

Bibliothèque numérique

medic@

Revue médicale française et étrangère

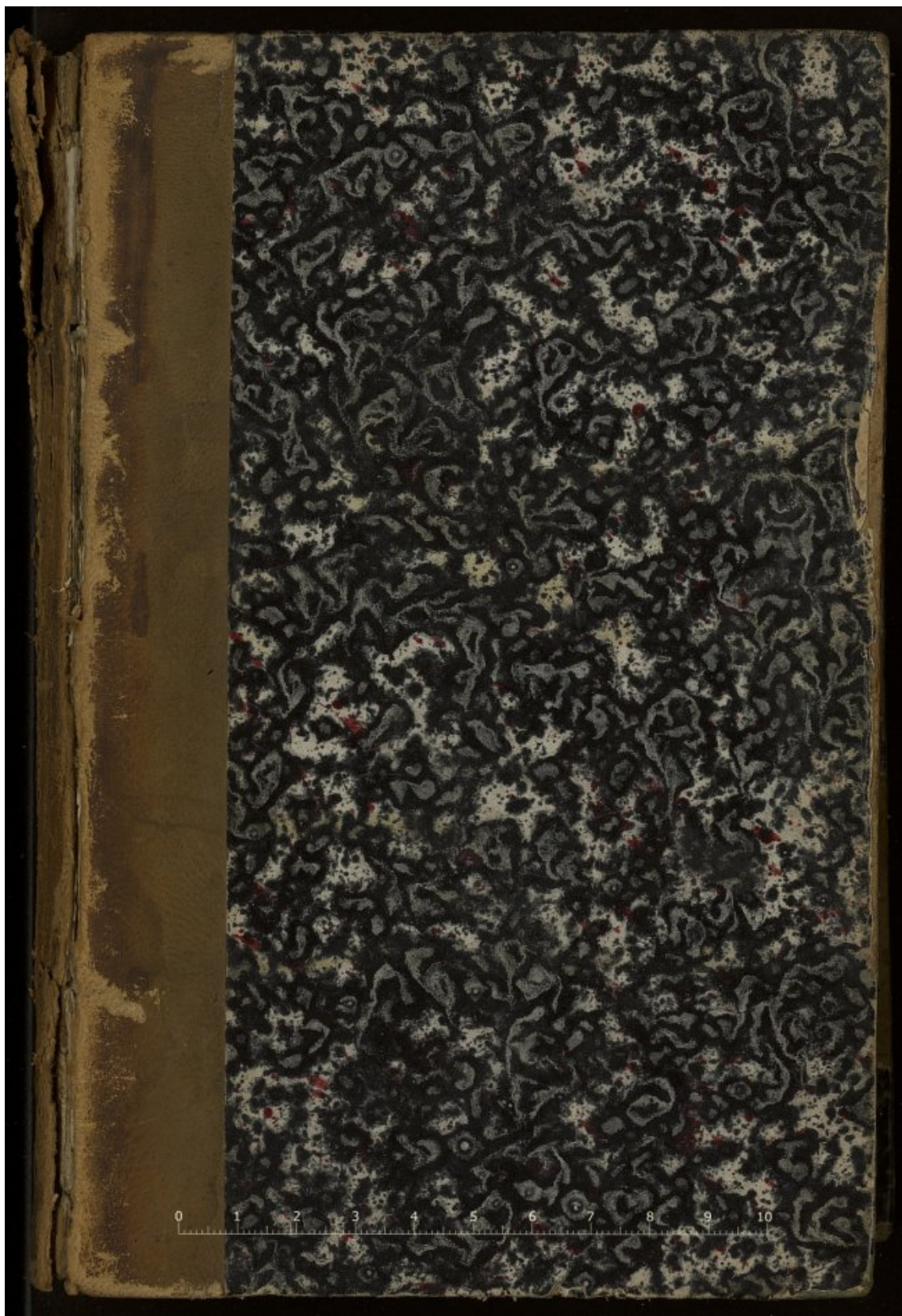
Tome 2 . - Paris : rue Louis-le-Grand, 11, 1881.

