau être médecin ou chimiste; on peut n'être pas apte à examiner des crânes ! — Et d'ailleurs, puisque la Presse politique avait été convoquée au grand complet, pourquoi avoir oublié la seule Presse compétente, qui n'a reçu aucune invitation, comme d'habitude d'ailleurs? — On a souvent besoin d'un plus petit que soi !

M. B.

Enseignement médical libre.

Electrothérapie. — M. L.-R. Regnier.—Les samedis, à 5 heures, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité.

FORMULES

XXXIII. — Suppositoires contre la dysenterie des enfants. (M. T. Guida).

Sulfate neutre d'alumine et de potasse	0 gr. 20 centigr.
Acétate de plomb	0 — 05 —
Beurre de cacao	20 grammes.
Cire fondue	XX gouttes.

Mêlez et divisez en dix suppositoires. — Introduire un suppositoire toutes les trois à quatre heures.

XXXIV. — Solution pour l'anesthésie de l'urètre au moyen d'injections rectales. (M. Scharff).

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 15 centigr.
Sulfate d'atropine	0 — 005 milligr.
Eau distillée	50 grammes.

F. S. A. — Usage externe.

Une injection intrarectale de 2 à 4 grammes de ce liquide aurait pour effet d'insensibiliser complètement l'urètre postérieur.

XXXV. — Solutions pour le traitement des formes graves de trachome par l'iodure d'argent à l'état naissant. — (M.-S.-L. Vassilenko).

Iodure de potassium, Eau distillée	ââ 6 grammes.
Glycérine	12 —

F. S. A. — Usage externe.

Nitrate d'argent cristallisé, Eau distillée	ââ 6 grammes.
Glycérine	12 —

F. S. A. — Usage externe.

XXXVI. — Mélange contre la blennorrhagie à gonocoques (M. Duquaire).

Salicylate de méthyle pur	2 grammes.
Sous-nitrate de bismuth	20 —
Huile de vaseline	100 —

Mêlez. — Usage externe.

XXXVII. — Pommade contre la pelade (M. Balzer).

Précipité jaune	2 grammes.
Fleur de soufre	4 —
Huile de cade	15 —
Vaseline	30 —

Mêlez. — Usage externe.

Le patient applique cette pommade sur les parties atteintes, le soir avant de se coucher.

XXXVIII. — Pilules pour le traitement des exsudats péri-utérins et pelvipéritonitiques (M. N. Maldaresco.)

Iodol	6 grammes.
Poudre et extrait de réglisse	Q. S.

F. S. A. 60 pilules. — A prendre : deux à cinq pilules matin et soir. (*Sem. Méd.*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 5 au samedi 11 décembre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.123, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 420, illégitimes, 176. Total, 596 — *Sexe féminin* : légitimes, 392, illégitimes, 166. Total, 558.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 au samedi 11 décembre, 1897, les décès ont été au nombre de 985, savoir : 517 hommes et 468 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 1, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 3, T. 6. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 1, F. 1, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 1, T. 3. — Grippe : M. 1, F. 5, T. 6. — Phtisie pulmonaire : M. 110, F. 75, T. 185. — Méningite tuberculeuse : M. 11 F. 6 T. 17. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 14, T. 32. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 3, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 27, F. 35, T. 62. — Méningite simple : M. 7, F. 13, T. 20. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 25, F. 28, T. 53. — Paralysie, M. 1, F. 4, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 4, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 41, F. 30, T. 71. — Bronchite aiguë : M. 16, F. 10, T. 26. — Bronchite chronique : M. 14, F. 16, T. 30 — Broncho-pneumonie : M. 28, F. 21, T. 49. — Pneumonie : M. 22, F. 27, T. 49. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 15, F. 34, T. 49. — Gastro-entérite, biberon : M. 13, F. 7, T. 20. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 4, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 17 F. 11, T. 28. — Sénilité : M. 15, F. 34, T. 49 — Suicides : M. 16, F. 3, T. 19. — Autres morts violentes : M. 10, F. 4, T. 14 — Autres causes de mort : M. 83, F. 65, T. 148. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 4, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 93, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 16. Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 21. Total : 46.

Facultés de Médecine. — *Concours d'Agrégation* (*Médecine*).—Séance du 15 décembre. Claisse : *Encéphalopathie saturnine*. Dupasquier : *Hémoptysie tuberculeuse*. Cabannes : *Accès de goutte*. — Séance du 16 décembre. Lion : *Complications du diabète*. Tessier : *Hémiplégie spinale*. Courmont : *Marche et diagnostic de la paralysie générale*. — Séance du 17 décembre. Thiroloix : *Syphilis hépatique*. Hobbs : *Chorée*. Raymond : *Cancer des voies biliaires*.

Faculté de Médecine de Lyon. — La Faculté de Médecine de Lyon a décerné les récompenses suivantes aux meilleures thèses soutenues pendant l'année scolaire 1896-97 : *Médailles d'argent* : MM. Bérard, Ch. Bonne et Courmont. *Médailles de bronze* : MM. Barjon, Dumarest, Gayet, Langlois, Regaud, Theaubon et Vanthey. *Mentions honorables* : MM. Bec, A. Bonne, Bonnifay, Danis, Déjouany, Dupuis, Jardon, Perrin, Pinet, Sacquepée et Tasti.

Ecole de Médecine d'Amiens. — M. le Dr Decamps, suppléant, est chargé, pour la présente année scolaire, d'un cours de pathologie médicale.— Un concours s'ouvrira, le 9 juin 1898, pour l'emploi de chef de travaux d'anatomie et d'histologie.

Ecole de Médecine de Grenoble. — M. Bordier, professeur d'histoire naturelle, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole. — Un concours s'ouvrira, le 20 juin 1998, devant la Faculté de Médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine de Grenoble.

Ecole de Médecine de Reims. — M. le Dr Simon est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de Médecine de Rouen. — M. le Dr Jeanne est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Société de Médecine de Paris. — La Société de Médecine de Paris vient de renouveler son bureau pour l'année 1898. Ont été nommés : président : M. A. Voisin ; vice-président : M. L. Julien ; secrétaire général : M. Martin-Durr ; secrétaires annuels : MM. Mouzon et Sibut.

La Loi sur la Santé publique au Sénat. — L'ordre du jour du Sénat a appelé la suite de la première délibération sur le projet de protection de la santé publique. Les articles 24, 25, 26

© BIU Santé

et 27 avaient été renvoyés à la commission avec un certain nombre d'amendements. La commission a présenté un nouveau texte. M. Cornil, rapporteur, a exposé la nouvelle économie de la loi et ajouté que la commission a, dans une plus large mesure, donné satisfaction aux auteurs des amendements, notamment à M. Volland qui avait demandé la suppression de l'inspectorat et le retour à la juridiction du Conseil d'État et du Conseil de préfecture. Les articles ont été adoptés. Le Sénat a décidé qu'il passera à une deuxième délibération.

Société médicale du IXe Arrondissement. — Dans sa séance du 9 décembre, cette Société a ainsi renouvelé son bureau pour 1898 : Président, M. P. Garnier; vice-président, M. R. Jamin; secrétaire général, M. Ozenne; secrétaire adjoint, M. Dagron; trésorier, M. Duboys de Lavigerie; secrétaires des séances, MM. Duvau et Millon.

Service de Santé militaire. — M. Boucher, médecin-major de 2e classe au 109e régiment d'infanterie, est affecté pour ordre à l'hôpital militaire de Rennes. Sibut, pour le régiment de sapeurs-pompiers, à Paris. Vialaneix, pour le 109e d'infanterie.

Affectations. — Ont été désignés pour les postes ci-après : MM. les médecins principaux de 1re classe Du Cazal, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Nice; Delmas, directeur du service de santé du 10e corps d'armée, à Rennes.—MM. les médecins-majors de 1re classe Gouell, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Avignon; Dardignac, affecté, pour ordre, aux salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens; Cassedebat, désigné pour le 86e d'infanterie; De Santi, pour le 38e d'artillerie; Salle, pour le 76e d'infanterie. — MM. les médecins-majors de 2e classe Legagneur, affecté au 2e zouaves; De Peyret, pour le 19e dragons; Baudisson, pour le 80e d'infanterie; Sanglé-Ferrière, pour le 82e d'infanterie; Perret, pour le 17e d'infanterie; Prieur, pour le 51e d'infanterie; Guérin, pour le 5e chasseurs à cheval; Astier, pour le 9e dragons; Kraus, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Cherpitel, pour le 20e bataillon de chasseurs à pied; Chevassu-Périgny, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Pierron, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Gary, pour le 4e chasseurs d'Afrique; De Vernejoul, pour le 68e d'infanterie; Niclot, pour le 16e dragons; Sire, pour le 106e d'infanterie; Biscons, pour le 142e d'infanterie. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Cultin, pour le 2e d'artillerie; Meyer, pour le 7e cuirassiers; Saltet, pour le 2e du génie; Galley, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Gautrand, pour le 12e d'infanterie. — MM. les médecins aides-majors de 2e classe Aldhuy, pour le 138e d'infanterie; Ardouin, pour le 11e d'infanterie; Paul, pour le 116e d'infanterie; Taste, pour le 64e d'infanterie; Le Bihan, pour le 86e d'infanterie; Pélissié, pour le 4e cuirassiers; Angué, pour la place et l'hôpital militaire de Briançon.

Modifications apportées aux dispositions relatives au personnel enseignant de l'Ecole du Val-de-Grâce. — Par décret en date du 29 novembre 1897, les décrets du 22 novembre 1887 et du 25 février 1889 portant réorganisation de l'Ecole du Val-de-Grâce sont modifiés ainsi qu'il suit en ce qui concerne les paragraphes relatifs au personnel de l'enseignement et numérotés 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 6°; « 1° Un professeur et un agrégé. — Maladies et épidémies des armées; 2° un professeur et un agrégé. — Chirurgie d'armée et blessures de guerre; 3° un professeur et un agrégé. Anatomie chirurgicale, opérations et appareils; 4° un professeur et un agrégé. — Diagnostic chirurgical spécial (yeux, oreilles, larynx, dents), manœuvres d'ambulances, pansements et appareils en campagne; 5° un professeur et un agrégé. — Hygiène; 6° un professeur et un agrégé. — Médecine légale, législation, administration et service de santé militaire; 7° un professeur et un agrégé. — Chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie. »

Service de Santé de la Marine. — *Promotions au grade de médecin principal* : M. Machenaud. *Au grade de médecin de 1re classe* : M. Onimus. — Le Ministre de la Marine a accordé un *témoignage officiel de satisfaction*, pour acte de courage et de dévouement, à MM. les Drs Waquet (de Lorient) et Lassime (de Port-Louis).

Etablissement d'Indret. — M. le médecin de 2e classe Reygondaud est mis en route pour rallier Lorient, son port d'attache, sa présence à Indret n'étant plus nécessaire par suite du retour de M. le médecin de 2e classe Estrade, dont le congé de deux mois est expiré.

Hôpitaux de Paris. — *Concours des prix de l'internat (médaille d'or : Médecine).* — Epreuve écrite : *Faisceau pyramidal; des contractures.* Ont obtenu : MM. Josué, 28. Labbé, 29. Hallé, 26. Ramond, 28. A la suite de ce concours la médaille d'or a été décernée à M. M. Labbé; la médaille d'argent à M. Josue; l'accessit à M. F. Ramond.

Concours des prix de l'internat (Médaille d'or : Chirurgie). — Le jury est constitué de la manière suivante : MM. Bouchard, Monod, Marchand, Picqué, Chevallier. — Epreuve du Mémoire. Ont obtenu : MM. Batigne, 26. Pasteau, 29. Vauverts, 28. Mouchet, 28. Fredet, 27. Wiart, 27.

Hôpitaux de Poitiers. — Le *Concours de l'Internat* s'est terminé par les nominations suivantes : Internes, MM. Fradin et Rivaud; interne provisoire, M. Mesmin.

Hôpitaux de Grenoble. — Le concours pour deux places de médecins-adjoints s'est terminé par la nomination de MM. les Drs Gibert et Jacquemet.

Hôpitaux d'Angers. — M. le Dr Jagot a été nommé médecin en chef, en remplacement de M. Douet, atteint par la limite d'âge et nommé médecin honoraire. — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint s'est terminé par la nomination de M. le Dr A. Boquel. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : *Internes* : MM. Morinière, Turlais, Canonne et Bézier. *Internes provisoires* : MM. Perros, Malécot, Repussard et Jousselin.

Hôpitaux d'Ajaccio. — On écrit d'Ajaccio que M. Cassagneau, préfet de la Corse, présidera très prochainement une réunion du Conseil dA'dministration, où sera examinée la question de la désaffectation de l'hospice civil et de l'hôpital militaire et de la création d'un hôpital mixte qui serait construit aux abords de la ville. A cette réunion seront sans doute examinés les plans élaborés par Napoléon Ier, qui sont conservés aux archives de la ville. Ces plans, accompagnés de documents, portent que les hôpitaux civils, militaires et mixtes, devront former un vaste quadrilatère, comprenant trois corps de bâtiments parfaitement éloignés les uns des autres, mais réunis par des galeries vitrées. Le site est également désigné; c'est celui que l'on choisira sans doute, l'Oliveto, présentant en effet toutes les conditions requises par l'hygiène et la médecine actuelle. Les hôpitaux désaffectés serviraient à la création d'un casino et d'un grand hôtel qui donneraient plus d'extension à la station d'hiver, qui, quoique étant privée de bien des attraits que l'on trouve dans les villes fréquentées par les hivernants, n'en est pas moins florissante.

Une Centenaire. — Ce qu'il y a de curieux quand on s'occupe des centenaires, c'est qu'on en trouve tout de suite des quantités. Voici encore Mrs Jane Blowers, qui habite la maison de refuge de Clapham et Wandsworth, à Londres et réclame l'honneur d'être la plus vieille femme du monde. Elle a fêté, il y a quinze jours, le cent huitième anniversaire de sa naissance. Elle avait seize ans à l'époque de la bataille de Trafalgar.

Hopitaux de Lyon. — *Concours de l'Internat.* — Le concours de l'Internat de l'hôpital Saint-Joseph (de Lyon) s'est terminé par la nomination de MM. Gardette, Jarsaillon, Serrière et Francoz.

Hygiène de Paris. — *Le Tout à l'Egout.* — La 6e commission du Conseil municipal de Paris a discuté les articles du projet d'arrêté préparé par le Préfet de la Seine pour l'application du Tout à l'égout. Les dispositions de cet arrêté a été approuvées.

Epidémie d'influenza. — On écrit d'Agen qu'une épidémie d'influenza sévit depuis quelques jours dans cette ville et fait de nombreuses victimes. A la caserne du 9e de ligne, on signale beaucoup de malades; plusieurs d'entre eux ont été envoyés à l'hôpital; trois y sont morts en l'espace de cinq jours. Les bâtiments où sont logés les troupes sont l'objet de lavages et de soins tout particuliers; les mesures prophylactiques les plus sérieuses ont été prises en vue d'enrayer les progrès de l'épidémie.

Asile pour Enfants abandonnés a Paris. — La cinquième commission du Conseil municipal de Paris a examiné la proposition de M. Colly, tendant à la création par le Conseil municipal d'un Asile destiné à recueillir les enfants momentanément privés de la protection de leurs parents, veufs ou veuves, malades ou appelés sous les drapeaux.

L'Hygiène a Madagascar. — Tananarive jadis ignorait les plus simples règles d'hygiène. Pour soustraire la garnison aux maladies causées par le manque absolu de voirie et de vidange, le génie dut encore assumer l'assainissement de la capitale. Le plus difficile était d'obtenir un système de vidange; aucun indigène ne voulait faire un travail de ce genre. On eut alors l'idée de recourir aux prisonniers indigènes. « La prévôté, dit le commandant Legrand-Girarde, y trouva un puissant moyen de coercition à l'égard des condamnés. Tel, qui subissait les fers pendant des mois entiers pour ne pas payer ses créanciers devint subitement un débiteur fidèle, dès qu'il fut menacé de collaborer à l'œuvre sanitaire. Et le service du génie se trouva contribuer ainsi, sans l'avoir cherché, à l'amélioration des mœurs indigènes par l'introduction d'une peine accessoire aussi utile au bien général que répugnante pour ceux qui la supportaient. »

© BIU Santé

ASILES D'ALIÉNÉS DE FRANCE. — M. le Dr TOY est nommé médecin adjoint de l'asile de Brou, en remplacement de M. le Dr Rousset, nommé directeur médecin de l'asile de Saint-Ylie.

CERTIFICATS MÉDICAUX. — Par décret, l'article 4 de la loi de finances du 29 mai 1897, qui exempte du droit et de la formalité du timbre les certificats de maladie délivrés par les médecins non assermentés aux agents accomplissant un service actif exécutoire en Algérie.

HOMMAGE A M. LE Pr G. POUCHET. — Les élèves et les amis de M. le Pr Gabriel POUCHET, désirant lui offrir un souvenir à l'occasion de sa récente nomination à l'Académie de Médecine, prient les personnes qui voudraient bien s'associer à cette manifestation de sympathies, d'envoyer leur souscription à MM. Bonjean, 28, boulevard Montparnasse; Brissemoret, 58, rue Lafontaine; Joanin, 272, boulevard Raspail. La remise du souvenir choisi sera faite ultérieurement, et les souscripteurs en seront avisés.

REFUS DES SŒURS DE LA CONGRÉGATION DE SAINTE-MARIE DE CONTINUER A DESSERVIR LA MAISON DE REFUGE DE ROUBAIX. — La congrégation des sœurs de Sainte-Marie, usant de la faculté qu'elle s'était réservée dans le contrat, a dénoncé le traité aux termes duquel elle s'était engagée à desservir les Maisons de Refuge pour les filles-mères de Roubaix, Chalon-sur-Saône et Mont-Saint-Aignan. C'est ainsi que les trois sœurs qui avaient été envoyées à la Maternité de Roubaix, ouverte le 15 juillet, ont quitté l'établissement le 15 septembre, en sorte que l'Administration a dû jusqu'à nouvel ordre, ainsi qu'elle en a informé MM. les exécuteurs testamentaires de Mme Boucicaut, pourvoir au fonctionnement des services au moyen d'un personnel laïque. Quant aux Maisons de Chalon et Mont-Saint-Aignan, qui sont aujourd'hui complètement terminées, leur ouverture ne pourra avoir lieu que lorsque l'Administration aura trouvé une congrégation pour les desservir.

MORT PAR LA FAIM. DURÉE DU JEUNE. — Mme Mie d'Aghonne, âgée de 74 ans, romancière, est morte après être restée près de quatre semaines sans prendre aucune nourriture solide. Elle ne s'est soutenue aussi longtemps qu'en buvant de l'eau. Quand on l'a trouvée dans son appartement, elle respirait encore. On la transporta aussitôt à l'hôpital Beaujon, où elle succomba dès son arrivée.

UN CHANTAGE CONTRE UN MÉDECIN. — Le tribunal correctionnel de Montdidier a jugé un curieux procès. Au commencement du mois de novembre dernier, le Dr Duquesnel, conseiller général à Roye, recevait d'un nommé Feuillette, ancien équarrisseur à Roye, une lettre ainsi conçue : « Monsieur, en 1887, vous avez accouché ma femme, et, en pratiquant la craniotomie, vous avez, par votre maladresse et en employant des instruments tels, développé chez elle une péritonite qui a déterminé la mort. Si vous aviez fait l'opération césarienne, vous auriez pu sauver mon enfant. Mais, comme vous étiez d'accord avec ma belle-mère pour faire mourir ma femme et mon enfant, vous avez préféré faire la craniotomie. En faisant mourir ma femme et mon enfant, vous m'avez porté un préjudice dont je vous demande réparation immédiate, et si vous ne m'envoyez pas, dans les quarante-huit heures, une somme de 10.000 fr., je fais une dénonciation au parquet pour lui signaler vos faits et gestes. FEUILLETTE. » Le procureur de la République de Montdidier, auquel le Dr Duquesnel transmit la lettre, ouvrit une information qui aboutit à une poursuite contre Feuillette pour tentative d'extorsion de fonds. — L'affaire est venue cette semaine devant le tribunal d'Amiens. M. le Dr Duquesnel a déclaré qu'il y a huit ans, appelé auprès de la femme Feuillette, âgée de vingt-huit ans, et dont l'accouchement était difficile, il avait dû, après avoir en vain essayé le forceps, recourir à la craniotomie. La femme mourut le lendemain. Le médecin ajouta qu'il n'avait rien à se reprocher. Le prévenu Auguste Feuillette, âgé de quarante-trois ans, ancien équarrisseur à Roye et actuellement directeur de brasserie à Amiens, a expliqué au tribunal qu'à la suite du procès du Dr Laporte qui a abouti à la condamnation de ce dernier à trois mois de prison, il s'était cru en droit de réclamer au Dr Duquesnel une somme de 10.000 francs de dommages-intérêts. Il a soutenu en outre que le docteur avait fait mourir sa femme et son enfant pour complaire à sa belle-mère. Il a fait ressortir qu'à la suite de sa mort il avait dû rembourser la dot de sa femme et qu'ensuite la mort de son enfant l'empêchait de recueillir la succession de sa belle-mère. Le substitut du procureur de la République, M. Ducatez, a requis l'application de l'article 400 du Code pénal. Après la plaidoirie du défenseur qui demandait qu'une instruction fût ouverte sur la dénonciation de Feuillette, le tribunal a condamné ce dernier à quinze jours de prison.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr RIBARD (de Pontoise). — M. le Dr BOH (de Paris). — M. le Dr CHARLOT (de Caudrot). — M. le Dr GELLIÉ, médecin en chef des prisons de Bordeaux.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER 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, soit DOUZE FRANCS. 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* **15 janvier**. *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.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE
AUX BUREAUX DU PROGRES MÉDICAL

MANUEL PRATIQUE
DE LA
GARDE-MALADE & DE L'INFIRMIÈRE

Publié par le Dr **BOURNEVILLE**

Rédacteur en chef du *Progrès médical*, Médecin de Bicêtre, Directeur des Ecoles municipales d'infirmières, etc.

Avec la collaboration de MM. Ed. BRISSAUD, P. CORNET, BUDIN, H. DURET, P. KERAVAL, G. MAUNOURY, MONOD, J. NOIR, POIRIER, Ch.-H. PETIT-VENDOL, PINON, P. REGNARD, SEVESTRE, SOLLIER, VIRON, P. YVON, Me PILLIET-EDWARDS.

Sixième édition revue et augmentée.

Ce manuel se compose de cinq volumes : T. I. *Anatomie et physiologie* ; — T. II. *Administration et comptabilité hospitalières* ; — T. III. *Pansements* ; — T. IV. *Soins à donner aux femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Petite pharmacie. Petit dictionnaire des termes médicaux* ; — T. V. *Hygiène.* — Prix des cinq volumes in-18 jésus : 7 fr. 50. — Pour nos abonnés. Prix . . . . . 6 fr.

ANÉMIE, Chlorose, Lymphatisme, Faiblesse générale, *Biosine Le Perdriel.*

SAVON DENTIFRICE VIGIER, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

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

PHTISIE, *Bronchites chroniques.* — ÉMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

TABLE DES MATIÈRES

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

A

Abadie, 24, 267.
Abastante, 217.
Abcès du foie, 43 ; — froids pulsatiles du thorax, 270 ; — Sur un cas d'— du cerveau, 285 ; — Sur le traitement chirurgical des —, 286 ; — gazeux sous-phréniques, 415, 479 ; — sous-phrénétique, 468.
Abdomen (Traitement des contusions de l'—), 262, 285.
Abelous, 414.
Ablation (De l'efficacité de l'— de la glande lacrymale palpébrale), 393.
Aboulies (Le rôle de l'émotion dans la pathogénie et la thérapeutique des —), 232.
Académie de Médecine de Paris, 5, 24, 43, 58, 69, 94, 109, 120, 126, 140, 157, 188, 220, 236, 247, 273, 291, 336, 388, 399, 414, 432, 465, 471 ; — de Belgique, 15. Reconstruction de l'—, 422 ; — Prix de l'— 466.
Académie des sciences, 23, 63, 93, 108, 336, 398, 414, 455, 464.
Acarien irritant de la mer des Indes, 140 ; — Dégats causés par les —, 388.
Acces palustres (Excrétion urinaire après les —), 218.
Accidents (Récidives *in situ* d'— trophonévrotiques dans la seconde année de la syphilis), 27 ; — de l'hospice Saint-Jacques à Nantes, 62 ; — cutanés causés par les rayons X, 168 ; — alimentaires, 372.
Accouchement (Influence de l'— sur les maladies nerveuses que présentent ultérieurement les enfants), 199 ; Le service d'— de Lariboisière, 252 ; — sur la voie publique, 280 ; — Des services d'— à Paris, 297.
Acétonurie expérimentale, 93.
Achard, 26, 403, 433.
Achromégalie (Sur l'—), 200.
Actes de la Faculté de Médecine de Paris, 12, 30, 278, 294, 373, 406, 423, 436, 455, 470.
Actinomycose néoplasique limitée, 8 ; — Nocardia bovis, 257 ; — Etude clinique sur l'—, 281, 377.
Adénopathie (De l'— syphilitique), 418.
Adéno-phlegmon du ganglion épitrochléen, 247.
Adénoïdes (Etude sur les végétations — pendant la première année de l'enfance), 203.
Affaire Laporte, 223 ; — Dolbeau, 408, 421 ; — Heim, 435, 472.
Affaire Méloche, 29 ; — du magnétiseur Langon, 29.
Agard, 60.
Agglutination, 205 ; — Phénomènes d'— chez les animaux, 432.
Agrégation (Concours d'—), 477.
Aimant (Emploi de l'— en chirurgie), 47.
Aimé, 233.
Albarran, 24, 271, 272, 288, 385.
Albuminurie (De l'— chez l'enfant), 434.
Alcoolisme au Congo, 128 ; — Hémiplégie gauche et épilepsie consécutive, à l'— chez un enfant, par Bourneville et Rellay, 177.
Aldéhyde, 273.
Alglave, 169.
Aliénation mentale momentanée dans l'intoxication alcoolique, 156.
Aliénés (Hospitalisation transitoire d'— convalescents), 42 ; Les — criminels devant la loi, 45 ; — Rapport général sur le service des — de la Seine, 106 ; Les — criminels, 375.
Alimentation (Quelques observations sur l'— des nouveau-nés), 434.
Allaitement (Transmission par l'— du pouvoir agglutinant typhique), 399.
Allard, 201.
Allumettes (La question des —), 28.
Allumettiers (La visite dentaire des —), 127.
Alopécies (Discussion sur les —), 27.
Althaus, 97.
Amblyopie transitoire, 233.
Ambre (Calculs d'— gris du cachalot), 94.
Ambulances municipales, 371 ; — Un concours sur titres ou la nomination d'un directeur du service des — urbaines, 396.
Amillet, 72.
Amoureux (L'— de Georges Sand), 80.
Amphithéatre d'anatomie, 296, 321.
Amputé (Lésions de la moelle et du cerveau chez un —), 70.
Amygdales (L'existence fréquente de l'hypertrophie des — dans l'hystérie), 231.
Ane (Os de l'—), 28.
Anévrismes (Sur les —), 186 ; — cirsoïde de la région du sourcil, 381.
Angine dite de Ludwig, 265.
Anglade, 117.
Angoisse (Des traitements d'états d'— et de contrainte), 155.
Ankyloses (De la mobilisation continue dans les —), 273.
Annexite, 292.
Anniversaire, 175.
Anomalies musculaires, 59, 401.
Anse de Thiry (Infection typhique expérimentale produite par l'introduction de culture virulente dans une —, 464.
Antivaccinateurs (Les —), 390.
Anthropométrie rétrospective, 486.
Antonelli, 187, 199, 233.
Anurie (Deux cas d'— calculeuse), 385.
Anus (De l'— iliaque dans la cure radicale du cancer du rectum), 209 ; — Traitement de la fissure de l'—), 291.
Aortite (Poussée aiguë d'— provoquée par un érysipèle), 292.
Apert, 236.
Aphasie corticale motrice, 398 ; — motrice consécutive à l'influenza, 403 ; — et langage, 483.
Apoplexies (Les — myocardiques chez les femmes enceintes), 291.
Apostoli, 93, 108, 187.
Apothéose (Une —), 16.
Appareil biliaire (Infection de l'—), 23 ; — Opération expérimentale pratiquée sur l'— génital, 288.
Appendicite (Anatomie pathologique de l'—), 108 ; — compliquée de septicémie, 286 ; — Diagnostic différentiel de l'—, 292 ; — Des relations de l'— et des affections des annexes, 384.
Aquarelles (Les — en médecine légale), 64.
Archambaud, 402.
Arie de Jong, 153.
Arloing, 399.
Arnaud, 90.
Artères (Ruptures sous-cutanées des —), 24.
Artério-sclérose, 90.
Artistes (Les — médecins), 376.
Arthrites tibio-tarsienne, 389.
Asiles d'aliénés (organisation médicale des —), 105.
Asiles d'aliénés. — Note sur un projet d'— à Trieste, 389 ; — A. de France, 163 ; — A. Lambrechts, 31 ; — A. de Nantes, 127, 144 ; — A. de la Seine, 79, 127, 375 ; — Concours des —, 246, 325, 440, 456 ; A. de Trieste, 189 ; A. de Villejuif, 175.
Asiles de convalescence. — A. Vacassy, 327 ; — A. de Vésinet, 327. — A. de Vincennes, 327.
Asiles municipaux de femmes de Paris, 469.
Asphyxie dans une cuve de vendange, 224.
Assainissement de l'Hérault, 142 ; — de la Seine, 432, 485 ; — de la maison, 434.
Assistance (L'— de l'enseignement populaire à Courbevoie), 53 ; — dans le Loiret, 143 ; — par le travail, 123.
Assistance chirurgicale instantanée à Londres, 14 ; — et clinique, 17 ; — aux tuberculeux, 39 ; — Rapport sur l'— familiale, 42 ; — instantanée à Paris, 60 ; — Œuvre d'— à Roubaix ; 159 ; — en Russie, 159 ; — des enfants, 477.
Assistance médicale (La loi sur l'— gratuite et les sages-femmes), 12 ; — gratuite et les syndicats médicaux, 41 ; — Conséquences économiques et sociales de la loi sur l'— gratuite, 42 ; — en Vendée, 143 ; — gratuite en Loire-Inférieure, 143.
Assistance publique, 449 ; — (Recherche des moyens à employer pour remédier à l'insuffisance de l'—), 39 ; — à Paris, 127, 170 ; — Réforme de l'—, 223 ; — médicale gratuite et les médecins à Rodez, 223 ; — à Caen, 229 ; — Les travaux futurs de l'Administration de l'—, 253 ; — en France, 279 ; — en Algérie, 376 ; — Les dispenses de l'—, 406 ; — Le personnel secondaire des hôpitaux de Paris, 418.
Association des Ambulanciers de France, 79.
Association des Dames françaises, 424.
Association française pour l'Avancement des sciences, 47, 60, 103, 339.
Association franco-écossaise à Edimbourg, 79.
Association générale des Etudiants de Paris, 341.
Association générale des Médecins de France, 279, 404.
Association de la Presse médicale française, 29, 405.
Association des Urologistes français, 271, 385.
Asthénopie musculaire (de l'— opératoire), 169.
Astier, 61.
Atanasiu, 153.
Ataxie (Traitement de l'— par l'élongation de la moelle), 465.
Athérome de l'aorte chez les animaux soumis à l'intoxication diphtérique, 58.
Atrophies musculaires, 154, 478.
Attentat (Nouvel — contre le Dr Charpentier), 470.
Auché, 251, 388.
Audifred, 44.
Aufredi, 187.
Autopsie d'une enfant rhumatisante, 414.
Avenir de la médecine (Lettre d'un médecin de campagne sur l'—), 469.
Aveugles (L'éducation physique des —), 123.
Avortement (Suite de la discussion sur le traitement de l'— incomplet), 7.
Azémar, 93.
Azote (Dosage comparatif de l'— et du carbone total dans les urines), 398.