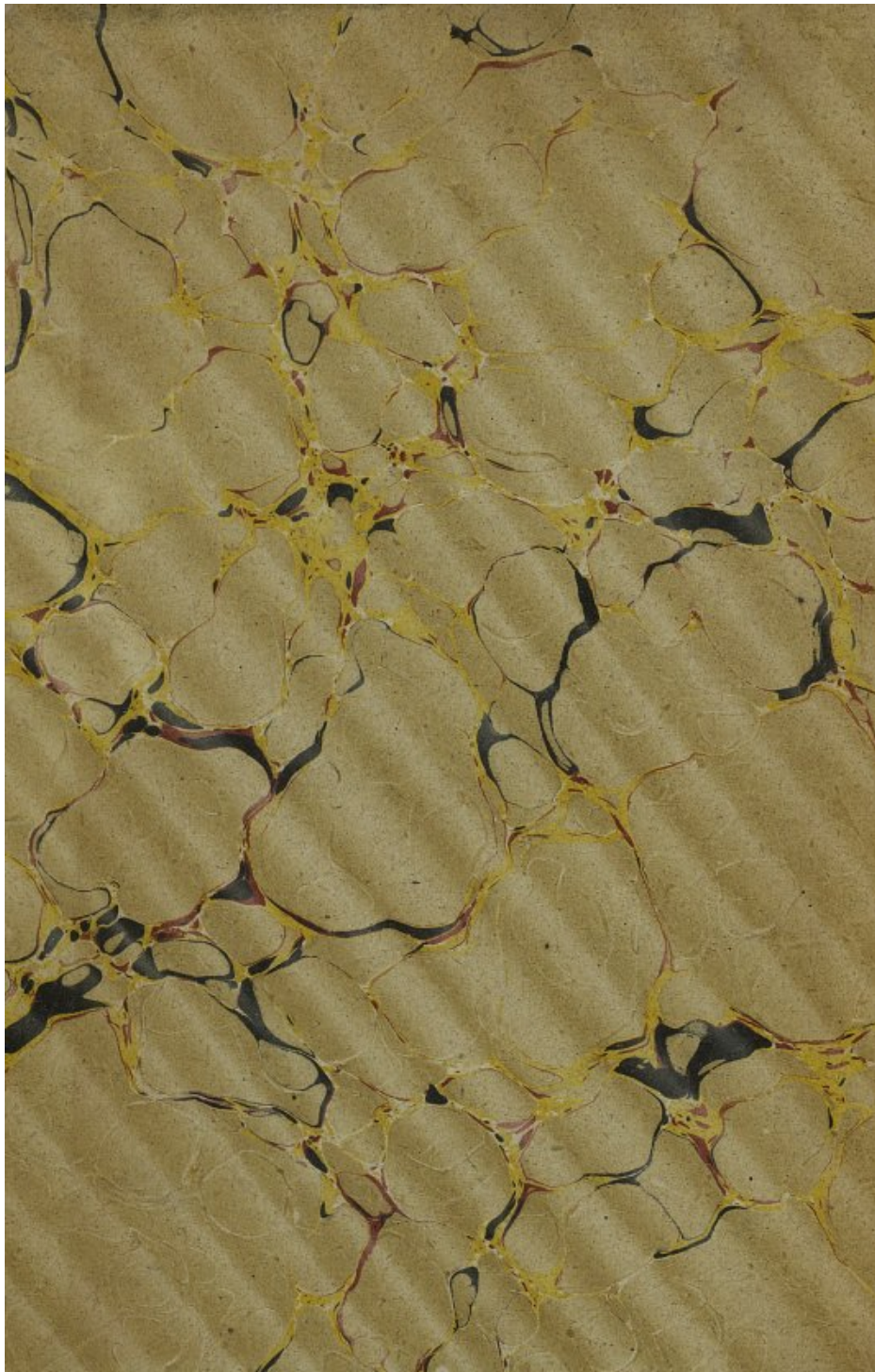
Cote : 90219

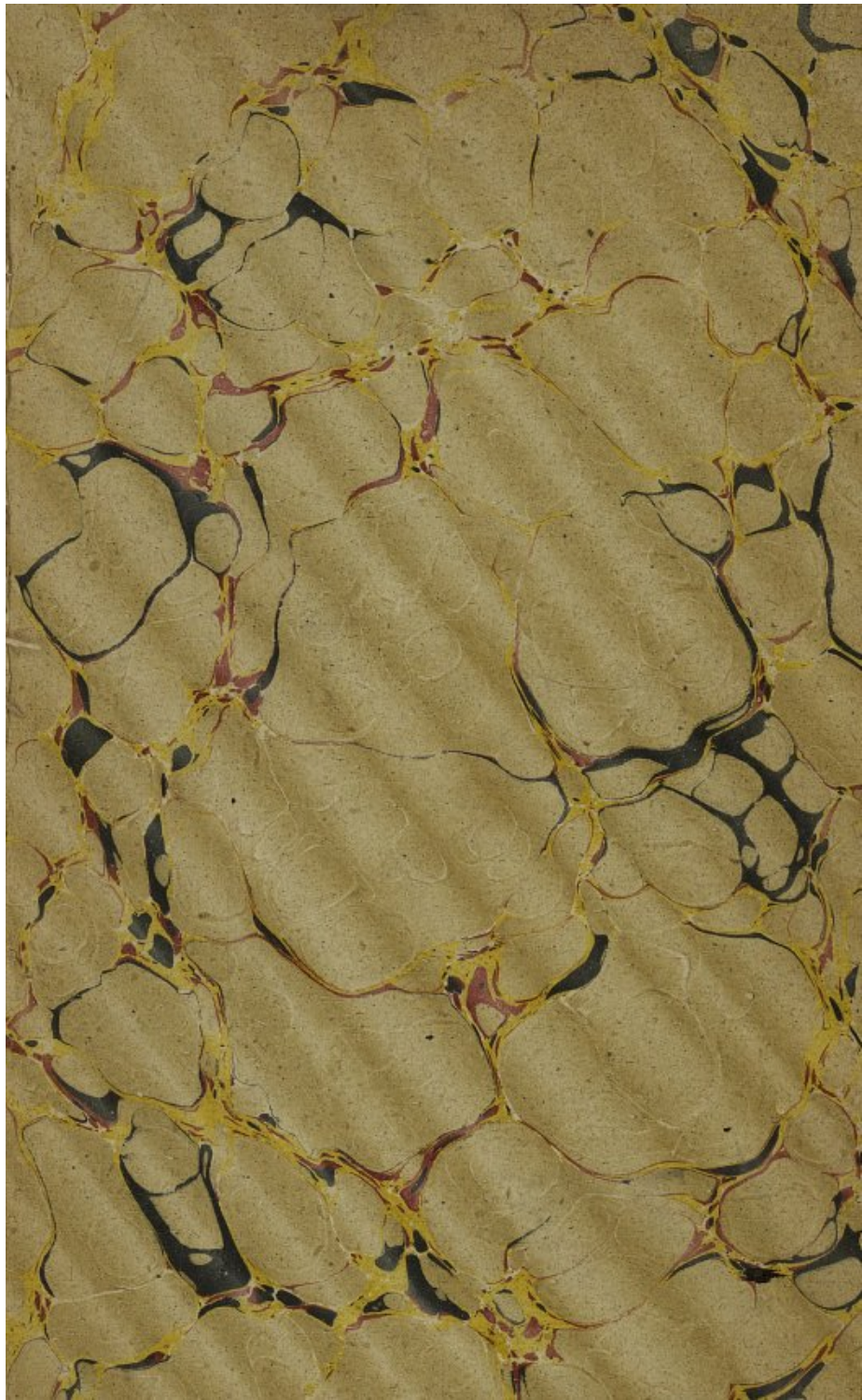


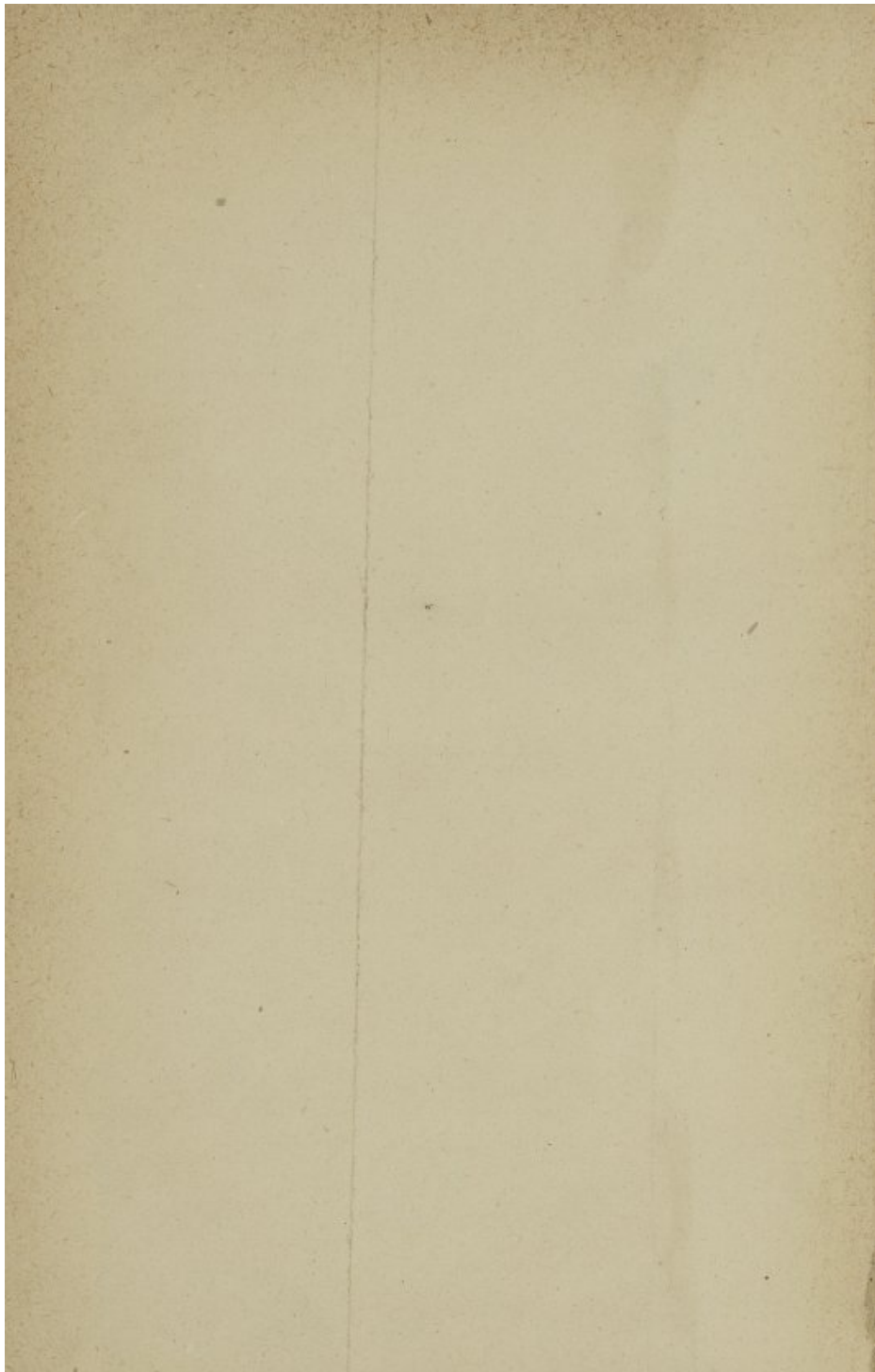
Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)