B

Babinski, 199.
Bacille d'Eberth (Virulence du —), 24, 55 ; — Contribution à la biologie et à la morphologie du — de la tuberculose, 169 ; — de la fièvre jaune, 279.
Bacille subtilis rendu pathogène, 69 ; — Injections de — tuberculeux, 388.
Bactérie (Sur une — pathogène pour le phylloxera), 414.
Bactériologie de la peste, 43.
Bactérium (Différentes variétés du —), 273 ; — coli à travers les parois de la vessie, 386.

© BIU Santé

Bailly, 53.
Bain (Action curative du — de mer dans les maladies de l'estomac), 121.
Ballet (G.), 70, 100, 164, 221.
Balthazard, 57, 69.
Balzer, 27, 290.
Banquet de l'Internat, 279.
Baqué, 72.
Bar, 454.
Baraduc, 24.
Barbe, 27.
Barbe (Le record de la —), 123.
Barbier, 400.
Bardet, 274, 433.
Bardol, 92.
Barré, 388.
Barrier, 388.
Barth, 292.
Barthélemy, 27, 167, 168, 219.
Barthès, 39.
Bassin transversalement rétréci chez une rachitique, 71.
Bastian, 483.
Bataille, 39, 41.
Bataillon, 6.
Baudouin, 1, 12, 23, 29, 30, 39, 52, 55, 60, 69, 74, 86, 87, 103, 107, 110, 113, 117, 120, 131, 134, 140, 148, 158, 161, 163, 175, 182, 193, 198, 210, 213, 230, 253, 277, 413, 464.
Baurain, 39.
Bazy, 118, 248, 401, 468.
Beauregard, 94, 249.
Bechmann, 389.
Béclère, 26, 70.
Bégaiement, 213.
Bégouin, 385, 389.
Belin (R.), 209.
Bellon, 40.
Benderesky, 186.
Benedickt, 49, 150, 233.
Berbez, 100.
Bergé, 106.
Berger, 6, 43, 94, 236, 248, 261, 415.
Bergeron, 466.
Bergonié, 43.
Bérillon, 103, 402.
Berlioz, 108.
Bernard, 24, 70, 386.
Bernheim, 155, 402.
Berry (G.), 68.
Berthelon, 401, 416.
Bertillon, 7.
Bézy, 91, 103, 118.
Bibliographie (La — internationale à Bruxelles en 1897), 102.
Bibliothèque de l'hôpital Saint-Louis, 31; — médicale circulante, 456.
Bicêtre (Le conscrit de —), 17.
Bile (La — et les microbes), 176. La — de vipère (La raison de la neutralisation de la —), 465.
Bilhault, 268.
Biliaires (Les opérations nouvelles et rares sur les voies —), 131.
Binaud, 386.
Binswanger, 402.
Biomécanique (La — de la circulation), 49.
Biomètre, 390.
Blaise, 69.
Blanchard (R.), 10.
Blennorrhagie (Traitement abortif de la — aiguë masculine), 203; — La — maladie générale, 385.
Blessure célèbre, 144; — Une explication des — qui se rouvrent, 224.
Bleu (L'élimination du — de méthylène), 290.
Bloch, 135, 220, 432.
Blutage des farines, 273.
Bodoni, 234.
Boeck (De), 107, 120, 169.
Boeckel, 272, 273.
Bohm et Offel, 141.
Boinet, 118.
Boiriac, 402.
Boissier, 170.
Boissons hygiéniques, 160, 248.
Boix, 24.
Boncour (P.), 59, 145, 434.
Bonnafy, 388.
Bonnier-Lièvre, 465.
Borborygmes rythmés, 118.
Bordeaux, 40.
Bosc, 218.
Botryomycose (De la — humaine), 261.
Bouchard, 109, 136, 236, 247, 398, 432, 465.
Bouche (Soins de la — et des dents chez les enfants des écoles et collèges), 6.
Bouglé et Cavasse, 251.
Bouju, 40.
Boulanger, 236.
Boulangerie (La — de l'Assistance publique de Paris), 371.
Bourbon (La maladie de Charles de —), 277.
Boureau, 203.
Bourgeon (Préparation du — caudal), 57.
Bourneville, 3, 17, 41, 54, 68, 157, 172, 174, 177, 277, 299, 403, 418, 432, 454, 463, 483.
Bourquelot, 69.
Bourses de doctorat en médecine, 305; — Concours pour l'obtention des —, 370; — de pharmacien, 370.
Boursier, 53, 385.
Bou-quet, 95, 264.
Bovet, 169.
Brachydiastolie (La — dans le pronostic des maladies du cœur), 292.
Bradycardie (Rythme couplé du cœur et — chez les mélancoliques), 235.
Brard, 414.
Brault, 6, 109, 135, 149.
Bremer, 185.
Brero (Vanj, 7.
Brissaud, 33, 457.
Broca, 6, 24, 94, 285, 400, 468.
Brocq, 27.
Brouardel, 106, 120.
Brousse, 42.
Brower, 164.
Brown-Séquard (Le double syndrome de — dans la syphilis spinale), 33, 457.
Brückert, 24.
Bruit (Le — amphorique), 467.
Bruleur antiseptique, 388.
Brûlures (Guérison des — par le permanganate de potasse), 47.
Brunet, 105.
Brunon, 39.
Brunton, 135.
Budin (P.), 76, 432.
Buffet, 52.
Buigli, 233.
Bureaux de Bienfaisance (Les — de Paris), 191.
Burnet, 92.
Busquet, 432.
Bustes :— Dr Niepce, 127; — offert à M. le Pr Straus, 48; — de Velpeau, 62.
Buxbaum, 150.

C

Cabannes, 218, 290.
Cabinet secret de l'histoire du Dr Cabanès, 197; — d'aisances, 389.
Cadavres cristallisés, 45; — Les facteurs internes de la putréfaction des —, 118; — Dissolution des — dans la potasse caustique, 176.
Cadet de Gassicourt, 457, 466.
Caisse de retraite (Création d'une — en faveur des infirmiers et infirmières des hôpitaux), 41.
Calcul salivaire, par Bourneville, 3.
Calendrier médical, 77.
Calot, 203, 268.
Camescasse, 6, 433.
Campos, 24.
Camus, 93.
Canal hépatique (La chirurgie du —), 193, 210.
Canaux (De la suppuration des — accessoires), 272.
Cancer du rectum, 26, 43; — Procédé de A. Reverdin, 209; — Indications opératoires et traitement du — du rectum, 287; — Forme singulière du — de l'urètre, 386; — primitif des voies biliaires, 400.
Cancérose (De la — et de son traitement au moyen des ferments purs, 137.
Canier, 118.
Capitan, 24, 109, 465.
Caricature en Égypte, 249.
Carlier, 272, 288, 289, 385.
Carmono y Valle, 183.
Carnot, 5, 57.
Carré (M.), 101.
Carron de la Carrière, 58.
Cartyl, 42.
Casio, 59.
Castaigne, 399.
Castelain, 231.
Castration (La — et l'angio-neurectomie du cordon), 288; — abdominale totale pour salpingites suppurées, 384.
Cathétérisme (Nouvelles observations de — cystoscopique des uretères), 385.
Cauchois, 39.
Caumaert, 77.
Cavalie, 91.
Cavasse, 292.
Cebrian, 408.
Cellule nerveuse (Pathologie de la —), 153; — Discussion sur les altérations des —, 154; — Sur quelques lésions expérimentales de la —, 164; — Sur la pathologie des —, 165.
Cendre (La — de cigare comme spécialité pharmaceutique), 39.
Centenaire, 128, 160; — Les — ou macrobes, 254, 280.
Céréales (Lait de —), 484.
Cerné, 42, 14.
Cestan, 478.
Cézilly, 29.
Chaleur (La — aux Etats-Unis), 74.
Champonnière, 94.
Champs (Les — d'épandage de la Ville de Paris et le parc agricole d'Achères), 434.
Champignons (Maladies produites par les — parasites.) Actinomycose néoplasique limitée, 8; — vénéneux, 229; — Prophylaxie de l'empoisonnement par les —, 229.
Chantemesse, 54.
Chaput, 248, 292.
Charbon (Bacille du —), 24; — Le — d'origine industrielle, 188.
Charcot, 100.
Charpentier, 91, 105; — Nouvel attentat contre le Dr —, 470.
Charrin, 69, 93, 109, 136, 138, 150, 399, 414, 465.
Chassevant, 94.
Chatsky, 186.
Chauffard, 26, 183, 292.
Chaumier, 92.
Chauveau, 247.
Chauvel, 174, 220, 274.
Chavannaz, 386.
Chellier, 415.
Chervin, 213.
Cheuret, 173.
Chevalier, 272, 288, 385.
Chipault, 268, 270.
Chirurgie (La — du canal hépatique), 193, 210; — Deux cas de — cervicale, 247.
Chirurgien-dentistes (Diplôme de —), 369.
Chlorose (Des causes essentielles de la —), 138; — Pathogénie de la —, 138; — De l'étiologie de la — d'après les observations cliniques, 184.
Cholécystite calculeuse compliquée d'adénite, 287.
Cholédocho- (Le drainage — hépatique), 413.
Cholédochotomie pour calculs du cholédoque, 415; — sans sutures, 468.
Cholédoque (Lithiase du —), 131.
Choléra (Le — en Europe), 73; — nostras, 414; — aux Indes, 144, 192, 279, 408; — à Londres, 144.
Chorée (Malades atteints de —), 94.
Christian, 105.
Chudzinski, 59.
Chylurie (Traitement de la — par l'ichtyol), 433.
Cigare (La cendre de — comme spécialité pharmaceutique), 39.
Cimetière gallo-romain des environs de Soissons, 28.
Cinquantenaire (Le — de l'asile Lambrechts), 31.
Circoncision (Sur la technique de la —), 385.
Circonvolutions (Compression des — motrices par abcès cérébral), 265.
Circulation (La biomécanique de la —), 49; — placentaire, 58.
Cirrhoses du foie (Formes cliniques des —), 183; — des buveurs, 188, 388; — Etiologie de la —, 247, 274.
Claisse, 400.
Classification bibliographique décimale et ses rapports avec les sciences neurologiques, 236.
Claude (H.), 23, 388.
Clinique d'accouchements, 315.
Clinique chirurgicale, 51, 209.
Clinique infantile, 145, 177.
Clinique des maladies du système nerveux, 81, 97.

© BIU Santé

Clinique médicale, 3, 33, 129, 457.
Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts, 327.
Clozier, 188.
Cœur (Les nerfs du — et la glande thyroïde), 23; — Les changements de forme du — sous l'influence de la course étudiée par la phonendoscopie, 24; — Dégénérescence vitreuse du —, 69; — Sur la myofibrose du —, 185.
Collège de France, 126, 330, 391, 407, 439
Collella, 152.
Colleville, 72.
Colonie de Dun-sur-Auron, 117.
Colorants artificiels du vin (Recherche du —), 79.
Comités (Les — de patronage des hôpitaux), 44.
Commission (Les procédés de la — administrative des hôpitaux du Havre, 172.
Commissure gtiso-po-térieure de la [mcelle épinière, 230.
Composés azotés (Notes urologiques sur quelques —), 122.
Composition (Sur les modifications de la — sanguine par suite de l'excitation vaso-motrice), 185
Concours, — de médecine, 63; — pour la place de chef des travaux anatomiques, 70; — d'agrégation de médecine, 464, 477.
Concours (La réforme du — des hôpitaux), 295; — de la médaille d'or, 296, 477.
Concours de l'externat, 279, 296, 407, 424, 440, 456, 469, 472, 484.
Concours de l'internat, 279, 296, 375.
Conférence (La — bibliographique internationale de Bruxelles en 1897), 102; — pour l'étude de la lèpre, 246, 261, 387; — d'internat, 391, 439; — de médecine, 439.
Conférence internationale des chemins de fer et de la navigation, 96; — de la Croix-Rouge, 207; — sur l'alcoolisme, 279.
Congo (La situation sanitaire au —), 123.
Congrès de septembre et d'octobre, 1897.
Congrès (Le — olympique du Havre), 11; — de Moscou, 31, 63; — pour l'étude de la tuberculose, 47; — de Saint-Etienne, 60.
Congrès contre l'abus des boissons alcooliques, 157, 169.
Congrès des accidents du travail, 126.
Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, 87, 96, 103, 117.
Congrès de l'Association médicale britannique, 79.
Congrès pour l'Avancement des sciences, 143.
Congrès pour l'étude de la tuberculose, 96.
Congrès français de Chirurgie, 260, 261, 284 285, 381, 397.
Congrès des habitations à bon marché à Bruxelles, 79.
Congrès international d'Hygiène et de Démographie, en 1898, 126; — de Madrid, 432.
Congrès international contre l'incendie, 63, 143.
Congrès international de médecine de Moscou, 117, 148, 149, 164, 181, 182, 183, 208 216.
Congrès internationaux de médecine, 147.
Congrès internationaux de médecine légale de Bruxelles, 86, 106.
Congrès international de neurologie, psychiatrie, électricité médicale, hypnologie de Bruxelles, 187, 198, 213, 230; — correspondance, 188, 237.
Congrès international de Sociologie, 75.
Congrès des médecins de chemin de fer, 191.
Congrès de médecins de couleur aux Etats-Unis, 126.
Congrès de Moscou, 96, 134, 135; — Organisation du —, 109, 122, 141, 158; — et l'Association de la presse médicale allemande, 110; — Ouverture du — 135; — Arrivée des Congressistes, — 140; — Incidents du —, 190; — Prix, 159; — A propos du —, 251; — La maison des Enfants-Trouvés 190.
Congrès national d'Assistance, 39.
Congrès olympique au Havre, 126.
Congrès de Saint Etienne, 1897, 103.
Congrès scientifique (Les délégués au —), 432.
Congrès de la Société ophtalmologique de Heidelberg, 14.
Conjonctive (Tubercule de la —), 109; La — n'était pas perméable au curare, 236.
Conscrit (Le — de Bicêtre), 17.
Conseil général (Question au —), 17.
Conseil supérieur de l'Assistance publique, 63.
Conseil supérieur de l'Instruction publique, 28, 62.
Considérations cliniques et thérapeutiques sur les pleurésies purulentes de l'enfance, 59.
Contracture (De la — dans les affections des organes digestifs), 136; — La — hystéro-traumatique des masséters, 231.
Convocation, 256.
Copahu (Influence du — et du santal sur les fonctions de l'estomac), 72.
Coqueluche (Traitement de la — par l'antipyrine), 72; — Les bacilles de la — et de la fièvre jaune, 197; — Traitement de la — par les injections de sérum de génisse, 217.
Corin, 119.
Cornet, 73, 121, 394, 416.
Cornil, 5, 137, 388.
Corps étrangers de la vessie, 387; — du rectum, 401.
Corps thyroïde (Ablation du — dans le goitre exophthalmique, 70; — (Développement du — thyroïde), 414.
Corse préhistorique, 59.
Coude (Hématome du —), 480.
Couleurs (Appareils destinés à l'exploration du sens des —), 247.
Courant ondulatoire (Sur les applications nouvelles du — en thérapeutique électrique), 93; Sur l'action thérapeutique générale des — alternatifs de haute fréquence, 108.
Courbevoie (L'assistance et l'enseignement populaire à —), 53.
Courmont, 95, 399, 465.
Cours. — C. du Pr Bonnaire, 381; — C. du Dr Bonnet, 413; — C. du Pr A. Broca, 381; — C. du Pr Chantemesse 381; — C du Pr Cornil, 380; — C. du Pr Debove, 379; — C. du Pr Duplay, 431; — C. du Pr Joffroy, 449; — C. du Pr Mathias-Duval, 379; — C. du Pr Farabeuf, 380; — C. du Pr Jaccoud, 396; — C. du Pr Landouzy, 395; — C. du Pr Pinard, 380. — C. du Pr Pouchet, 380; — C. du Pr Richet, 396; — C. du Pr Roger, 396; — C. du Pr Tillaux, 379.
Cours de la Faculté de Médecine de Paris, 3 2.
Couturies, 92.
Coxalgie (De la —); — Raccourcissement dans la —, 382.
Coyon, 414.
Crachoir métallique de poche, 434.
Crane (Base du — et des relations de ces éléments avec la morphologie), 28; — ancien d'Eure-et-Loir, 59; — Radiographie du —, 109; — néolithiques, 415.
Crète (La situation sanitaire en —), 191.
Criminalité (L'hypnotisme dans ses rapports avec la), 119.
Criminels aliénés, 283.
Crocq, 149, 151, 183, 186, 199, 230, 234.
Croisier, 109.
Cruppi, 45.
Crustacés (Armature buccale des —), 24.
Cullere, 105.
Cure d'altitude, 206.
Cure-taxe dans les stations d'eaux minérales, 455.
Cuvillier, 203.
Cyclone (Effets physiologiques du —), 10.
Cyon (E. de —), 23.
Cyphoses (La guérison des —), 463.
Cystico-entérostomie, 52.
Cystico-lithotripsie, 1.
Cysticotomie, 113, 161.
Cystique (Massage du —), 161.
Cystites (Les fausses —), 204.
Cystotomie sus-pubienne, 386.