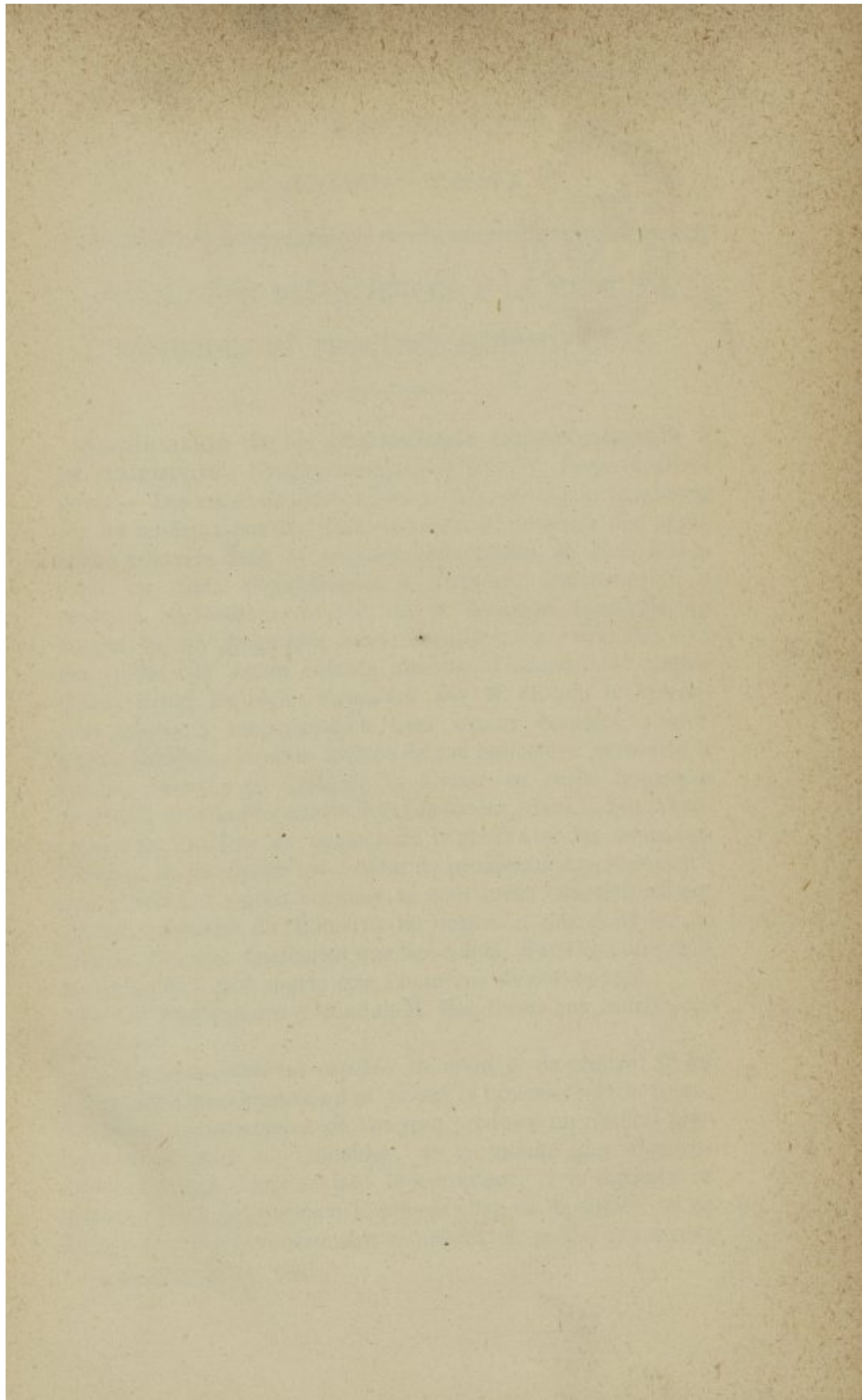
Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90219x1881x02>











8444

90219



REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

2 Juillet 1881



APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE
MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

Application de la physiologie expérimentale à la chirurgie : Greffe osseuse, par M. Mac-W. EWEN, de Glasgow. — Les essais de greffe osseuse pratiqués depuis longtemps sur les animaux par M. Ollier viennent de recevoir une application éclatante dans la pratique chirurgicale, M. Mac Ewen, dans une note communiquée à l'Institut, annonce qu'il a réussi à reconstituer 0^m,114 de la diaphyse humérale au moyen de six fragments osseux cunéiformes retranchés sur des tibias de jeunes enfants atteints d'incurvations rachitiques. Selon les règles formulées par M. Ollier, le chirurgien anglais a transplanté le tissu osseux complet, c'est-à-dire la substance osseuse revêtue de son périoste et garnie de la moelle, mais il a eu l'idée de la diviser en petits fragments de 0^m,003 de diamètre sur 0^m,003 d'épaisseur, dans le but d'augmenter les surfaces de contact de la greffe avec les tissus ambiants et de multiplier les centres de prolifération des éléments ostéogènes. Ces petites portions se sont unies ensemble et ont adhéré au sommet de l'humérus en dessus et aux condyles en dessous, formant finalement une tige solide, d'environ un demi-pouce (0^m,013) plus courte que l'humérus du côté opposé.

Ce fait remarquable a conduit M. Mac Ewen aux conclusions suivantes :

1° L'os transplanté est capable de vivre et de croître; 2° les transplants inter-humains d'os vivent et croissent; 3° la transplantation inter-humaine de l'os peut produire un résultat pratique avantageux à l'humanité; 4° la totalité des éléments osseux doit être comprise dans le transplant; 5° la méthode de transplantation qui présente le plus de chances de succès est de diviser l'os avec un instrument tranchant en petits fragments;

Juillet, T. II, 1881.

1

6° pour assurer le succès de l'opération, il faut employer le traitement antiseptique.

PHYSIOLOGIE.— Un nouveau thermographe par M. MAREY. Dans un des derniers numéros nous avons entretenu nos lecteurs du phénomène improprement désigné sous le nom de *transfert* et nous disions que ce phénomène était analogue aux modifications de la température sur deux points symétriques des deux côtés du corps sous l'influence de causes diverses. Or, dans ces circonstances et dans bien d'autres, il est très important de pouvoir noter la répartition de la température; il est surtout désirable que cette notation soit exécutée automatiquement par un appareil enregistreur. M. Marey vient de répondre à ce *desideratum* par l'invention d'un *nouveau thermographe*.

« J'ai enfin obtenu, dit-il, des résultats satisfaisants au moyen d'une disposition qui consiste à mettre le liquide d'un thermomètre en rapport avec un petit tube de Bourdon, qui change de courbure suivant le degré de dilatation du liquide du thermomètre. Le thermomètre est formé d'un réservoir cylindrique en laiton, de 0^m,006 de diamètre sur 0^m,03 de longueur; il est prolongé par un tube capillaire de cuivre rouge qui s'ouvre d'autre part dans le tube de Bourdon. Le tout est rempli d'huile et fermé. Sous l'influence des variations de la température, l'huile se dilate ou se resserre en modifiant la courbure du tube de Bourdon; les changements de courbure de ce dernier actionnent un levier inscripteur. C'est M. Tatin qui a construit cet instrument et en a en grande partie réglé la disposition.

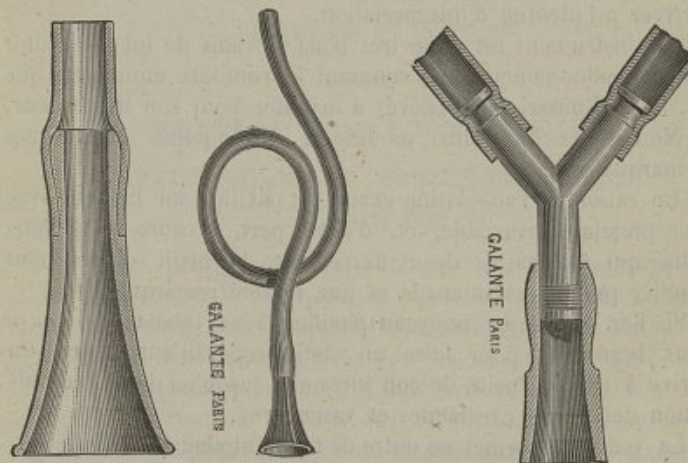
» Dans les expériences de physiologie, l'intérêt principal est de déterminer simultanément l'état de la température dans une partie profonde et dans une partie périphérique; deux des thermographes qui viennent d'être décrits permettent de recueillir les courbes de ces deux températures pendant un temps indéfini. Des tubes flexibles en cuivre rouge réunissent les boules thermométriques aux appareils inscripteurs; on peut donc placer en une région quelconque du corps chacune des boules des deux appareils.

» L'inscription simultanée des températures superficielle et profonde montre que, dans les troubles vaso-moteurs, la température animale éprouve des variations de sens inverses dans les régions centrales et périphériques du corps. Ainsi, sous l'influence d'un resserrement vasculaire, la circulation se ralentit et l'on voit les parties périphériques du corps subir les influences

du refroidissement sans que la chaleur du sang vienne réparer les pertes. Mais alors la chaleur s'accumule dans les centres, et l'animal présente ce singulier contraste d'un froid extrême à l'extérieur et d'une chaleur exagérée au dedans. C'est l'état dont j'avais prévu l'existence dans le choléra algide et que les médecins ont en effet constaté dans cette maladie. Un relâchement vasculaire, en accélérant la circulation générale, jettera la chaleur aux surfaces et, tout en produisant une élévation de la température superficielle, refroidira l'intérieur du corps.

» Enfin, outre ces modifications de la température animale par des troubles de la circulation, il en est d'autres qui tiennent à ce que la production de chaleur est accrue ou diminuée. Dans ces cas il n'y a pas antagonisme, mais parallélisme entre les variations superficielles et profondes de la température animale. Ainsi, l'inanition refroidit à la fois le centre et la périphérie, tandis que certaines maladies paraissent accroître la production de la chaleur, car elles échauffent à la fois le centre et la périphérie du corps. »

PHYSIQUE MÉDICALE. — Nouveau stéthoscope, par M. le Dr CONSTANTIN PAUL. — Depuis dix-neuf ans que j'ai substitué, dit M. Constantin Paul, le stéthoscope flexible au stéthoscope rigide, j'ai pu démontrer qu'on ne peut prétendre connaître un bruit pathologique du cœur ou des



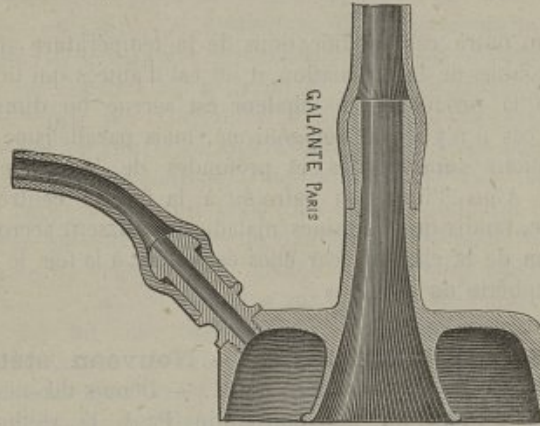
Juillet, T. II, 1881.

2

vaisseaux que si l'on a déterminé très exactement la topographie, le moment et le timbre.

Pour obtenir cette précision, il faut pouvoir observer longtemps sans se fatiguer et déplacer son instrument avec facilité pour suivre les bruits dans toute leur étendue et dans toutes leurs variations.

Le stéthoscope flexible simple et, mieux encore, le stéthoscope bi-auriculaire, permettent de faire entendre le bruit pa-



thologique à un grand nombre d'observateurs. On part donc de l'identité d'observation, qui est la condition nécessaire, pour arriver à l'identité d'interprétation.

Cet instrument est donc très bon; je viens de lui faire subir un perfectionnement en y ajoutant la ventouse annulaire, que M. le Dr Roussel (de Genève) a inventée pour son transfuseur.

Mon stéthoscope, ainsi modifié, a des qualités acoustiques remarquables.

En raison de l'adaptation exacte du pavillon sur la peau avec une pression invariable, et, d'autre part, à cause de la ventouse qui fait caisse de renforcement, le bruit qu'on vient écouter prend une intensité et une netteté remarquables.

Si l'on adapte ce nouveau pavillon à un tube métallique à deux branches, pour faire un stéthoscope bi-auriculaire, on arrive à une intensité de son inconnue jusqu'ici dans l'auscultation des bruits cardiaques et vasculaires.

La ventouse permet en outre de fixer automatiquement le sté-

thoscope au point choisi pour l'auscultation, et les élèves peuvent successivement prendre le tube acoustique sans que l'instrument se déplace. Il permet de faire entendre, non seulement



les bruits des enfants et des adultes, mais encore les bruits du fœtus.

Ainsi donc : qualités acoustiques supérieures et facilité pour la démonstration, telles sont les qualités de ce nouveau stéthoscope construit sur mes indications par M. Galante.

REVUES CLINIQUES

CLINIQUE DE L'HOTEL-DIEU.

LEÇON DE M. LE PROFESSEUR RICHET,

4 mai 1881.

Je vous entretiendrai aujourd'hui d'une malade couchée au n° 21 de la salle Notre-Dame. C'est une femme de 41 ans, mère de huit enfants qu'elle a nourris et d'une bonne santé ordinaire. Elle nous raconte qu'il y a 15 mois elle s'est heurtée l'œil droit contre la queue d'une poêle à frire. Quelques semaines après elle a senti sur la paupière supérieure de ce côté une grosseur qui s'est de plus en plus accentuée en même

temps que survenaient le prolapsus de cette paupière et la déviation de l'œil. M. Galézowski, que la malade consulta à cette époque, trouva une tumeur très dure qu'il crut être un enchondrôme. Sous l'influence d'attouchements répétés ou peut-être aussi par évolution normale, cette tumeur est devenue plus saillante, plus ramollie, fluctuante et la peau qui la recouvre a rougi, aussi a-t-on fait alors le diagnostic de chondrôme, avec ramollissement inflammatoire de la glande lacrymale.

Depuis huit jours que la malade est entrée à l'hôpital, la tumeur a beaucoup augmenté de volume, la partie supérieure et externe de la paupière est soulevée, mais l'arcade sourcilière n'est pas déviée et n'est pas malade. Cela est important pour le diagnostic avec les affections du sinus frontal. Le sommet de la tumeur est fluctuant, mais au-dessous de l'arcade orbitaire on trouve une partie dure, du volume d'une amande et qu'il est impossible de limiter en arrière. La paupière supérieure est complètement tombée, le globe oculaire est repoussé en bas et en dessus, ses mouvements sont conservés, il ne paraît en rien altéré. La pupille est régulière et la malade voit assez pour lire, mais elle a de la diplopie; quand elle veut se verser à boire, elle verse parfois à côté du verre. D'ailleurs cette diplopie a été constatée à l'aide des verres colorés.

A l'ophtalmoscope on trouve de l'infiltration œdémateuse de la pupille, un commencement de névrite optique; les vaisseaux qui l'environnent sont dilatés et tortueux.

Quel est le siège de cette tumeur? Siège-t-elle dans la glande lacrymale? Dans le sinus frontal? Dans sa thèse, soutenue en 1870, Lanterneau rapporte le cas d'un menuisier qui présentait de l'exophtalmie, l'œil dévié en bas et en dehors. Mais l'arcade sourcilière était très épaissie, le malade avait mouché du sang, il s'agissait d'une hydropisie du sinus frontal; ici rien de pareil. La tumeur vient-elle du périoste de l'orbite? C'est possible, toutefois je n'y crois guère, je crois beaucoup plus à une tumeur de la glande lacrymale.

Nous devons maintenant nous demander la nature de cette tumeur. Est-ce un enchondrôme suppuré de la glande lacrymale?

On n'en connaît pas d'exemple jusqu'ici. M. Galézowski s'appuie sur ce que la tumeur a été dure avant de devenir fluctuante, Je ne puis admettre ce diagnostic.

Mais la glande peut être le siège d'une inflammation aiguë ou chronique et un abcès aurait pu en être la conséquence. Je ne le crois pas, un abcès n'eût pas mis quinze mois à se développer, il n'aurait pas eu l'évolution qu'a présentée cette tumeur.

Est-ce un kyste ? Mais les kystes sont d'emblée fluctuants. Je repousse donc l'idée d'un kyste par rétention des larmes dans la glande.

Des tumeurs malignes ont été observées dans la glande lacrymale. Le squirrhe, le cancer médullaire, le chloroma y ont été vus. Je rejette ce dernier ; restent donc le squirrhe et le cancer médullaire qui sont des affections rares et qui d'ailleurs n'ont pas d'ordinaire la marche qu'a suivie cette tumeur.