D

Dactylite syphilitique, 27.
Dagail, 418.
Dalan[illegible], 184.
Dalché, 292.
Dallemagne, 107.
Danlos, 27.
Dahier, 27.
Darkschewitsch, 152.
Dar[illegible]eyre, 72.
Dastre, 109, 236; 432.
Daubiac, 5, 425, 443.
De Backer, 137.
Debove, 58, 292, 388, 400.
Debray, 200, 234.
Debuck, 230, 234.
Défense du Dr Laporte à l'Académie de Médecine, 220.
Dégénérescences propagées, 156.
Dehio, 150, 185.
Déjerine, 24, 57, 69, 93, 98, 454.
Delafon, 434.
Delagénière, 69, 383.
Delaroche, 424.
Délégués (Les — aux Congrès scientifiques), 432.
Délire mélancolique, 118, 155.
Delorme, 58.
Demmler, 174.
Démence (Nouvelles contributions sur une singulière maladie de famille sous forme de — progressive), 155.
Déments séniles de Paris, 64.
Demons, 262.
Deniker, 28, 248, 415.
Denis, 169.
Dent (Accidents de la — de sagesse), 220.
Dents (Soins de la bouche et des — chez les enfants des écoles et collèges), 6.
Denys, 217.
Déontologie, 292.
Dépenses médicales d'un ménage parisien, 197.
Dermatologie (Sur les toxines en —), 139.
Dermatoses (De l'état de nos connaissances sur l'étiologie des —), 167.
Dermographisme ou autographisme, 299.
Debouin, 170, 420.
Desgies, 69
Désinfection des locaux, 12.
Desnos, 289, 387.
Dessaignes, 477.
Desprez, 287.
Desterac, 105.
Destrée, 169.
Détaxe des vélocipèdes des médecins de campagnes, 408.
Diabète à urines lévogyres, 26; — Examen du sang dans le —, 185; — Sur le —, 185.
Diabétides (Mode de début d'une variété de — génitales chez l'homme), 167.
Diathèses (les —), 475.
Diphthérie (A propos de la —), 70; — Observations sur la —, 70; — Généralisation des bacilles de la —, 400.
Diplégie (Quatre cas de — spastique familiale de l'enfance), 217.
Discours prononcé à la Pitié par M. Bourneville, 418; — par M. Peyron, 420; — par M. Budin sur la tombe de M. Tarnier, 432; — par M. Peyron à l'hôpital Boucicaut, 452; — par M. Sauton, 454.
Dispensaires de Lyon, 92.
Distinctions honorifiques, 63, 79, 112, 126, 143, 159, 191, 208, 240, 255, 392, 407, 472.
Docimasie pulmonaire, 107.
Dock, 185.
Docteur en médecine (Formalités à remplir pour obtenir le grade de —), 306.
Dolega, 186.
Dolléris, 292, 446.
Dolsa (L.), 165.
Dominici, 93.
Dons de M. Chauchard, 440.
Dor, 261.
Dornbluth, 155.
Douleur chez les Touaregs, 160; — De la suppression de la — et du rétrécissement précoce, 287.
Doumer, 201, 291.
Doutrebente, 105, 118.
Doyen, 70, 247, 285.
Drainage (Le — cholédocho-hépatique), 413.
Drodza, 151.
Drouineau, 40, 87, 118.
Dubar, 6, 399, 465.
Dubois, 28, 106, 265, 293.
Dubourg, 262.
Dubuisson, 118.
Ducamp, 398.
Duchatelet, 272, 387.
Duchenne (de Boulogne) A la mémoire de —, 175.
Duckhworth, 157.
Dubois, 414.
Ducor, 8.
Ducord, 276.
Dumontpallier, 402.
Duodénum (De la chirurgie du — dans ses rapports avec la lithiase du cholédoque), 131.
Dupuy, 225, 241.
Durante, 71, 156.
Duret, 286, 390, 385.
Dure-mérienne (Compression cérébrale par hémorragie externe), 274.

© BIU Santé

Dutil, 164.
Dyce, 164.
Dysenterie à Bourges, 79.
Dyspepsie (Sur la — nerveuse et son rapport avec les névroses en général), 164; — nerveuse et ses rapports avec les troubles du rythme cardiaque, 166; — nerveuse, 186; — sur la — névropathique, 186

E

Eau (Purification de l'—, de boisson des soldats), 188, — de mer employée en injections sous-cutanées, 247.
Ebstein, 149.
Ecchymoses (La valeur médico-légale des — sous-séreuses), 119.
Echanges (Les modifications des —), 136.
Echerac (d'). 76.
Echidno-vaccin (Nouveaux procédés de séparation de l' — échidnase du venin de vipère), 205.
Eclairage électrique (L'— d'un service de chirurgie), 51; — de l'estomac, 394.
Ecole d'anthropologie, 14, 48.
Ecoles dentaires de Paris, 342; — de Genève, 365.
Ecole hôpital Lailler, 63.
Ecole d'infirmiers et d'infirmières de Paris, 170.
Ecole de Médecine. — E. d'Alger, 111, 374, 407; — E. d'Amiens, 111, 279, 374, 407, 439; — E. d'Angers, 374; — E de Besançon, 111, 143, 374, 407; — E de Clermont Ferrand, 407; — E. de Constantinople, 63; — — E. de Grenoble, 374; — E de Limoges, 279; — E. de Marseille, 31, 439; — E de Nantes, 63, 111, 143, 374, 439; — E. de Poitiers, 111; — E. du Val-de-Grâce, 330.
Ecole de Médecine navale de Brest, 362.
Ecole de Médecine navale de Rochefort, 362.
Ecole de Médecine navale de Toulon, 362.
Ecole de Médecine et de Pharmacie. — d'Alger, 14, 352;—E. d'Amiens, 332, 355, 391, 471; — E. d'Angers, 358; — E. de Besançon, 356; — E. de Caen, 356; — E. de Clermont Ferrand, 63, 357; — E. de Dijon, 357; — E. de Gand, 363; — E de Grenoble, 358, 455; — E. de Limoges, 359; — E. de Marseille, 63, 353, 456; — E. de Nancy, 545; — E. de Nantes, 354, 471;— E. de Paris, 47, 96; — E. de Poitiers, 359, 456; —E. de Reims, 360; — E. de Rennes, 78, 355; — E. de Rouen, 361; — E. de Tours, 361.
Ecoles municipales d'infirmières, 238; — du Havre, 390.
Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, 335.
Ecole normale supérieure, 374.
Ecole de Pharmacie de Bruxelles, 363; — de Paris, 472.
Ecole Pratique des hautes études, 330.
Ecole de Service de Santé de Bordeaux, 122, 361.
Ecole du service de Santé de la Marine, 207, 374.
Ecole du Service de Santé militaire, 95.
Ecole du Service de Santé militaire, de Lyon, 348.
Ecole supérieure de pharmacie, 333.
Ecole vétérinaire de Lyon, 439.
Ecthyma (Bactériologie de l'— et de l'impétigo), 290.
Ectopie du cœur résultant d'une pleurésie, 70; Un cas d'— rénale, 220.
Eisenberg, 24.
Elections sénatoriales, 456; — de la Dordogne, 472.
Electrothérapie, 394.
Emploi de la nouvelle tuberculine, 425, 441.
Empoisonnement par l'acide oxalique, 15; — par viande de cheval, 64; — par les écrevisses, 64, — par le sublimé, 70; — par les escargots, 79; — par les champignons, 159; — par des gaz de mines à phosphates, 159; — Prophylaxie de l'— par les champignons, 229.
Empyème pulsatile, 70.
Encéphale (Rapport du poids de l'— et des dimensions du corps), 28.
Endocardite blennorrhagique, 186.
Enfants (Assistance des — placés en nourrice), 40; — Assistés de la Seine, 223; — envoyés en nourrice, 280; — Assistance des — anormaux, 477.
Enseignement (L'— populaire et l'assistance à Courbevoie), 53; — populaire supérieur de la ville de Paris, 254, 341; — clinique dans les hôpitaux, 327; — médical libre, 328; — de l'anthropologie, 340; — professionnel de la mécanique orthopédique, 343.
Enseignement médical dans les hôpitaux, 368.
Enseignement médical libre, 13, 30, 46, 62, 78, 95, 423 436, 471, 486.
Enseignement primaire en Russie, 6.
Entéropexie, 26.
Entrainement (De la valeur thérapeutique de l'— suggestif à l'état de veille), 233.
Epée d'honneur du Dr Bourdon, 245, 440.
Epidémies animales, 144, 160, 424.
Epidémie cholérique de 1896 en Egypte, 12.
Epidémies de dysenterie à Rennes, 144.
Epidémies à l'exposition de Bruxelles, 127.
Epidémiologie, 225, 241.
Epilepsie traumatique, 118; — Le traitement chirurgical de l'— 167; — sa nature, 483.
Epine (Déviations de l'—), 270.
Epithélioma branchiogène et — aberrant de la thyroïde, 261.
Eraud, 290, 386.
Erb. 97, 164.
Erysipèle de l'homme, 290.
Erythème (Pathogénie de l'— radiographique), 57.
Estomac (Photographie de l'— par les rayons X), 69; — Pratique chirurgicale des maladies de l'—, 186; — Eclairage électrique de l'—, 394; — Résection de l'—, 3 9.
Etablissements insalubres, 143.
Etiologie de l'hystérie, 222.
Etudiants étrangers (La question des — au conseil Municipal de Paris), 61; — Les nations d'— en Suède, 370; — Les — à Paris 405.
Eulenburg, 164, 200, 216.
Evidement pétro-mastoïdien, 264, 285, 397.
Ewald, 149, 156, 185, 186.
Excrétion urinaire après les accès palustres, 152.
Exercice illégal de la médecine, 29, 76; — par une sage-femme, 422.
Exercice illégal de la pharmacie, 220.
Exostose (Observation d'— ostéogénique du crâne), 122.
Exploitation d'une maladie imaginaire au profit de la thérapeutique, 165.
Explosion d'une capsule comprimée de chlorate de potasse, 15.
Exposition de Bruxelles 1897 (Les prompts secours à l'), 86; — La médecine à l'— de 1900, 116, 484, 485.
Exposition médicale à Londres, 123.
Externat des hôpitaux en Province, 389.
Extirpation (De — totale de l'utérus par la voie vaginale), 73
Extrophies (Sur la cure des — vésicales par la suture marginale, 385.

F

Facultés de Médecine, 110, 423. — F. de Beyrouth, 367; — F. de Bordeaux, 349, 391, 423; — F. de Lyon, 391; — F. d'Aix-Marseille, 96; — F. de Genève, 364; F. de Lausanne, 366; F. de Liège, 364; F. de Lille, 346; F. de Lyon, 78, 96, 111, 175, 347, 439; F. de Montpellier, 343, 471; — F. de Nancy, 175, 344, 439; — F. de Paris, 14, 31, 47, 63, 78, 96, 111, 159, 293, 304, 370, 391, 407, 423, 471, — et le budget de 1898, 421; Consignations pour examens, 222; —Agrandissements, 455; — Prix, 304; — F. de Toulouse, 63, 351, 439; — F. de Wurzbourg, 63.
Facultés de Médecine et de Pharmacie. — Bourses, 240; — F. de Bordeaux, 122; — F. de Lyon, 47; — F. de Toulouse, 471.
Facultés des Sciences, 63; — Bourses de licence, 111; — F. de Besançon, 111; — F de Caen, 374; — F. de Grenoble, 96; — F. de Lyon, 96; — F. de Paris, 31, 111, 126, 331, 391, 455.
Færbetechnick (Die — des Nervensystems), 74.
Faisans, 26.
Faivre, 6.
Fall N. (Du—), 8.
Faure, 6, 249, 266, 401.
Fécondité, 128, 144; — extraordinaire, 250.
Fédé, 217.
Félizet, 274.
Femmes (Les — dans les Universités en Angleterre), 15, — et la science, 15; — La supériorité de la — au point de vue des opérations abdominales, 23; — Sur les maladies infectieuses des — enceintes, 217; — Les — étudiantes à Vienne, 280; — médecins dans les écoles de Paris, 440.
Feraud, 53.
Feré, 24, 69, 129, 236, 247, 290, 399, 414.
Fernet, 388.
Féron, 53.
Ferrand, 188.
Fevrier, 263.
Fibrome utérin, 71; — Hystérectomie totale pour gros —, 382; — multiples et congénitaux de la peau, 474.
Ficquet, 399.
Fièvre Sur la pathogénie de la —), 219; — dengue en Chine, 279.
Fièvre jaune, en Amérique, 192, 208 279; — aux Antilles, 48.
Fièvre typhoïde, 479;—expérimentale, 55, 296;— à Moulins, 127; — à Tulle, 127; — à Reims, 159; — en Tunisie, 159; — Séro-diagnostic de la —, 166, 183; — Pathogénie de la — et les erreurs de la théorie microbienne, 184; — Epidémie du 3e chasseurs, 197; — au 64e de ligne, 208; — en Angleterre, 240; — Epidémie de — à Maidstone, 255; — à Saint Dié, 279; — typhoïde et l'impaludisme, 465.
Fièvre récurrente (Séro-diagnostic, pronostic et thérapeutique de la —), 183.
Fièvre urineuse, 271.
Fischer, 92.
Fistules (Transmission héréditaire de deux — cutanées congénitales), 24; — vésico-utérine, 94; — vésico-vaginales par le procédé de dédoublement, 386.
Flateau, 165.
Flèches d'indigènes du Vénézuela, 401.
Fleischer, 416.
Floresco, 109.
Fleury (M. de —), 54.
Foie (Réparation des pertes de substance du —), 5; — Parasite du —, 24; — abcès du —, 43; — Formes cliniques des cirrhoses du —, 183; — Amplitude du déplacement du —, 290; — Présence de fer en assez grande abondance dans le — des invertébrés, 432; — Tumeur du —, 479.
Folie circulaire, 24; — Un cas de — homicide, 279; — à Madagascar, 408.
Forel, 169.
Formules, 47, 78, 142, 125 158, 175, 190, 254, 278, 374, 448, 486.
Fournel, 416.
Fournié, 71.
Fournier, 27, 69, 220, 388.
Foveau de Courmelles, 187, 200, 214.
Frænkel, 164.
Frænkel (La méthode de — au Congrès de Moscou), 473.
Frangulea, 184.
Frank, 169.
Franklinisation (Essai de synthèse électrothérapique de la — et des courants de haute fréquence), 187.
Frend, 222.
Freyer, 97.
Friedel, 149.
Friedenwald, 121.
Friedlænden, 185.
Friedreich, 97
Frigothérapie, 291.
Fulguration (Un cas de —), 31, 128.