Je me trouve donc ainsi amené à ranger cette tumeur parmi les adénômes, kysto-adénômes, adéno-sarcômes. Et, en effet, c'est probablement un adénôme avec kyste, affection bien décrite par Broca et Mackensie.

J'admets ce diagnostic parce que la tumeur est survenue lentement, à la suite d'un coup. Il n'est pas rare de voir les adénômes du sein survenir dans ces conditions. Cette affection s'est développée lentement, et ce n'est que depuis un mois que la tumeur a pris un accroissement rapide, qu'elle est devenue douloureuse. Aussi, en raison de cette dernière circonstance, ne serais-je pas surpris de trouver du pus dans le kyste.

La malade accuse de plus une sécrétion de larmes très abondantes de ce côté à certains moments. Ce fait milite encore en faveur de l'adénôme, qui est du reste la tumeur la plus fréquente de la glande lacrymale.

Le pronostic de cette affection est sérieux. Cette tumeur augmentera de volume et repoussera de plus en plus le globe de l'œil en bas et en dedans et cette compression pourra produire à la fin une inflammation plus violente et irrémédiable des parties profondes de l'œil. Quand on attend trop pour remettre l'œil en place, quelquefois la vision ne revient plus ou s'éteint complètement. Dans un cas, relaté dans la thèse de Lanterneau, l'œil remis en place après ablation d'un adénôme de la glande a fini par suppurer et fondre complètement au bout de quelques semaines. Une opération précoce permettra à l'œil de reprendre toutes ses fonctions, comme je l'ai observé il y a quelques années chez un malade encore jeune, opéré par moi pour des kystes rétro-oculaires. Il en sera ainsi chez

notre malade, je l'espère, et c'est pour cela que je crois une intervention chirurgicale actuellement indiquée.

Il faut donc opérer cette tumeur et pour cela je ferai une incision demi circulaire au-dessous de l'arcade orbitaire. Je la décollerai avec le manche du bistouri ou avec une spatule ; quand elle sera décollée, avec une aiguille de Cooper, je passerai un fil en arrière de la glande pour lier l'artère lacrymale avant qu'elle se soit rétractée, et, avec ce fil, j'attirerai cette tumeur que je pourrai ainsi finir de décoller très facilement en opérant d'arrière en avant.

RECUEIL DE FAITS

Epistaxis répétées. Cautérisations multiples au perchlorure de fer par un pharmacien de la ville. Mort. — A l'autopsie, dépôt de fer sur l'arachnoïde du gyrus rectus du côté droit ; par L. GALLIARD, Interne des hôpitaux (1). — Baptiste Ferès, 55 ans, garçon de cuisine, entre le 22 juin à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 5, dans le service de M. Hayem.

Il n'y a pas eu d'hémophiliques dans sa famille. Il a contracté la fièvre typhoïde et la rougeole en 1850 et 1852. En 1845, il a eu une épistaxis abondante durant trois jours, et, à la suite, il a dû suspendre son travail pendant un mois. En 1878, anasarque envahissant les membres et le tronc durant deux ou trois semaines. Jamais d'hémorroïdes, jamais de rhumatisme articulaire, pas de fièvre intermittente, léger alcoolisme dû à la profession de garçon de cuisine, mais il n'accuse pas même de pituite matinale ni de cauchemars. L'an dernier, en 1879, il a eu une perte subite de connaissance et s'est relevé au bout de quelques heures.

C'est le 19 juin, en se levant, qu'il a commencé à saigner du nez ; à onze heures, un écoulement de sang l'a déterminé à entrer chez un pharmacien qui lui a mis un tampon avec du perchlorure de fer, et lui a fait prendre à l'intérieur quelques gouttes du même liquide. Le 20 juin récidive, il va encore chez le pharmacien qui recommence le même traitement. Le 21, nouvelle épistaxis très abondante ; il se sert alors lui-même

(1) Observation présentée à la Société anatomique.

d'une petite bouteille contenant du perchlorure de fer que le pharmacien lui a confiée, pour imbiber un tampon de charpie, mais ne consulte pas de médecin.

Enfin, le 22 juin au matin (jour de son entrée), l'hémorrhagie reprend de plus belle et le malade court de nouveau chez un pharmacien, qui lui fait une nouvelle application de perchlorure. C'est toujours la narine droite qui a fourni le sang; — et il évalue la quantité de sang perdue à plusieurs litres. C'est seulement le 22 qu'il se décide à entrer à l'hôpital. Nous constatons qu'il n'a plus par la narine droite qu'un écoulement insignifiant et décidons d'attendre avant de faire le tamponnement. Le malade a une céphalalgie légère, se sent faible sans accuser cependant de vertiges. Il a une teinte anémique des plus caractéristiques, pâleur de la face, des muqueuses, de tout le tégument externe. Ergotine, 4 gr.

23 juin. Epistaxis nouvelle hier soir et ce matin; le tamponnement est devenu nécessaire. Nous le pratiquons d'un côté seulement en plaçant, malgré la résistance du malade, un bourdonnet de charpie à l'orifice postérieur et un à l'orifice antérieur. Ergotine, 4 gr.

24 juin. Le malade indocile a retiré son tampon antérieur et caché le fil qui attachait le postérieur.

L'épistaxis recommence cette fois par les deux narines. M. Hayem constate les signes vasculaires de l'anémie; au cœur, souffle à la pointe avec dédoublement du second bruit, souffle au foyer pulmonaire, souffle diastolique de la carotide et de la sous-clavière. Nouveau tamponnement des deux côtés, fait dans l'après-midi; la résistance du malade nécessite l'emploi de la camisole de force. Ergotine, 4 grammes.

Le soir, agitation, le malade s'irrite de se voir attaché et menace, dès qu'on le détache, d'enlever ses tampons. Le sang dégluti le matin se retrouve dans les selles. Potion cordiale.

25 juin. Le tampon de la narine gauche est enlevé, il s'écoule par cette narine du pus d'odeur gangréneuse infecte, sans mélange de sang. Le délire continue; on essaie d'enlever la camisole de force, mais le malade veut partir et s'agite, il faut la remettre.

Les tampons sont maintenus dans la narine droite qui a toujours fourni l'hémorrhagie la plus abondante. Injection d'acide phénique dans la narine qui suppure.

25 juin. Encore une légère épistaxis ce matin. La langue est sèche. Adynamie. Le malade commence à avoir de la

fièvre. P. 112. Rien dans les poumons. On supprime l'ergotine. Potion de Todd avec 4 grammes d'extrait de quinquina. Suppuration toujours infecte par la narine gauche.

27 juin. La nuit a été encore agitée. Ce matin, grande faiblesse, adynamie, langue sèche, subdelirium. La suppuration est infecte malgré les injections fréquentes d'eau phéniquée; elle se fait non seulement par l'orifice externe des fosses nasales mais par les points lacrymaux. Potion de Todd, extrait de quinquina, 4 grammes. — Mort le soir à 7 heures.

AUTOPSIE. — Malgré la chaleur, le sujet est bien conservé. Dans le thorax, pas de lésion pulmonaire, pas d'emphysème, pas de tubercules. Cœur sain, sauf les valvules aortiques qui présentent un ou deux nodules athéromateux. Athérome léger de l'aorte. Une plaque laiteuse ancienne à la surface du ventricule droit. Pas de lésion des viscères abdominaux. Le foie a son volume normal, un peu gros. Pas de cirrhose. La vésicule contient de la bile normale. Les reins sont normaux; la rate est petite, sans ramollissement considérable de sa pulpe. L'estomac et l'intestin ne présentent pas d'ulcération. La vessie est saine.

En enlevant le cerveau, on constate à la surface du gyrus rectus droit, autour du nerf olfactif, une tache noirâtre sur l'arachnoïde, allongée d'avant en arrière, précisément au point qui est en contact avec la lame criblée de l'ethmoïde. Cette tache, dont nous détachons une partie, contient manifestement du fer, ainsi qu'on peut s'en assurer à l'aide du ferro-cyanure de potassium.