© BIU Santé

G

Gaiacol (Des injections sous-cutanées de — chloroformé), 72.
Gaillard, 26, 292.
Galactuphorite double généralisée, 416.
Gali, 165.
Gallet, 469.
Galliard, 79, 467.
Gallois, 468.
Galvanisme félin, 79.
Ganglions (Milanosarcome primitif des — cervicaux), 43.
Gangrènes (Des — des extrémités par atrésie), 218; — Traitement des douleurs de la —, 433.
Garnault, 465.
Garnier (P.), 91.
Gastou, 27.
Gastrectomie (Un cas de —), 43; — partielle pour ulcère de l'estomac, 69.
Gastrites (Vues nouvelles sur les —), 186.
Gastro-entérostomose (La — dans les sténoses simples du pylore), 262; — Conséquence de la —, 292é — Résultats éloignés de la — dans les rétrécissements non cancéreux du pylore, 414, 478, 479.
Gastro-intestinale (A propos des infections aiguës d'origine — chez les enfants), 217.
Gaucher, 27, 167.
Gautier, 11.
Gautier (de Moscou), 151.
Geisteskrankheiten (Die — der Bevœlkerung des malaischen Archipels), 7.
Gellé, 290.
Genèse et nature de l'hystérie, 221.
Genouville, 386.
Geoffroy, 136.
Gérard, 432.
Gérard-Marchant, 6, 401.
Gerhardt, 149, 150, 185.
Gheorghiu, 416.
Ghika, 70.
Giard, 24, 57, 69.
Gibier, 91.
Gibbosité (Du traitement de la —), 268, 270.
Gilbert, 69, 138, 183, 454.
Gilles, 40.
Gilles de la Tourette, 188, 465.
Girard, 265.
Giraud, 91, 105, 118.
Glande (De l'efficacité de l'ablation de la — lacrymale palpébrale), 393.
Glande thyroïde (Les nerfs du cœur et la —), 23; — vésicales, 93, 200.
Glandes parathyroïdiennes, 247.
Glandules thyroïdiennes accessoires, 109.
Glantenay, 387.
Glaucome (Traitement du — par la double section du sympathique cervical), 273.
Gley, 57, 93, 109, 156, 273.
Glorieux, 200, 230.
Glower, 109.
Glycosurie (Causes d'erreur dans l'épreuve de la —), 433.
Godin, 24.
Goitre (Résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le — exophtalmique), 6, 266, — Nature et traitement du — exophtalmique, 26, 69, 402; — Traitement chirurgical du — exophtalmique, 94; — Le danger des opérations dans le — exophtalmique, 188, 402.
Goldscheider, 165.
Goloubinine, 184.
Gombault, 98.
Gonococciques (Les urétrites non —), 290.
Grancher, 24.
Grandcourt (de), 204.
Grandmaison, 247.
Graphologie (La —, science expérimentale, et l'affaire Dreyfus), 405.
Grassot, 92, 137, 152.
Gray, 169.
Greffes osseuses hétéroplastiques, 399.
Greidenberg, 154.
Griffon, 27, 290, 292, 399.
Grimbert, 399.
Grossesse extra-utérine péritonéale, 389.
Grotte (Fouilles dans la — maintenant fameuse de La Mouthe), 401.
Grummach, 149.
Grunberg, 68.
Guasco, 338.
Guéniot, 26.
Guépin, 140.
Guérisseur (Un — fin de siècle en Vendée), 372.
Guiard, 385.
Guinard, 27, 109, 262.
Guinon, 92, 400.
Guyon (Jubilé de M. le Pr —), 29, 272.

H

Habitants des caves d'Ezy, 58.
Hagopoff, 465.
Halipré, 40.
Hallager, 483.
Hallion, 454.
Hallopeau, 27, 109, 139, 220, 246.
Hamel, 106, 118.
Hamonic, 290.
Hanche (Luxation sus-pubienne de la —), 389
Hanriot, 24.
Hardivillers, 414, 454.
Hartenberg, 117, 232, 402.
Hartmann, 71, 248, 264, 271, 287, 386, 399, 400.
Haskovel, 165.
Hauser, 73.
Hayem, 70, 400.
Heide, 465.
Hématimètre (Sur un —), 185.
Hématolyse, 414.
Hématome sous-pleural, 292.
Hématozoaires (Sur certains détails de la structure intime des — de Laveran durant leur évolution), 151.
Hémianopsie homolatérale gauche avec déviation conjuguée des yeux à droite, 234.
Hémiatrophie faciale gauche, 231.
Hémiplégie gauche et épilepsie consécutive à l'alcoolisme, 177.
Hémoglobinurie (Physiologie pathologique de l'accès d'—), 290.
Hémorragies (Les — gastro-intestinales chez les nouveau nés), 435.
Hendle, 40.
Hennecart, 465.
Hennequin, 6.
Henrot, 110.
Hépatite intercellulaire, forme spéciale à Mexico, 183.
Hérédité (Théorie de l'—), 165.
Hérédo-syphilitiques (Paralysie générale juvénile chez les —), 118.
Hermary, 435.
Hernie (Technique de la cure de la — inguinale par la méthode sclérogène), 26; — Considérations de solidité dans la cure radicale des —, 94; — inguinale de l'appendice cæcal, 273; — Les nouveaux procédés de cure radicale des — 285, 480.
Hervieux, 21, 248.
Heydenreich, 261.
Higier, 222, 403.
Hillemand, 165.
Hirschberg, 99, 473.
Hlava, 219.
Hobbes, 414.
Hobbs, 251.
Hogge, 386.
Homen, 155.
Hommage, à E. Rousselle, 29.
Hopital Boucicaut (Inauguration de l'—), 407; — Description de l'—, 449; — Histoire de la Fondation, 452; — A propos des fondations, 454.
Hopital Broca (Inauguration du service gynécologique de M. Pozzi à l'—), 4.
Hopitaux. — Rapports des — et des divers services avec les Compagnies d'Assurances, 41; — Création d'une caisse de retraite en faveur des infirmiers et infirmières des —, 41; — Comités de patronage des —, 44; — Aération des —, 291; — et les fonds du pari mutuel, 372. — H. de Bordeaux, 375, 392. — H. Boucicaut (Inauguration de l'—), 407. — H. de Brest, 127. — H. de campagne, 264, 285. — H. Français de Londres, 64, 375; — H. de Lisbonne, 296; — H. de Tunis, 392. — Hôpitaux du Havre (Procédés administratifs des —), 172. — H. International, 391. — H. de Lyon, 15, 256, 392. — H. de Marseille (Laïcisations de l'—), 144, 296, 440 — H. militaires d'Algérie, 15. — H. de Nancy, 392. — H. de Nantes, 64, 391. — H. de Saint-Pétersbourg, 158. — H. de Toulouse, 408.
Hopitaux de Paris, 14, 31, 92, 175, 314, 455. Le personnel secondaire des —, 418; création d'— d'enfants, 63; H. concours de l'internat, 256. — H. Andral, 314; H. Beaujon, 314; H. Bichat, 314, H. Boucicaut, 407, 440; — H. Broca, 215; — H. Broussais, 215; — H. de la Charité, 315; — H. des Enfants-Malades, 316, 440; — Hôtel-Dieu, 316; — H. International de Paris, 328; — H. Laënnec, 317; — H. Lariboisière, 317; — H. Necker, 318; — H. Ricord, 318; H. Saint-Antoine, 318; — H. Saint-Louis (Bibliothèque de l'—), 31, 48, 319; — H. Tenon, 320, — H. Trousseau, 320; — Maison de Saint Lazare, 296; — Maison de santé, 48.
Hoquet (Traitement du —), 234.
Hospices. — H. d'Asnières, 127; — H. de Bicêtre, 314; Visite du Président de la République à l'— de Bicêtre, 403; — H. de Brévannes, 406; — H. des Enfants-Assistés, 316; — H. de Fontenay-le-Comte, 127; — H. intercommunaux, 92; — H. de Jarnac, 256; — H. et Maisons de retraite, 76; — H. de Marseille, 251, 422; — H. de Nîmes, 127; — H. de la Salpêtrière, 319.
Hospitalisation et enseignement, 297.
Hôtel-Dieu d'Orléans, 79, 375.
Hôtel des Sociétés savantes, 341.
Hougberg, 484.
Huchard, 274, 292.
Huitres (Etude des — de Cette, au point de vue des microbes pathogènes), 398.
Hydronéphrose volumineuse par oblitération totale de l'uretère, 270; — Sur l' — de la première enfance, 386.
Hygiène de l'enfance au Conseil municipal de Paris, 14; — en Russie, 143.
Hygiène de l'habitation, 181; — urbaine et usines à crins et laines, 472.
Hygiène de Paris, 127; — des villes, 375.
Hypertrophie (A propos des opérations pour l' — prostatique, 289).
Hypnotisme (L'— dans ses rapports avec la criminalité), 119; — L'— et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale et les maladies mentales, 155. — Application de l' — au traitement des maladies mentales, 165; — Valeur thérapeutique de l' — et de la suggestion, 215; — Etude médico-légale de l' — et de la suggestion, 216, 232; — La valeur thérapeutique de l' — et de la suggestion, 232; — en omnibus à Paris, 376; — L' — n'existe pas, par Bernheim, 402; — L'— est un phénomène d'inhibition, 402.
Hystérectomie abdominale totale, 43, 71, 94, 479, 480; — De l'— abdominale totale et partielle, 382; — vaginale et abdominale, 382.
Hystérie infantile, sa nature et ses causes, 91, 103, 483; — simulant ou se combinant au tabes, 222.

© BIU Santé

I

Ictère méthémoglobinémique, 70.
Idée (Puissance physiologique de l' —), 231.
Idiotie, 483; — myxœdémateuse, 249.
Imbécillité et instabilité mentale avec perversion des instincts, par Bourneville, 17.
Immunité (Etude sur l' —), 135; — Le type nutritif dans l' —, 136.
Impulsivité morbide, 155.
Incendie (Les mesures préventives en cas d' —), 392.
Industrie thermale en France, 32.
Infections de l'appareil biliaire, 23; — expérimentales, 93.
Infirmerie de Saint-Lazare, 269.
Infirmes (Assistance des —), 40.
Infirmiers des hôpitaux de Paris, 14; — Création d'une caisse de retraite en faveur des — et des infirmières des hôpitaux, 41; — Salaire des —, par Derouin et Bourneville, 172; — Habitations des —, par le même, 418.
Influenza à Angers, 472.
Inglessis, 265.
Injection antiblennorrhagique, 47; — Quelques mots sur les — mercurielles, 167; — Effets immédiats des — de la nouvelle tuberculine TR. du Pr Koch et résultats thérapeutiques, 447.
Inspection sanitaire, 279; —typhique purulente expérimentale dans une anse de Thiry, 464.
Institut d'anatomie de Warocqué, 126.
Institut bactériologique à Mons, 126.
Institut marin de la Baule, 224.
Institut Pasteur à Sofia, 279; — à Paris, 335.
Institut psycho-physiologique de Lille, 32.
Instituteurs-médecins, 469.
Institution de bienfaisance de Moscou, 126.
Institution nationale des sourds-muets, 327.
Instruments et appareils, 125.
Intérêts professionnels, 172.
Internes (Le logement des — à la Salpétrière), 62; — Don aux internes des hôpitaux du Havre, 250.
Intestin (Lavage de l' — par la voie rectale), 188; — Déchirure complète de l' —, 263.
Intoxication (L' — amoureuse), 54; — par l'oxyde de carbone, 106; — Recherches expérimentales sur des — successives par toxique minéral, 399.
Intoxication palustre (Troubles psychiques dans l' —), 118; — L' — phosphorée, 465.
Introduction à la Médecine de l'esprit, 54.
Iode (De l' — dans les affections du tractus uvéal), 169.
Isch-Wall, 265.
Isnard, 92.

J

Jaboulay, 69, 285.
Jabotzki, 186.
Jacobi (de Berlin), 152, 217, 219.
Jacquet, 27.
Jakowley, 168.
Jalaguier, 6, 468.
Janet, 386.
Jawein, 149, 150.
Jeannel, 268.
Jeanselme, 70.
Joffroy, 103.
Joire, 216, 232.
Jonnesco (Th.), 266, 273, 382.
Josué, 57, 468.
Jouin, 416.
Jourdrinier, 58.
Journaux de Médecine, 144.
Jubilé Théophile Roussel, 15; — de M. le Pr Guyon, 29.
Jugement (Un joli — rendu contre un médecin), 29.
Jullien, 167, 168, 385.
Justice (Le secret professionnel devant la —), 105.

K

Kanellis, 465.
Kardamatis, 465.
Kellog, 97.
Kelsch, 236.
Keraval, 7.
Kernig, 150.
Kimla, 166.
Kinésithérapie (Sur la — compensatrice), 219.
Kirmisson, 6, 248, 400.
Koch, 425, 441.
Kohan, 403.
Kohos, 135.
Kokrytchkine, 24.
Korniloff, 216.
Konstantinowsky, 155.
Kraus, 386, 465.
Kystes séreux du cou, 266; — hydatiques du poumon, 270; — du rein par oblitération complète, 227; — de l'ovaire ouvert deux fois dans l'intestin, 389; — tubo-ovarique, 416.

L

Laache, 149.
Lab (Température sur le — ferment), 57.
Labéda, 87.
Laboratoire d'alchimie médicale à Paris, 176.
Laborde, 236, 274, 290, 388, 401.
Lafourcade, 389.
Laguerre, 388.
Laïcisation des hôpitaux de Marseille, 144.
Lait à Paris, 76; — de céréales, 484.
Lamacq, 105.
Lancereaux, 188, 247, 274, 388.
Landard, 87.
Landouzy, 415.
Lannelongue, 26, 135.
Lannois, 118.
Lantier, 44.
Laparotomie (De la — en général), 65; — exploratrice dans les contusions de l'abdomen, 262, 285; — La — en général, 409.
Lapicque, 247.
Lapins (Vol de — du laboratoire à Aubervilliers), 75.
Laporte (Défense du Dr — à l'Académie de Médecine), 220; — Affaire —, 223, 370, 404; — Le cas du Dr —, 238, 274, 293; — Souscription en faveur du Dr —, 404.
Largeau, 65, 409.
Latah (Das — eine in Niederlaendisch. — Ostindien Neurose), 7.
Latouche, 94.
Laubig, 290.
Launay, 389, 434.
Laurent, 250.
Lavaux, 271.
Laveran, 57, 109, 236, 273, 388.
Laverde (O.), 236, 247.
Lavisé, 262.
Le Bec, 270, 382.
Leblond, 41.
Lebolte, 231.
Lebrun, 382.
Leçons de clinique médicale, 221, 402.
Le Damany, 399, 415.
Le Dentu, 262, 414.
Ledouble, 401.
Leduc, 203.
Lefèvre (A.), 40, 109, 188, 415.
Lefilliatre, 105, 118.
Le Gendre, 137, 149, 150.
Le Goff, 72.
Legrain, 169.
Legs. — Hirtz, 126; — Marjolin, 295.
Legueu, 288, 385.
Lejars, 24, 249, 270, 274, 415.
Lejeune, 169.
Lemesle, 284, 414.
Lemoine, 70, 290, 400.
Lenoir, 388.
Lentz, 200.
Lépine, 464.
Le Pileur, 27.
Lèpre (Localisations de la — sur le nez), 70; — La — en Espagne, 192; — La — et son traitement, 236.
Lépreux à Paris, 246.
Lerefait, 39.
Le Roy des Barres, 188.
Le Roy de Méricourt, 94.
Lesage, 273.
Letulle, 108, 400.
Leucocythémie (Globules blancs dans la — splénique), 93.
Lavavort, 270.
Le Verdier, 40.
Lewaschew, 186.
Leyden, 149.
Liard, 29, 74.
Libéralités médicales, 330.
Libotte, 230, 234.
Liégeois, 215, 232.
Ligatures (Essai sur les — vasculaires dans les tumeurs inopérables), 263; — atrophiantes, 264.
Ligue nationale contre l'alcoolisme, 408.
Lipomes (Tarsalgie double et — symétrique de la voûte plantaire), 129.
Lirmin-Lipman, 73.
Lindemann, 121.
Lithectomie cystique, 161.
Lithiase du cholédoque, 131; — Des — biliaires latentes, 286.
Lithotritie (Taille et —), 272.
Livre (Le premier — de la médecine), 251.
Localisations cérébrales, 188.
Logement (Le — des internes à la Salpêtrière), 62.
Loison, 401, 462.
Loumeau, 271.
Lœwenthal, 183.
Louis XV (La mort de — et ses historiens médicaux), 163.
Loumeau, 289, 385.
Lucas-Championnière, 26, 59, 389.
Luxation (Une — de l'épaule dite extraordinaire), 280.
Luys, 69.
Luzenberger, 230.
Lymphangiectasie dermique spontanée de la face, 27.
Lymphangiome et filaire du sang, 415; — de la région crurale droite, 468.
Lymphatisme (Traitement du —), 468.
Lyonnet, 464.
Lysol (Le —, ses propriétés antiseptiques, thérapeutiques et désinfectantes), 72.