Autour d'elle, pas d'irritation, pas de méningite, pas d'infiltration purulente. Rien de pareil du côté opposé.

A la surface de la lame criblée du côté droit, la dure-mère a également une coloration noir verdâtre, et, de même, la partie avoisinante du frontal paraît s'être légèrement infiltrée de la même matière colorante.

En faisant la coupe du pharynx, on constate que les fosses nasales sont encore remplies de matière purulente, d'odeur infecte. La muqueuse, surtout à droite, est verdâtre, infiltrée de pus, épaissie, et se détache facilement de l'os sous-jacent; la même inflammation se remarque dans le sinus maxillaire droit et dans les sinus sphénoïdaux. La muqueuse qui recouvre la cloison est également épaissie et verdâtre. Les os ne sont pas atteints par l'inflammation.

RÉFLEXIONS. — En résumé, nous n'avons pas trouvé de lé-

sion viscérale expliquant l'hémorrhagie; il est évident que c'est le perchlorure de fer qui a déterminé cette inflammation de la muqueuse des fosses nasales avec tendance à la gangrène. Le caustique liquide employé d'une façon inconsidérée a cheminé à travers les trous de la lame criblée, en suivant les vaisseaux et les nerfs jusqu'à la surface des méninges du lobe frontal, où sa présence est mise en évidence par la réaction chimique.

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

Étiologie et prophylaxie de la tuberculose. —

La tuberculose est une maladie contagieuse, parasitaire et infectieuse, non héréditaire.—Voilà une assertion qui rencontrera assurément bien des incrédules. Telle est cependant la doctrine admise aujourd'hui par un grand nombre de savants, en France et à l'étranger, et enseignée, à la Faculté de Paris, par le professeur de pathologie générale, M. Bouchard.

On comprend quelle révolution, une telle manière de voir doit faire dans la thérapeutique de la phthisie tuberculeuse. C'est à ce titre que nous devons nous en occuper ici; nous exposerons d'abord, aussi brièvement que possible, les considérants sur lesquels s'appuie la nouvelle doctrine et les objections qu'elle soulève, nous en rechercherons ensuite les conséquences pratiques.

L'argument le plus solide qui milite en faveur de la nature infectieuse de la tuberculose réside dans la possibilité de transmettre cette maladie par l'inoculation et l'ingestion de la matière tuberculeuse.

Si l'agent infectieux, le germe tuberculeux reste encore inconnu (bien que Klebs et Eklund aient cru découvrir dans les crachats et les cavernes des phthisiques, un microbe spécial), la possibilité d'une inoculation positive n'en est pas moins démontrée.

Aux inoculations faites par M. Villemin, dont les résultats furent tout d'abord accueillis avec assez de scepticisme, succédèrent bientôt de nouvelles expériences tentées par M. Tous-

Juillet, T. II, 1881.

3

saint. Cet expérimentateur inoculant à des pores, soit du jus de viande exprimé des muscles d'une vache tuberculeuse, soit du sang emprunté à des soldats phthisiques, déterminait chez ces animaux, dont l'espèce est cependant peu éprouvée par la tuberculose, l'éclosion de tubercules.

Chez les lapins et les chiens, les mêmes inoculations produisent des résultats identiques. Dans l'espèce humaine, le tubercule est aussi transmissible par l'inoculation. C'est du moins ce qui paraît résulter d'une expérience tentée d'homme à homme, par des médecins qui, heureusement, ne sont pas nos compatriotes, car le but qu'ils se proposaient, ni les circonstances particulières dans lesquelles ils ont opéré, ne sauraient justifier une semblable hardiesse.

L'infectiosité de la tuberculose trouve encore un appoint considérable dans ces cas de phthisie aiguë, de phthisie granulée, qui affectent les allures cliniques des fièvres infectieuses et sont remarquables au point de vue anatomo-pathologique par la généralisation des lésions.

Pas plus que le charbon, la tuberculose n'est une maladie de l'homme. C'est plutôt la maladie infectieuse par excellence de la vache laitière, surtout des vaches en stabulation qui, toutes, sont naturellement tuberculeuses.

D'autres espèces animales ont pour elle une affinité bien plus grande que l'organisme humain; le lapin, par exemple, qui jamais ne se montre réfractaire à l'inoculation de la matière tuberculeuse. Le nombre des tuberculeux est, il est vrai, considérable, mais on peut s'étonner, néanmoins, que l'homme vivant dans un milieu où pullulent les microbes, *quærentes quem devorent*, se nourrissant du lait et de la viande des vaches tuberculeuses, respirant l'air infecté par les crachats desséchés des phthisiques, ne paie pas encore un tribut plus large à cette terrible maladie. C'est que tous ne présentent pas un des germes tuberculeux; c'est que, pour devenir maîtres de la place, les microbes ne doivent pas se heurter à une constitution vigoureuse, à un organisme sain et fonctionnant régulièrement. Mais que la place soit mal gardée, que le terrain soit préparé par une maladie diathésique, la scrofule par exemple, par une convalescence longue, par une mauvaise hygiène, un surmenage intellectuel et physique, une alimentation insuffisante, un climat humide, un air vicié, en un mot, que les microbes se trouvent en face d'une misère organique, la réceptivité est créée, leur victoire est certaine et leur développement presque fatal.

Mais si l'on admet la nature infectieuse de la tuberculose, que devient le principe, le dogme clinique de la transmissibilité héréditaire de cette maladie ?

C'est là le point faible de la théorie, la principale objection qui puisse lui être opposée. Aussi, M. Bouchard l'a-t-il prévue : Ce n'est pas la maladie infectieuse qui est transmissible à l'engendré, c'est le terrain qui reste le même chez le père et chez le fils. L'enfant d'un homme ruiné par la phthisie sera nécessairement un être chétif et débile ; c'est-à-dire inapte à lutter contre l'infection tuberculeuse.

Nous devons à nos lecteurs de leur exposer cette nouvelle conception de la tuberculose qui emprunte au nom si justement estimé de son vulgarisateur, une importance considérable. Sera-t-elle plus féconde en résultats pratiques, en indications thérapeutiques, que celles qui l'ont précédée ? Amènera-t-elle la découverte d'un remède héroïque capable de terrasser le fléau de la phthisie ? on n'en pourrait augurer sans témérité. Acceptons-la cependant « comme une suprême espérance et une bienfaisante promesse ». En résumé, il y a deux parts à faire dans les causes de la phthisie : 1^o la cause prochaine, immédiate, déterminante et prédisposante résidant dans l'agent infectieux ; 2^o la cause occasionnelle et prédisposante résidant dans l'aptitude morbide. La prophylaxie de la tuberculose comprend donc également deux ordres d'indications : 1^o mettre par l'hygiène, à l'abri des germes, les individus prédisposés ; 2^o modifier leurs aptitudes vitales, changer leur milieu organique.

Le premier point ne fait qu'ajouter, aux prescriptions habituellement formulées par les médecins encore étrangers à la doctrine nouvelle (voyages en mer, habitation à l'air libre, éloignement de tous les excès, etc.). Une autre recommandation, qui semblera à beaucoup, et trop sévère et trop peu pratique : la surveillance attentive de l'alimentation des *candidats* à la tuberculose « afin qu'il n'y puisse entrer ni lait, ni viande suspects d'infection tuberculeuse ».

Puisque *toutes* les vaches en stabulation sont tuberculeuses, cette prescription équivaut à une prohibition absolue de la viande et du lait, au moins pour les classes pauvres et les habitants des villes. Qui osera prononcer une semblable interdiction, qui est en même temps un arrêt de mort pour tant de nouveaux-nés ? Quant au second point, c'est par la vie au grand air « une alimentation appropriée comme qualité et comme

quantité, aux besoins si personnels de chaque individu, etc., qu'on atteindra le but. On aura encore recours, avec grand bénéfice, aux bains sulfureux et aux bains salés « qui stimulent l'action trophique du système nerveux et feront d'une vitalité inférieure, une vitalité meilleure et plus résistante ».

Société de thérapeutique. (Séance du 11 mai). — Dans un long mémoire adressé à la Société de thérapeutique, M. Maurel étudie, au point de vue de leurs propriétés antithermiques, l'alcoolature d'aconit, l'ipéca, la digitale, l'alcool, la quinine et l'émétique.

M. Dumontpallier, chargé d'analyser cet intéressant travail, en dégage les conclusions suivantes :

« *L'alcoolature d'aconit*, n'est douée que d'une action peu marquée sur la température, mais assez évidente sur la fréquence du pouls, qui est diminuée. C'est un antithermique sinon inefficace, du moins incertain et un agent dangereux par la dépression qu'il exerce sur le torrent vasculaire toutes les fois qu'il s'agit de maladies adynamiques.

« *L'ipécacuanha* abaisse la température et le pouls, mais ses effets sont trop passagers pour qu'on puisse en retirer une action réellement thérapeutique, comme antithermique, et d'autre part, trop rapprochés des effets toxiques pour que la thérapeutique puisse les provoquer d'une manière continue sans inconvénient.

« *La digitale* également possède une action antithermique peu énergique ou douteuse.

« *L'alcool* est un antithermique faible. Il refroidit, comme les autres antithermiques, en diminuant le champ circulatoire, en restreignant la surface de la membrane à travers laquelle s'opèrent les échanges organiques.

« *Le sulfate de quinine*, a une action réelle sur l'élément chaleur et peut diminuer son intensité. Mais cette action n'est pas constante, elle demande plusieurs jours pour être sensible, et elle se chiffre seulement par des dixièmes de degré. Ce médicament abaisse la température en diminuant le champ circulatoire.

« *L'émétique* est doué de propriétés antithermiques très évidentes et promptes à se manifester. C'est comme excitant des fibres lisses et tenseur de la circulation périphérique qu'il agit. »

Ces conclusions portent un grand coup à la renommée de ces médicaments internes, réputés antithermiques, dont l'action

douteuse ou nulle, laisse le médecin désarmé dans les cas où ni les méthodes de réfrigération ni les émissions sanguines ne peuvent être employées.

Du massage du foie dans l'engorgement hépatique simple, par le Dr DURAND-FARDEL (*Bull. gén. de Thérap.*). — L'auteur appelle l'attention sur cette pratique qui lui rend de véritables services dans le traitement de cette affection du foie qu'il a décrite dans son Traité des maladies chroniques sous le nom d'engorgement simple ou d'hyperémie chronique du foie. Cet état, qui se termine par la résolution et n'entraîne jamais ni cachexie ni ascite, est caractérisé par un accroissement général ou partiel du volume du foie, dont la surface reste unie et la consistance normale.

La douleur, soit spontanée, soit à la pression, se montre surtout par intervalle et peut manquer absolument. L'ictère, qui peut faire défaut, est habituellement peu prononcé, plutôt jaune que verdâtre.

Contre cette affection, outre l'usage interne de l'eau minérale de Vichy et les bains, M. Durand-Fardel recommande l'usage de *douches locales* sur la région hépatique, et du *massage*, à moins cependant qu'il n'existe des douleurs trop vives, ou une névralgie intercostale, qui complique assez souvent l'engorgement du foie.

Les douches sont d'abord prises tous les deux jours, puis tous les jours. Ce sont des douches *en arrosoir*, dont la pression doit être graduée suivant la sensibilité de la région et la tolérance du malade. Il leur donne le nom de *douches résolutive*s, et les fait prendre à la température du bain, 34 degrés centigrades, immédiatement avant celui-ci. La durée de la douche est de 5, 8 ou 10 minutes.

Quant au massage, voici de quelle manière il doit être pratiqué : on commence par malaxer l'ensemble de l'abdomen, puis on passe la main par une simple friction sur la région hépatique, on malaxe d'abord les téguments, puis le foie lui-même par des pressions de plus en plus profondes. On arrive ainsi, peu à peu, à pétrir le foie lui-même et à soulever son bord inférieur en le saisissant à pleine main. Inutile de dire que ces manœuvres, qui doivent être prolongées longtemps, pendant un mois au moins, réclament beaucoup de ménagement et de douceur. Douches et massage sont suivis d'un sentiment d'allègement et de bien-être. C'est après deux ou trois

traitements, c'est-à-dire deux ou trois années, que l'engorgement finit par disparaître, mais les résultats acquis après chaque phase du traitement sont définitifs, et s'ajoutent les uns aux autres jusqu'à la résolution complète.

Le massage tel qu'il vient d'être décrit, peut également être opposé avec succès à cette forme particulière d'obésité qui, vers l'âge de la ménopause, envahit les seins, les épaules et les parties supérieures du thorax, et qui, outre une altération des formes, détermine un sentiment de constriction de la poitrine, de pesanteur, qui peut aller jusqu'à la gêne respiratoire.

Voilà donc, grâce à M. Durand-Fardel, le massage relevé du coup que lui porta, il y a quelques années, une de nos plus charmantes actrices, dont on se rappelle le procès retentissant.

Contre l'épididymite blennorrhagique. — Kien préconise un traitement qui paraît avoir été mis en honneur par M. Langlebert et auquel il doit d'excellents résultats.

On relève fortement les bourses vers le pubis, puis on les entoure d'une forte couche d'ouate qu'on recouvre d'une toile cirée ou d'un taffetas gommé percé d'un trou pour le passage de la verge. Le tout est maintenu en place à l'aide d'un suspensoir à hydrocèle. Cet appareil, pour être efficace, doit exercer une compression légère mais constante et uniforme. Peu de temps après son application, les douleurs deviennent moins vives, quelquefois même elles cessent complètement et le malade peut marcher sans être trop incommodé. (Société médicale de Strasbourg, *Revue de thérapeutique*.)

Nous avons souvent recommandé ce procédé aux malades qui se présentent à la consultation de l'hôpital du Midi et qui ne peuvent entrer dans nos salles ou cesser leurs occupations. Dans la plupart des cas le soulagement est réel, sans être cependant aussi complet que chez les malades de Kien: Cette compression ouatée est utile surtout après la cessation des douleurs vives, de la période suraiguë, lorsqu'il ne reste plus qu'un gonflement médiocre. Cet appareil permet aux malades de reprendre, quelques jours plus tôt, leurs occupations, et paraît les mettre à l'abri des récidives.

Le thé, antidote de l'opium. (*Union méd. du Canada, journ. de méd. et de chirurgie pratiques.*)

Dans plusieurs cas d'empoisonnement par l'opium, le

D^r Sewel a eu recours, pour ranimer ses malades, à une forte infusion de thé; cet agent thérapeutique, qu'on a toujours sous la main, lui a rendu les plus grands services, aussi n'hésite-t-il pas à en conseiller l'emploi chaque fois qu'il s'agira d'obtenir une stimulation rapide et énergique.

Dans un cas véritablement désespéré, où le malade avait ingéré une quantité énorme de *gouttes noires* (*acetum opii*) un lavement composé de 8 onces d'une forte infusion de thé vert, réussit à la rappeler à la vie; le pouls devint perceptible vingt minutes après l'administration de ce remède; une seconde injection rectale ne tarda pas à ranimer complètement le malade. Ce n'est pas seulement contre l'empoisonnement par l'opium que le thé a réussi entre les mains de M. Sewel. Dans trois cas d'intoxication alcoolique, le résultat fut aussi des plus heureux et des plus rapides. Il en a été de même dans le cours de certaines fièvres graves.

Le D^r O'Reilly a, depuis les faits publiés par M. Sewel, employé le thé sur une grande échelle et dans les circonstances les plus diverses. Il ne se montre pas moins enthousiaste que son confrère à l'égard de cet agent thérapeutique.

F. LEPRÉVOST.

Interne des hôpitaux.

Formulaire. — *Traitement de la tympanite.* (Maurice RAYNAUD.)

R. 1^o Poudre de noix vomique.... 0, 30 centigrammes.
— d'anis..... 0, 15 —

M. et div. : en deux paquets, un matin et soir.

2^o Charbon en poudre.

Deux cuillerées à bouche dans le courant de la journée.

Collyre contre les opacités cornéennes. (MICHEL.)

Mucilage de gomme.... 10 grammes.