© BIU Santé

M

Machines (Emploi des — électrostatiques pour la radiographie et la radioscopie), 203.
Machoire (Moulage de la —), 401.
Magnétiseur (Affaire du — d'Angers), 29; — et médecins, 76.
Main succulente, 24, 93.
Maires et médecins, 94.
Mairet, 106.
Maison d'accouchements, 315.
Maison Dubois (Un incident à la —), 207.
Maison-Ecole d'accouchement, 317.
Maison des Enfants-Trouvés à Moscou, 190.
Maison municipale de santé, 317.
Maison de Nanterre (La visite à la —), 11, 14, 424.
Maison nationale de Charenton, 327.
Maison de refuge pour les cancéreux et les tuberculeux à Limoges, 293.
Maixner, 164, 166.
Mal de Pott (Traitement du —), 203, 268.
Mal de théâtre, 45.
Mal vertébral de Pott, 94.
Maladie (La — et les travaux scientifiques, 44; — Les — épidémiques et le secret professionnel médical, 123; — Un cas de — de Friedreich avec autopsie et examen histologique, 145; — Diagnostic des — internes à l'aide des rayons de Rœntgen, 149; — Quelques méthodes de traitement des — du système nerveux central, 156; — contagieuses des animaux, 160; — du Sultan, 160; — Relations entre les — de l'oreille et celle de l'œil, 250; — Traitement chirurgical de la — de Little, 382; — en Crète, 408; — traitées pour la tuberculose pulmonaire, 441.
Maladie de Basedow (Contribution à l'étude de la pathogénie de la —), 165; — de Little, 199, 216; — de Parkinson, 230.
Maladies prinicières, 208.
Malaria en Asie, 375.
Malherbe, 264, 272, 385, 387.
Mallet, 98.
Mally, 51.
Malvoz, 118.
Mangenot, 6, 389.
Manheimer, 235.
Manouvrier, 59.
Manuel, 183.
Manuel pratique et simplifié d'analyse des urines et autres sécrétions organiques, 10.
Manuel de technique microscopique, 141.
Marage, 399.
Marandon de Montyel, 105.
Marchand, 43
Maréchal (de Bruxelles), 201, 234.
Marey, 399, 414.
Marfan, 70.
Mariachess, 386.
Marie, 42, 117, 153, 155.
Marinesco, 57, 93, 98, 153, 165.
Mario, 40.
Marti y Julia, 153, 155.
Martin (Cl.), 57.
Martin (H.), 87.
Martin (de Lyon), 120.
Massage (Sur l'utilisation du — dans le traitement des maladies internes), 186.
Mastopexie, 26.
Masson, 434.
Mathieu, 292.
Mauclaire, 385.
Maurey, 266.
Maurel, 93.
Mavrojannis, 398.
Maxillaire (Sur le dédoublement du — inférieur), 249; — Résection totale du — supérieur, 265.
Maygrier, 44, 71, 276.
Mayo Robson, 52.
Médaille Le Dentu, 423.
Médaillon (Le — de Pasteur), 62.
Médecins conseillers d'arrondissement, 55.
Médecins conseillers généraux, 31, 127, 144, 279, 295, 392, 472.
Médecins députés, 472.
Médecins français et étrangers, 59.
Médecins historiens (Les —), 197.
Médecin légiste (Du rôle et des devoirs du — dans les expertises relatives aux accidents provoqués par l'ingestion des viandes), 119.
Médecins des lycées, 191, 407.
Médecins et maires, 94, 392.
Médecins malades, 392.
Médecin militaire armateur, 224.
Médecin sauveteur, 144.
Médecins, science et police, 212.
Médecins sénateurs, 31.
Médecine opératoire, 1, 131, 161, 193, 409.
Médecine et Beaux-Arts, 47, 60; — de l'esprit (Introduction à la —) 54; — et l'alliance franco-russe, 159, 163; — Arrêté, 208.
Médecine (La — à l'Exposition de Bruxelles en 1897), 116; — au théâtre, 121; — et littérature, 128; — Littérateur, 174.
Médecine opératoire, 52, 65, 113, 210.
Médecins (Les — ont-ils le droit de se syndiquer), 16; — Les — et les juges, 16; — du tzar, 28; — Les — allemands et les — américains jugés par les Français, 38; — et malades, 75; — Les — amants, 80; — Les — et les hommes de lettres, 123; — en duel, 128; — et la bicyclette, 141; — L'idée qu'on se fait des — des hôpitaux et des infirmiers dans les lycées, 175; — anglais et la licence des rues, 224; — Un — victime de haines politiques, 256; — à l'Exposition de 1900, 279; — anesthésistes, 279; — et le duel, 296, 376; — et tribunaux, 421; — chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux 321; — Les — et leurs maladies, 373; — Un procès entre — et client, 408; — Un — peut-il être déclaré par les tribunaux responsable à raison d'une imprudence imputable à l'homme de l'art?, 413.
Médicaments (Dosage des — en rapport avec les particularités de l'organisme), 219; — Les — en 1708, 372.
Mégnin, 140.
Mélanosarcome primitif des ganglions cervicaux, 43.
Ménard, 382.
Mendel, 99.
Mendelsohn, 198.
Méningo-encéphalite, 177.
Ménopause, 479.
Mensurations et observations, 415.
Menut, 95.
Méralgie para esthétique, 217.
Mercier, 416, 454.
Méthode (La — de Frænkel au Congrès de Moscou), 473.
Méthylène (Du bleu de — sur les infusoires), 247.
Métrites (Du traitement des — et particulièrement de l'endométrite), 416.
Metschnikoff, 184.
Metton-Lepouze, 40.
Michaelis, 151, 186.
Michaud, 262.
Michaux, 248, 415.
Michel, 57.
Microbes cultivés au contact du bacille de Koch, 94.
Mills, 183.
Milne Bramwell, 215, 232.
Minor (de Moscou), 165.
Miballie, 24, 221, 402, 483.
Mission (Une — scientifique en Vendée), 373.
Mission médicale en Algérie confiée à une femme médecin, 48
Missions scientifiques, 112, 127, 407, 439.
Moelle (Des modifications de la — osseuse dans l'affection charbonneuse), 57; — (Examen histologique de la — de 40 aliénés), 117; — Affections traumatiques de la —, 165; — Les localisations motrices dans la — épinière, 230; — Un cas d'atrophie aiguë des cornes antérieures de la — dorso-lombaire, 234.
Môle (Contribution à l'anatomie pathologique de la — hydatiforme), 71.
Mollard, 57.
Moncorvo, 433.
Monfet, 58.
Mongour, 43.
Monod, 90, 262, 400.
Monprofit, 383.
Monstre double formé de deux cobayes, 93; — humain dérodyme, 388.
Monts-de-piété (Taux d'intérêt des cautionnements déposés aux —), 39.
Monuments. — Duchenne (Inauguration de — de Boulogne), 10; — Fauvel, 456; — Guy Patin, 439, 464; — Larrey, 159; — Pasteur, 421; — Pelletier-Caventou, 64, 127; — Tarnier, 472; — Van Beneden, 127.
Moreau (A.), 106.
Moreau (C.), 119.
Morel, 118.
Morice, 29.
Morin-Goustiaux, 389.
Morphinomane (Le testament d'un —), 30; — et morphinisme, 221.
Morphologie du sang leucémique, 185.
Mort et vie, 128.
Mortalité à Paris, 13, 31, 47, 63, 78, 95, 111, 142, 125, 158, 175, 191, 207, 223, 239, 254, 278, 294, 374, 391, 407, 423, 439, 455, 471.
Mortalité des groupes coloniaux (La —), 15.
Mortillet (A. de), 58, 248, 415.
Mossé, 91, 152, 218.
Motet, 169.
Moty, 220, 285.
Motz, 288.
Moulonguet, 265, 287.
Muratow, 157.
Muscles (De la valeur séméiologique des réactions anormales des —), 201.
Muséum d'histoire naturelle de Paris, 63, 96.
Mutisme (Traitement du — chez l'enfant), 26.
Myofibrose du cœur, 185.
Myxœdème (Physiologie pathologique du —), 156.
Myxosporidie non encore décrite, 57, 388.

N

Nachtel, 68.
Natalité à Paris, 13, 31, 47, 63, 78, 95, 111, 142, 125, 158, 175, 191, 207, 223, 239, 254, 294, 374, 391, 407, 423, 439, 455, 471.
Navires-hôpitaux, 94.
Nécrologie. — *Aihens*, 144. — *Alamartine*, 128. — *Albert*, 240. — *Alcock* (*R.*), 440. — *Anstett*, 32. — *Arrault*, 224. — *Ash*, 112. — *Augier*, 440. — *Auerbach*, 240. — *Augé*, 176. — *Ballue*, 112. — *Bar* (de Toulon), 440. — *Barbé*, 112. — *Barres*, 424. — *Barrière*, 32. — *Bart*, 32. — *Belval*, 456. — *Bessac*, 32. — *Basset*, 176. — *Bauer*, 240. — *Bellangé*, 472. *Bergeret*, 424. — *Berlin*, 208. — *Bernardeau*, 424. — *Bertès*, 424. — *Berthelot*, 160. — *Beuf*, 424. — *Blanc*, 280. — *Blanc* (de Livron), 440. — *Blanchard*, 16. — *Bogomolow*, 144. — *Boismartel*, 192. — *Bonnefin*, 424. — *Bonnet*, 424. — *Bordes-Pagès*, 112. — *Bottard*, 440. — *Bottero*, 408. — *Bouchet*, 192. — *Bouyer*, 144. — *Boyer*, 16. — *Branchat y Vime-Pradat*, 240. — *Brasseur*, 192. — *Brie*, 280. — *Brémond*, 240. — *Brousse*, 14. — *Buchner*, 376. — *Bunker* (*E.-S.*), 440. — *Burchardt*, 240. — *Cade*, 80. — *Calvet*, 240. — *Camuset*, 207. — *Carvalho*, 16 — *De Castro de la Nahedjia*, 472. — *Cauvet*, 440 — *Cernea*, 16. — *Chabena*, 192. — *Chapuit*, 240. — *Chapuy* (*V.*), 224. *Charlot*, 488. — *Charteris* (*M.*), 16. — *Chenantais*, 392. — *Chèvreau*, 440. — *Chonè*, 16. — *Chudzinski*, 16, 30. — *Cittadini*, 456. — *Clemenceau*, 78. — *Clerebant*, 16. — *Coffignon*, 408. — *Coignet*, 424. *Combas*, 440. — *Comte*, 424. — *Corre*, 112. — *Coucret*, 440. — *Courtay*, 440. — *Cuttoli*, 456. — *Danillo*, 376. — *Debrou*, 192. — *Delabrousse*, 424. — *Delbec*, 192. — *Delaissement*, 32. — *Delbecq*, 32. — *Delescluzes*, 112. — *Depied*, 472. — *Descamps*, 440. — *Desmoulins*, 440. — *Détray*, 424. — *Didion*, 144. — *Dimitrowicz*, 408. — *Doumic*, 472. — *Dreschsel*, 240. — *Dreyer-Dufer*, 96. — *Dupont*, 440. — *Duzéa*, 472. — *Ernoult*, 112. — *Esnault*, 472. *Evanno*, 280. — *Evans*, 408. — *Fièvet*, 16. — *Finore* (*G.*), 16. — *Finotti*, 112. — *Flameng*, 440. — *Fraisse*, 472. — *Freeman*, 456. — *Gadaud*, 373. — *Galcazzi*, 440. — *Gardner* (*W.*), 64. — *Gaumé*, 256 — *Gautheret*, 408. — *Gentilhomme*, 48. — *Goix*, 192. — *Govin*, 280. — *Grillenzoni*, 64. — *Gross*, 128. — *Guardia*, 96. — *Guichard*, 440. — *Guidoni*, 440. — *Guillotte*, 192. — *Guterbock*, 376. — *Hamard*, 192. — *Hantraye*, 80. — *Heiberg* (*H.*), 240. — *Heydenreich*, 424. — *Hicks* (Braxton), 208. —

© BIU Santé

Hutin, 32. — *Hueter*, 408. — *Isnard*, 160. — *Jacquemet*, 408. — *Jacquemond*, 192. — *Janessens*, 96. — *Jazenko*, 408. — *José de Antelo*, 64. — *Joubert*, 208. — *Junin*, 192. — *Klein*, 296. — *Kovacs*, 112. — *Kremnitz*, 112. — *Krüss*, 96. — *Laffon*, 16. — *Laforestorie*, 424. — *Lalagut*, 192. — *Lannegrie*, 424. — *Largeau*, 239. — *Latapie*, 128. — *Legros (E.)*, 16. — *Lelot*, 240. — *Lemire*, 440. — *Lermont*, 112. — *Lesur*, 80. — *Le Noir*, 176. — *Letamendi*, 64. — *Levié*, 16. — *Lombard*, 192. — *Lorenzo* 64. — *Lusk (W.-T.)*, 16. — *Luys*, 141. — *Macquard* 96. — *Mackinnon*, 440. — *Mahaut*, 240. — *Mall*, 296. — *Maréchal*, 16. — *Maret*, 440. — *Marmé*, 64. — *Martines*, 440. — *Marzelles*, 192. — *Melquioud*, 112. — *Melonoud*, 440. — *Meyer (V.)*, 128. — *Michel (G.)*, 61. — *Minard*, 16. — *Moinel*, 16. — *Molènes*, 392. — *Molle*, 112. — *Mongeot*, 208. — *Monnier*, 192. — *Moresco y Larado*, 144. — *Mouchot*, 408. — *Muller*, 440. — *Nelson*, 144. — *Nicaise*, 128. — *Oertel*, 64. — *O'Grady*, 376. — *Olivet*, 440. — *Paillette*, 176. — *Peillon*, 456. — *Paliard*, 280. — *Peillas*, 472. — *Perès*, 160. — *Pirotte*, 144. — *Plonquet*, 80. — *Plugge*, 64. — *Pochoy*, 96. — *Poisson*, 408. — *Pomier*, 256. — *Potentini*, 440. — *Preyer*, 64. — *Privat*, 192. *Pulligino*, 472. — *Quantin*, 96. — *Rambaud*, 176. — *Ramskill*, 112. — *Raval*, 112. — *Ravier*, 80. — *Ravoux*, 176. — *Relatti*, 440. — *Ribard*, 488, — *Rougier*, 256. — *Roy (C.-S)*, 376. — *Rupin*, 176. — *Rutherford*, 392. — *Sacquepée*, 408. *Saulan*, 176. — *Savelle*, 440. — *Scheck*, 408. *Scheffer*, 376. — *Schindler*, 256. — *Schutzenberger*, 13. — *Seguy*, 208. — *Serres*, 192. — *Shukow*, 376. — *Sicard*, 424. — *Silvetri (A.)*, 376. — *Smith (J.-L.)*, 16. — *Sourdin*, 112. — *Spathès*, 472. — *Steenstrup*, 64. — *Svormay*, 160. — *Tarnier*, 437. — *Tavera*, 408. — *Tercinier*, 392. — *Terrière* (de la), 280. — *Thibal*, 472. — *Thiébault*, 16. — *Thiéry* (de Combles), 208. — *Tholozan*, 160. — *Tournatoire* 408. — *Tournier*, 408. — *Valette*, 208. — *Vernet*, 440. — *Vetelay*, 392. — *Vigneron*, 64. — *Vinet*, 408. — *Voss*, 440. — *Wagnier*, 176. — *Wattennes*, 208. — *Welcker*, 208.

Nélaton, 6, 71, 94, 248.
Néphrectomie pour tuberculose primitive du rein, 271.
Néphrites (Classification clinique des —), 135, 149; — Des — chroniques parenchymateuses interstitielles 149; — La pathogénie de la — chronique, 149; — Etiologie de la — chronique, 150.
Néphrotomie pour anurie chez une femme ayant un sein unique, 385.
Nerfs (Les — du cœur et la glande thyroïde), 27; — Paralysie du — cubital, 94; — De la conductibilité bilatérale des —, 233; — Section complète du — sciatique poplité, 288.
Neurasthénie (Traitement de la — par l'électricité), 213; — Contribution à la thérapie de la — sexuelle, 232; — urinaire, 385; — Pathologie et thérapeutique de la —, 402.
Neuropathologie (Du traitement électrothérapique et —), 214.
Névralgie diaphragmatique d'origine palustre, 409.
Nicolaï, 272.
Nicolas, 399.
Nicolich, 289, 386.
Nimier, 71, 263, 286.
Nittis (de), 69.
Nobécourt, 109.
Nenwki, 122.
Nobele, 106.
Nocard, 58, 69.
Noguès, 105, 386.
Noir, 41, 72, 206, 464.
Nominations, 112, 375, 421, 439.
Norman Moore, 100.
Notes cliniques sur l'emploi de la nouvelle tuberculine T. R. du Pr R. Koch dans le traitement de la tuberculose, 425, 441.
Nourrissons (Mortalité des — placés en 1896 dans le Loiret), 40.
Noury, 93.
Nycthémie appliquée à l'étude des maladies mentales nerveuses, 118.

O

Obersteiner, 152.
Oberthier, 250.
Obésité (Pathogénie de l'—), 137.
Obrastrow, 186.
Obsessions (Sur l'étude de quelques —), 118; — Séméiologie des — et idées fixes, 153; — Diagnostic différentiel entre les — et les idées fixes, 153.
Obstruction intestinale, 400.
Occlusion intestinale, 6, 248, 274, 389.
Œdème segmentaire, 292.
Œil (Altération du fond de l'—), 273.
Œsophage (Corps étranger de l'—), 433.
Ogier, 1.0.
Oiseaux (Les — dans les hôpitaux anglais, 192; — Phénomènes de l'orientation des —, 465.
Onimus, 188, 273.
Openkhowski, 186.
Opérations abdominales (La supériorité de la femme au point de vue des —), 23; — Deux cas d'— césarienne, 26; — Des — pratiquées par la voie sacrée, 73.
Opérations nouvelles (Les — sur les voies biliaires), 1, 52.
Ophtalmie (Instruction prophylactique relative à l'— des nouveau-nés), 95.
Ophtalmologie, 393.
Oppenheim, 8.
Oreillons (Transmissibilité des — de l'homme au chien), 236.
Ostéome du ligament rotulien, 249).
Ostéoporose (L'— progressive), 58.
Otite (L'— sympathique), 264.
Outillage (Simplification de l'— électrothérapique), 214.
Ouvriers (Etude médicale sur les — des houillières), 250.
Oxyde de carbone (Intoxication par l'—), 106.
Ozène (Contribution au traitement de l'— par l'électrolyse métallique), 418; — Traitement de l'—, 465.

P

Pachyméningite et méningo-encéphalite, 177.
Pailhas, 108.
Paludisme (Traité du—), 273.
Pancréatite (Sur la — hémorragique), 219.
Pantaloni, 383.
Panthier, 74.
Papillaud, 28.
Papillault, 248, 415.
Para-hérédo-syphilis de deuxième génération, 219.
Paralysie ascendante survenue au cours d'un traitement antirabique, 6; — générale, 90; — du nerf cubital, 94; — ascendante streptococcique, 109; — De la — progressive chez les femmes, 154; De la pathogénie de l'apparition des foyers dans la — générale des aliénés, 157; — Contribution à la connaissance anatomo-pathologique de la — musculaire, 164; — La valeur diagnostique des symptômes prodromaux, qui précèdent de longtemps les manifestation de la —, 199; — Considérations sur la — générale, 217; — Traitement de la — agitante, 231; — La — générale, 236; — ascendante aiguë expérimentale; 290; — Diagnostic de la — du sympathique, 405; — et syphilis, 484.
Parasyphilitiques (Sur les affections —), 156.
Paris, 236.
Parisot, 118.
Parole (Des troubles de la — d'origine épileptique), 132.
Pasteur (Le médaillon de —), 62.
Patein, 274.
Patente médicale, 80.
Pathault, 390.
Pathologie générale, 257, 281, 377.
Patronage (Les comités) de — des hôpitaux), 44.
Pauchet, 389.
Pavlinov, 150.
Pavy, 185.
Péan, 43, 94, 188.
Peau (Fibromes multiples et congénitaux de la —), 474.
Pénières, 388.
Périer, 26.
Péritoine (Injection considérable, 7 litres au maximum d'eau stérilisée salée dans le — — d'un chien), 24; — Manœuvres diverses sur le —, 409.
Péritonite purulente, 389.
Pérochaud, 24.
Péron, 414.
Personnel secondaire des hôpitaux de Paris, 170.
Peste (Bactériologie de la —), 43; — en Asie, 14, 48, 137, 192; — à Constantinople, 64; — aux Indes anglaises, 208, 224, 408; — bovine au Transvaal, 64, 79.
Petit (J.-M.), 398.
Petit (Léon), 29, 274, 416.
Petit (L.-H.), 70.
Petit (P.), 71.
Pétrov, 166.
Petrucci, 91, 165.
Peyron, 172, 418.
Peyrot, 270, 401, 415.
Pharmacie cantonale, 48; — des gens du monde, 408.
Pharmacie centrale des hôpitaux, 321.
Pharmacien (Grave accident arrivé à un —), 208.
Phénomènes psychiques avec un caractère d'irrésistibllité, 155.
Philbert, 434.
Philippe, 145, 478.
Phisalix, 57, 109, 205, 454, 465.
Phlébite (Sur un cas de — du sinus latéral), 264.
Phocas, 264, 268, 273.
Photographies d'effluves, 69.
Phtisie (Bases d'une thérapeutique rationnelle de la —), 151.
Phylloxera (Sur une bactérie pathogène pour le —), 414.
Physiologie pathologique, 49; — Rapports existants entre la — et la médecine pratique, 135.
Picard, 42, 276.
Pichevin, 43, 71, 73, 416.
Pick (de Prague), 154, 403.
Picqué, 248, 274, 285, 387, 389, 468.
Pied plat douloureux, 220.
Pierre-le-Grand et l'anatomie, 142.
Pigmentation du péritoine intestinal, 236.
Pilliet, 74, 109, 247, 257, 281, 377.
Pinard, 6, 26, 56.
Pisek, 149.
Pitres, 153.
Pittarelli, 122.
Pitts, 403.
Plaies (De la conduite chirurgicale dans les — pénétrantes de l'abdomen), 220; — de la face par arme à feu, 265; — De l'intervention large dans les — de la poitrine par arme à feu, 270.
Plasmodies malariques, 184.
Pleurésie avec microbes tétragènes, 26; — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les — purulentes, 59; — Les — séro-fibrineuses, 399; — Nature des — séro-fibrineuses, 415; — Putride sans gangrène, 467, 479.
Plicque, 157.
Pneumocèle consécutive à la pleurotomie, 26.
Pneumocoques (Arthopathie due aux —), 388.
Pneumonie (Observation de — avec très haute température), 57; — De la — fibrineuse bilieuse, 166; — Sur le traitement de la — par la digitale à haute dose, 184.
Poirier, 26, 389.
Poitou-Duplessis, 6.
Poix, 70.
Policlinique de Paris, 328.
Poliencéphalomyélite (Association d'— et de névrite purpérale), 403.
Polynévrite arsénicale, 234; — Un cas de — motrice des membres inférieurs, 233.

© BIU Santé

Polypes naso pharyngiens, 263.
Polypes (Cinq cas de — urétraux), 387.
Pollack, 74.
Pommade contre les syphilides impétigineuses du cuir chevelu, 47.
Poncet, 69, 188, 261.
Porak, 416.
Posner, 141.
Potain, 291.
Potherat, 270, 285, 415.
Pouce (Luxations dorsales externes du —), 401.
Poudre composée pour injections vaginales, 47; — De l'administration des — et des liquides par les voies respiratoires, 204.
Poule tuant d'un coup de bec un de ses poussins, 69.
Poulets (Greffes sous-cutanées d'embryon de —), 414.
Poupé, 166.
Poussières (Les — des appartements), 236.
Pousson, 27, 271, 385.
Pozzi, 71, 468.
Pratique médicale (Le contrôle de la — par les journaux), 79.
Presse (Polémique de —), 17.
Prix Astley Coper, 456.
Procédés administratifs des hôpitaux du Havre, 172.
Procès du Dr Meloche, 440.
Projectiles (Extraction des — intra-craniens), 414.
Prolongements protoplasmiques et cylindraxiles 94.
Prompts (Les — secours à Paris), 68, 396.
Prostate (Compression digitale de la —), 140; — castration et hypertrophie de la —, 288; — Hypertrophie de la —, 289.
Psittacose (De la — au point de vue épidémiologique; — Relation de deux nouveaux cas observés à Saint-Denis), 225, 241.
Psoriasis invétéré, 27
Psychoses (Des relations entre les —, la dégénérescence mentale et la neurasthénie), 200; — et rêves, 201.
Pulligny, 40.
Purpura consécutif à l'empoisonnement par la benzine, 288
Putréfaction (Les facteurs internes de la — des cadavres), 118.
Pyocyanique (Fait d'infection —), 293.
Pyonéphrose ou contagion rénale, 387.

Q

Quainton, 247, 399.
Quénu, 26, 43, 94, 248, 287, 468.
Quételet, 44.

R

Races de l'Europe, 28.
Radiographie (Pièces de — humaine), 24; — du crâne, 109; — courant de haut potentiel, 433.
Raffegeau, 231.
Rage (Un cas de — chez le chat), 48; — chez les chats à Paris, 110; — Un cas de —, 256.
Raichline, 164, 399.
Raillet, 24.
Ramond, 55.
Ranula (De la —), 141.
Raugé, 264.
Raymond, 81, 97, 415.
Rayons X (Les — en médecine légale), 15; — Diagnostic des calculs vésicaux par les —, 15; — Les — et les plaques photographiques, 31; — Application des — pour un corps étranger avalé, 32; — et la tuberculose, 43; — et la nutrition des tissus, 214; — en chirurgie, 465.
Réaction agglutinante du sérum, 399.
Reblaud, 386.
Reboul, 286, 288, 401.
Regami, 247.
Reclus, 43, 94, 248.
Récompenses, 14, 31, 63, 112, 126, 191, 240, 255, 375, 424, 469, 472.
Récréations (Les — d'un praticien), 74.
Rectum (Cancer du —), 26, 43, 209); — Prolapsus du — chez un enfant de cinq ans, 286; — Résection du — avec abaissement à l'anus du bord supérieur, 287; — Corps étrangers du —, 400.
Redard, 268, 382.
Rééducation suggestive de la volonté, 117.
Réflexe tendineux dans le rhumatisme, 24; — Rapport sur la valeur pathogénique et séméiologie du —), 198; — cutanés chez les épileptiques, 235.
Refuge de nuit, 40.
Regaud, 57.
Régis, 91, 118, 153.
Regnard, 206.
Regnault, 94, 249.
Regnier, 189, 199, 213, 216, 238.
Rein (Intervention chirurgicale dans la tuberculose du —), 385.
Rellay, 74, 177.
Remèdes (Les vieux — de la région du fleuve Amour), 436.
Remlinger, 24, 55, 290.
Remplacements de vacances, 79.
Rémy, 263.
Renaut (J.), 434.
Rendu, 6, 43, 292.
Renon, 236, 273, 399.
Renzi, 109.
Réseau du capillaire sanguin, 247.
Résine (Nouveau traitement des tuberculoses chirurgicales par la — d'euphorbe), 388.
Responsabilité (De la — et notamment de la — partielle), 107; — chirurgicale, 245; — La — médicale, 413.
Rétentions rénales (Physiologie pathologique des —), 272.
Retraite (Mise à la — du Pr Falret), 455.
Revaccinations (Les —), 248.
Reverdin, 26, 381.
Revue de chirurgie, 249.
Revue de jurisprudence médico-pharmaceutique, 73.
Revue des maladies de l'enfance, 434.
Revue des maladies du système nerveux, 221, 402.
Revue de pathologie mentale, 7.
Revue de thérapeutique, 59, 72, 121, 206, 416.
Rey, 105, 118.
Reymond, 272, 273, 386.
Reynier, 27, 43, 109, 389, 397.
Rhumatisme articulaire sanguin, 247, 399; — Microbes du —, 433.
Ricard, 27, 43, 94.
Richard, 389, 434.
Riche, 273, 402.
Richelot, 26, 94, 389.
Richet, 24, 93.
Rioblanc, 262, 286.
Rire (Du — en thérapeutique ou du singe qui but la médecine), 252.
Ritti, 87.
Rivière, 264, 401, 416.
Robert, 94.
Robertson, 156.
Robin, 120.
Rochard, 389.
Rochat, 169.
Rodet, 221.
Roger, 24, 57, 69, 135, 247, 290, 398.
Rondel, 42.
Rosenheim, 164, 186.
Roth, 155.
Rothschild (H. de), 434.
Rotule (Fracture de la —), 6, 26.
Rougeole (Statistique de la — aux Enfants-Malades), 70
Roussel (Th.), 48.
Roussel (A la mémoire de Th.), 157.
Rousselet, 43.
Routier, 94, 248, 415, 468.
Roux, 43, 69.
Rubel, 184.
Ruhemann, 72.
Rullière, 24.
Rutten, 231.

S

Sabatier, 389, 398.
Sabouraud, 27.
Sabran, 40.
Sabrazès, 24, 105, 117, 153, 218, 290.
Sacchabine (Interdiction de la — dans la bière en Belgique), 68.
Sages-Femmes en Vendée, 142; — dans le Sud Algérien, 280.
Saillies autorisées sur la façade des maisons, 389.
Saint-Thomas's Hospital Reports, 403.
Sakorraphos (Ménélas), 475.
Salamandre (Venin de la grande — du Japon), 57, 109.
Salophène (La —), 72.
Samsons (Les —), 415.
Sang (Inoculation du — capillaire de congénère dans la tuberculose acquise), 135, 220; — Cas de maladies cérébrales dans lesquelles les fonctions respiratoires cessent quelques temps avant celles de la circulation du —, 161; — Désintoxication du — dans le traitement des maladies infectieuses, 166; — Le — et ses pigments, 247
Sano, 187, 199, 230.
Sansom, 166, 184, 186.
Sanson, 28, 248.
Sante et Sanctis, 201.
Sarcome de l'urètre, 386.
Schlesinger, 154.
Schwartz, 26, 71, 94, 250, 401, 415.
Sciatique (Traitement de la —), 234.
Science et étiquette, 174.
Sclérose (Note sur l'histogénèse des — du myocarde produites par l'intoxication diphtérique expérimentale), 57.
Sclérose atrophique, 177.
Scolioses (Sur la correction opératoire des — graves), 269.
Séborrhée (Discussion sur la — et les alopécies), 27.
Secours (Les prompts — à l'Exposition de Bruxelles 1897), 86.
Secret professionnel médical devant la justice, 105.
Sécrétion lacrymale, 24; — Internes (l'expression), 141.
Segala Estallela, 141.
Segond, 71, 248, 274, 468.
Sels de plomb (Elimination des —).
Seeves (de), 53.
Senator, 149.
Sensibilité (Influence de désordres de la — sur la motricité), 216.
Sero diagnostic de la fièvre typhoïde, 166, 183.
Sérothérapie du tétanos, 43, 58.
Serres, 87.
Sérum (Emploi préventif du — antitétanique), 69; — Sur les propriétés antitoxiques du — de vipère, 205; — Résultats obtenus par le — antistreptococcique, 217; — anti-lépreux, 320; — préparé avec des streptocoques, 398; — Fabrication du — thérapeutique, 439.
Services (Des — d'accouchements à Paris, 297; — militaire des étudiants, 311.
Service (Inauguration du — gynécologique de M. Pozzi à l'hôpital Broca), 4; — L'éclairage électrique d'un — de chirurgie, 51; — de prompts secours en Italie, 175; — Les manœuvres du — de santé, 277; — chirurgical du Dr A. Gallet, 469.
Service médical de nuit à Paris, 223, 252.
Service de santé des colonies, 14, 63, 143, 191, 279, 456.
Service de santé de la marine, 14, 31, 143, 191, 223, 255, 279, 406, 407.
Service de santé militaire, 14, 31, 63, 79, 96, 126, 159, 175, 191, 223, 239, 279, 391, 407, 412, 456.

© BIU Santé

Sevestre, 79, 388, 400.
Sicard, 432.
Sieur, 73.
Signe cuboïdien du pied plat douloureux, 220.
Simon (J.), 145.
Simonnin, 236.
Sklifossowsky, 135.
Smetz-mondy, 106.
Société anatomique, 338, 407.
Société d'anthropologie, 28, 58, 248, 401, 415.
Société de Biologie, 23, 55, 69, 93, 106, 236, 247, 273, 336, 388, 398, 414, 432, 454, 465.
Société de Chirurgie, 6, 26, 43, 71, 91, 248, 274, 279, 338, 388, 400, 415, 433, 468.—de Lyon, 15.
Société de dermatologie et de syphiligraphie, 27.
Société française d'électrothérapie, 340.
Société d'hypnologie (Septième séance annuelle de la —), 14, 64, 340, 402.
Société de Médecine d'Hydrologie etc , 340.
Société de Médecine de Par s, 340, 375.
Société de Médecine légale de Paris, 126, 339.
Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle, 6, 120, 339; 389, 434.
Société des Médecins des Bureaux de Bienfaisance, 468.
Société médicale des Hôpitaux, 26, 70, 292, 339, 388, 400, 433, 467.
Société obstétricale et gynécologique de Paris, 43, 71, 292, 416.
Société pour la propagation de l'Incinération, 407.
Société de Thérapeutique, 46, 274, 433, 468.
Société de méde ine de Nancy, 126.
Socquet, 275.
Sollier (P.), 221;
Sommeil suggéré, 402.
Sons (Perception des —), 24.
Sorel, 40, 172, 267, 385.
Soufre (Du — dans les urines), 454.
Souris (Le commerce des — de laboratoire), 123
Spasme (Rôle du — et de la contracture dans les affections des organes digestifs), 136.
Spire, 280.
Spiritisme (Le — aux Indes en 1674), 278.
Sporozoaires (Des corps ressemblant à des —), 432.
Stadelmann, 232.
Statistique sanitaire, 463.
Statues — Lavoisier, 375, 456. — Pasteur, 75; — à Melun, 436.
Stembo, 403.
Stauss, 39.
Streptо-Bacille, 399.
Streptocoque saprophyte, 93, — introduit dans l'organisme, 290.
Strumpell, 98.
Substance agglutinante (Formation de la — chez les typhiques, 93.
Sueur (Toxicité de la —), 398.
Suggestion criminelle, 215; — Les —, 232.
Suicide d'un étudiant en médecine, 223; — d'un médecin, 375
Superacidité (Traitement des —, supersécrétion et gastroxynsis), 416.
Suppurations anciennes, 397.
Surmont, 183
Sutherland, 156.
Sutils, 40.
Suture (Sur la cure des exstrophies vésicales par la — marginale), 290.
Swolfs, 214.
Sympathique (Sur la résection du grand — cervical dans le goitre exophtalmique), 266.
Syndicat des médecins des stations balnéaires, 28; — médicaux et assistance médicale gratuite, 41; — médical du Puy-de-Dôme, 94.
Syndrome (Le double — de Brown-Séquard dans la syphilis spinale), 33.46; —Sur un — observé au cours d'affections cérébrales, 157.
Syphilis spinale (Le double syndrome de Brown-Séquard dans la -), 33, 457; — Traitement précoce de la —, 168; — Traitement de la — par le sérum d'animaux mercurialisés, 168; — Traitement des déformations de la — héréditaire, 465.
Syringomyélie à type de Morvan, 27; — Malade atteint de la —, 57; — Observation de —, 69; — Pathogénie et anatomie pathologique de la —, 154; — Sur l'existence de mouvement classiques au cours de la —, 165; — Quelques observations sur la —, 166; — La valeur diagnostique de la main succulente dans la —, 234; — Un cas de — avec pied succulent, 235.
Sziklai, 186.

T

Tabes juvénile et — héréditaire, 81, 97; — Rapport sur le traitement du —, 137; — La pathogénie du — dorsalis, 152; — Sur la nature des modifications de la moelle épinière dans le — 153; — Traitement mécanique du —, 153; — Pathologie et anatomie pathologique du — dorsalis, 153; — L'organothérapie dans le traitement des paralysies alcooliques, de l'épilepsie jacksonnienne, 152; — Quelques observations sur le — dorsal, 161; — Sur la thérapeutique du — dorsalis, 164; — Quelques considérations sur le traitement du — dorsalis, 164; — Traitement du —, 234; — dorsal spasmodique, 235
Tables (Les — de régime dans les villes d'eaux), 28.
Tachard, 262.
Taches pigmentaires, 93.
Tailhefer, 386, 474.
Taka-Diastase (Action de la — dans les gastrites), 121.
Tamburini, 187, 200
Tarnowsky, 168, 418.
Tarsalgie double et lipomes symétriques de la voûte plantaire, 129.
Tartrates (Nouveau ferment des —), 399.
Tatouage (Le record du —), 123.
Tédenat, 263, 272.
Tension (Ferments solubles injectés dans les veines abaissant la —), 109.
Terrier, 51, 59, 382.
Terson, 273.
Testament d'un morphinomane, 30.
Testicules (Des indications des opérations sur les —), 288.
Tétanos (Bacille du —), 24; — et sérothérapie, 83, 58, 140
Tétès (La graduation des —), 78.
Thayer, 151, 186.
Théobromine (Action diurétique de la —), 274.
Thérapeutique électrique (Sur les applications nouvelles du courant ondulatoire en —), 93.
Thérapeutique, 60; — La — simpliste, 72; — 425, 441.
Theses de la Faculté de Médecine de Paris, 13, 45, 278, 294, 373, 406, 423, 436, 455, 471.
Thibet (Voyage au —), 248.
Thiroloix, 247, 399.
Thivet, 42.
Thoinot, 292.
Thomas, 398.
Thomsen, 199.
Thromboses (De la physiologie pathologique des —), 137; —de la veine porte, 232.
Thyroïdectomie, 267.
Tillaux, 26.
Tison, 166, 169.
Tissier, 416.
Tokorsky, 165.
Tombes préhistoriques (premier âge du fer), 58.
Toucher (Du — vésical dans certaines affections périutérines), 261.
Toulouse, 24.
Toussaint, 72.
Toxicité urinaire subite, 24.
Toxines (Les défenses gastro-intestinales vis-à-vis des —), 137; — Sur les — en dermatologie, 139; — Destruction des — tétaniques, 399
Trachée injectée à peu près impunément de l'eau chaude à 60°, 93; — Le tubage dans le cas de corps étrangers de la —, 388.
Tractus uvéal, 169.
Traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorragies puerpérales, 72.
Transformisme et son interprétation en craniologie, 248; — et la mythologie, 253.
Transports (Rapatriement par — hôpitaux, 388.
Traumatisme (Contribution à l'anatomie pathologique du —), 230; — Effets du — opératoire chez le vieillard, 263; — légers exercés sur la peau, 432.
Traumatol, 169.
Travaux scientiques (La maladie et les —), 44.
Trélat, 389.
Trend, 42.
Triboulet, 273, 414, 433.
Trichinose (Sur l'accroissement des cellules éosinophiles dans la —), 151.
Trional (Quelques remarques sur les applications du —), 72.
Trois'er, 24.
Troitzky, 219.
Trouessart, 388.
Tuberculeux (Assistance aux —), 39; — Isolement des —, 40.
Tuberculine, 417; — Notes cliniques sur l'emploi de la nouvelle tuberculine TR du Pr Koch dans le traitement de la tuberculose, 425, 441.
Tuberculose des poissons, 6; — cutanée, 7; — Rapport sur la — des hôpitaux de Rouen, 39; — Thérapeutique générale des — d'ordre chirurgical, 135; — Traitement de la — par le climat, 150; — Climatothérapie de la —, 150; — et tuberculine, 150; — Etiologie de la — —, hérédité et contagion, 151; — De l'action curative du nitrate d'argent et de l'ergotine dans la — pulmonaire, 151; — Recherches sur la — expérimentale des vertébrés du sang froid, 251; — Calculs et — urinaires, 271; — juxta-coxale, 382; — TR de Koch, 400; — rénale, vésicale et pulmonaire, 445; — Traitement par la —, 446; — des animaux à sang froid, 465.
Tuffier, 263, 274, 414.
Tumeurs papillaires de la vessie, 24; — (Traitement chirurgical des — du gros intestin), 286; — Hystérectomie abdominale totale pour —, 383; — Grosses — du rein, 385; — Quelques cas de — de la vessie, 387.
Tumulus sans sépultures, 415.
Typhlite gangréneuse expérimentale, 414.
Typhus en Allemagne, 144.

U

Ughetti, 150, 183, 219.
Ulcération blennorrhagique, 168.
Ulcère (Cancer d'estomac greffé sur un —), 292.
Universités. — Droits à percevoir, 111; — Organisation (L'— des —), 74; — Le Conseil de l'— de Paris, 11, 75; — U. de Bologne au moyen âge, 44; — U. de Bruxelles, 126; — U. de Chicago, 375; — U. étrangères de langue française, 362; — U. de France, 96, — U. de Grenoble, 111; — U. de Liège, 375; — U. de Lyon, 111; — U. de Montpellier, 391; — U. de Paris (Conseil de l'—), 299, 456; — U. de Princeton, 375; — U. de province, 143.
Urée (Modifications produites dans l'élimination de l'—), 69.
Urémie (Sur l'emploi de la saignée dans le traitement de l'—), 149; — Sur l'— fébrile, 150.
Urétrites (Des — non gonoccociques), 386; — Quelques cas d'— aseptiques et infectieuses primitives, 386.
Urétérectomie (Note sur l'— totale), 271.
Urètre (De la voie sous-symphysaire pour aborder l'— féminin), 289.
Urine (Etude sur l'— normale de l'enfant), 58; — Pouvoir immunisant de l'— des typhiques, 109; — conservée en ballons stériles, 109; — de femmes éclamptiques, 454; — paraplégie et —, 479.
Utérus enlevé avec les annexes par la voie vaginale pour un double pyosalpinx, 43.

© BIU Santé

V

Vacances médicales, 160 ; — La question des —, 470.
Vaccine (Limite d'immunisation de la —), 24.
Vaginisme (Observation de —), 71.
Valentin, 117, 232, 402.
Valenza, 94, 230.
Vallin, 247, 274, 468.
Vallon, 71, 118, 153, 155, 217.
Valude, 109.
Valve (Double — abdomino-vaginale pour laparotomie), 384.
Vanderheim, 247.
Vandevelde, 298.
Van Ermengem, 119.
Van Gehuchten, 187, 199, 230.
Vaquez, 291, 414.
Vaquier, 434.
Varicocèle (Valeur pronostique du —), 288 ; — Valeur pronostique du — dans les tumeurs du testicule, 385.
Variole (La — aux colonies), 94 ; — à Chypre, 229.
Variot, 26, 433.
Vautrin, 286.
Vauvillé, 28.
Venès (de), 231.
Venin des Vespidæ (Antagonisme entre le — et celui de la vipère : le premier vaccin contre le second), 454.
Verchère, 271.
Verdun, 414.
Verhoogen, 200, 214, 231.
Vermont, 40.
Vernali, 233.
Verrigot, 231.
Verrier, 199.
Verrues (Contre les —), 78.
Vésely, 166.
Vessie (Tumeurs papillaires de la —), 24 ; — Récidives gastro-opératoires des calculs de la —, 272 ; — Calcul enchatonné de la —, 386.
Vétérinaires (Le grand conseil des — et le Congrès vétérinaire), 405 ; — Une nomination de — extraordinaire, 205.
Vêtement (Le — des femmes et la position de leur estomac), 186.
Vibrion septique, 24.
Vicard, 41.
Victoroff, 152.
Vie (De la continuité de la — comme base d'une conception biologique), 135 ; — La défense de la — humaine, 277.
Vieillards (Assistance des — et des infirmes), 40.
Vignes, 169.
Vigouroux, 214.
Villard, 264, 285.
Villemin, 26.
Villes d'eaux (Les tables de régime dans les —), 28.
Vins (Les — dans la thérapeutique), 60.
Violi, 217.
Virchow, 135 ; — Le professeur —, 252.
Viscères (Inversion des —), 109 ; — Présence des bacilles diphtériques dans les —, 388.
Vision (La dissociation de la — binoculaire chez quelques strabiques et quelques hystériques), 233.
Visite du Président de la République à l'hospice de Bicêtre, 403.
Vitrac, 401.
Vivant, 151.
Vizioli, 155, 217.
Voies biliaires (Les opérations nouvelles sur les —), 1, 52, 113, 161, 193, 240.
Voies de pénétration (Salubrité du projet des — de la ligne d Orléans), 389.
Voisin (A.), 402.
Voisin (J.), 187, 200, 216, 483.
Voix eunuchoïde, 465.
Vol au narcotique, 208.
Volansky, 72.
Volonté (Rééducation suggestive de la —), 117.
Volvulus (Obstruction intestinale par un — chez un nouveau-né), 416.
Vomissements (Les — incoercibles des femmes enceintes : leur guérison rapide), 137.
Voute plantaire (Lipomes symétriques de la —), 129.
Voyelles (Etude des — par la photographie des flammes manométriques), 399.

W

Walther, 94, 401.
Weber, 140.
Wecker (de), 393.
Wehlin, 43.
Widal, 109, 166, 205, 273, 432, 467.
Welling, 40.
Winckler, 187.

Y

Yeux (Embryon des — de poulets), 24.
Yvon, 10, 454.

Z

Zaborowski, 58, 401, 415.
Zaepfel, 122.
Ziemssen, 150.
Zona (Topique contre le — ophtalmique), 47 ; — et syphilis, 168.

PARIS. — IMP. V. GOUPY, G. MAURIN SUCC., RUE DE RENNES, 71.