Sulfate de cadmium.... 0,05 centigrammes.

Deux fois par jour porter au contact de la taie et l'y maintenir quelques instants un pinceau imbibé de ce mucilage.

(J. de méd. et de chir. prat.)

F. L.

REVUE DES JOURNAUX ITALIENS

par M. GIBIER (DE SAVIGNY), Interne des hôpitaux

Sur un mode de propagation de la variole, par le Dr TELMY. — L'auteur appelle l'attention des hygiénistes sur un mode de propagation de la variole par les croûtes sèches provenant des pustules et tombées entre les feuillets d'un livre qui, après avoir été lu par un varioleux, passe ensuite dans les mains d'un autre malade.

Quoique la constatation de cas semblables soit difficile, tout médecin dévoué à l'hygiène publique et privée ne pourra attendre que des cas analogues puissent se développer, il devra au contraire prévoir ce mode de contagion afin d'en empêcher la reproduction.

En raison de la difficulté qu'il y a à désinfecter complètement les livres, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de donner aux malades des journaux et des petites publications qui pourront ensuite être livrés aux flammes. Néanmoins, il n'y aurait aucun inconvénient à soumettre les livres ouverts et à feuillets séparés autant que possible, à l'action d'une chaleur sèche d'environ 150° centigrades.

Il est certain que ces recommandations sont loin d'être inutiles. (*Gazz. medica. di Roma.*)

Catalepsie, cervelet et magnétisme, par le Dr MAGGIORANI. — Le distingué clinicien de Rome est d'avis que le centre nerveux des phénomènes cataleptiques se trouve dans le cervelet. Il s'appuie sur les considérations suivantes :

1° Que dans les accès de catalepsie, il existe un arrêt de la sensibilité, des fonctions intellectuelles et des mouvements volontaires, ce qui permet d'exclure toute intervention active de la substance grise des hémisphères.

2° Parce que dans les mêmes accès, les mouvements réflexes manquent ou sont très limités, c'est pourquoi on ne peut pas dire que l'excitabilité reposant dans les hémisphères cérébraux s'accumule dans la moelle épinière et que cette dernière soit le centre d'action dans la catalepsie ;

3° Que dans la catalepsie il existe une « rigidité flexible » de tous les muscles de la vie animale, un spasme des bulbes

oculaires et souvent une céphalalgie occipitale, des vomissements répétés, de l'amaurose et une paralysie complète ou incomplète.

En effet, le cervelet est considéré par la majeure partie des physiologistes comme la source de l'innervation motrice, laquelle s'effectuant avec ordre et suivant une direction mesurée contribue à maintenir la machine en équilibre. En outre, le même organe, lorsqu'on électrise sa portion corticale, fait dévier les bulbes oculaires, et ses maladies produisent de la céphalalgie, des vomissements, des convulsions et des paralysies.

L'auteur croit en outre pouvoir conclure, d'après nombreuses observations, que les phénomènes provoqués sur l'organisme par la substance magnétique, surtout quand l'effet en est complet, représentent fidèlement l'ensemble symptomatique fourni par les lésions du cervelet, que celles-ci soient d'origine pathologique ou qu'elles soient d'ordre expérimental. La sensation de pesanteur, de trouble, de douleur à la tête, de vertige, de vacillations et de faiblesse; les troubles des fonctions visuelle et auditive, etc., font partie de ce cadre symptomatique (*Archiv. ital.*)

Observation curieuse d'hystérie accompagnée de paraplégie et d'anesthésie générale, par le Dr Enri-que GÉLABERT. — L'auteur place cet épigraphe en tête de son travail « *Propter solum uterum mulier est id quod est* ». Ces paroles ne sont peut-être plus d'accord avec les idées scientifiques qui ont cours aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, voici le fait : il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, non réglée, à tempérament lymphatique très accentué. Quatre mois auparavant, dans le but de combattre des adénopathies multiples et de fortifier son organisme appauvri, elle s'était mise en boutique, afin de pouvoir mettre en jeu son activité qui était restée inoccupée jusqu'alors. Dans cet espace de temps, sa santé devint meilleure, les adénites avaient disparu et la physionomie de la malade reflétait un état satisfaisant. Mais à cette époque des accidents hystériques survinrent brusquement; l'auteur explique ces accidents par le *propter solum uterum*. Un jour que cette jeune fille était occupée dans l'infirmerie à ses travaux ordinaires sans que rien pût faire prévoir aucun accident morbide, avec les apparences d'une santé parfaite, elle poussa tout à coup un cri si aigu qu'il fut entendu dans les habitations voisines. La religieuse infirmière accourut et interrogea la malade. Celle

ci donna pour toute explication qu'elle avait senti une douleur abdominale si intense, qu'elle n'avait pu dominer le cri qu'elle lui avait arraché. La jeune fille continua son travail, mais il n'y avait pas encore deux heures d'écoulées, qu'un nouveau cri plus strident que le premier se faisait entendre. La religieuse accourut encore et trouva la malade renversée, étendue sur le sol, la face contre terre ne donnant plus signe de vie. Le médecin qui la vit deux heures après, constata que la peau était froide, que le visage avait un aspect cadavérique; il constata de plus la petitesse et la fréquence du pouls, l'égarement des yeux, la lenteur et le peu d'étendue du rythme respiratoire, l'obtusion des sens et l'abolition de la motilité. Tout à coup la malade se mit à pousser de grands éclats de rire entrecoupés de chants joyeux.

En douze jours, on assista, en somme, à une attaque classique d'hystérie avec œsophagisme, anesthésie cutanée et musculaire générale qui ensuite se changea subitement en une hémianesthésie inférieure qui devint plus tard elle-même supérieure.

Le tartre stibié se montra très efficace dans ce cas, sous forme d'injections hypodermiques; en outre, on doit noter qu'entre le cinquième et le sixième jour de l'accès, les signes du premier flux cataménial se montrèrent. C'est dans cette évolution sexuelle que l'auteur trouve l'explication de l'accès hystérique, la malade resta huit jours sans prendre aucune nourriture.

L'auteur raconte à ce propos qu'il a vu une jeune malade prise au milieu de son sommeil d'un accès hystérique unique dans son genre, on peut le dire, laquelle resta pendant sept semaines sans prendre d'aliments d'aucun genre. (*Revista de Ciencias medicas.*)

Traitement du prolapsus utérin, par le docteur GOMÈS-TORRÈS. — Avant d'aborder la question de thérapeutique l'auteur s'entretient de la pathologie de cette affection rebelle, parce que la pathogénie elle-même doit servir de guide dans le choix des moyens curatifs. Il étudie l'action que les divers ligaments et le vagin exercent sur l'utérus pour maintenir cet organe dans sa position normale. « Pour démontrer l'action du vagin, il suffit, dit l'auteur, de mesurer la distance qui sépare le museau de tanche de l'orifice vulvo-vaginal et mesurer de nouveau, le vagin étant dilaté avec un spéculum bivalve. Pour que l'action de ces moyens de contention soit efficace il est

indispensable qu'ils aient conservé leur tonicité et leurs dimensions ; il faut de plus que l'organe maintenu ne soit pas augmenté considérablement de volume et de poids. Ces conditions se trouvent compromises, par une hygiène défectueuse suivie après l'accouchement, puisque d'un côté les ligaments sont allongés et que de l'autre l'utérus est beaucoup plus lourd. Une fois que le prolapsus est effectué, il persiste, par cette simple raison qu'il entretient un état congestif constant.

L'auteur après ces quelques considérations passe en revue les divers moyens thérapeutiques dirigés contre le prolapsus utérin.

La cause du prolapsus consistant dans le manque de rapport entre le poids de l'utérus et la résistance des ligaments qui le soutiennent, l'auteur rejette l'usage des moyens mécaniques de contention. Suivant lui, la présence du pessaire ne peut rendre aucune tonicité aux ligaments mais, au contraire, relâche la paroi vaginale et augmente l'état congestif qui existe déjà. Il n'est pas davantage partisan des méthodes destinées à rétrécir le vagin, puisque dans un temps plus ou moins éloigné, la principale cause continuant à agir, l'utérus finit par franchir le point artificiellement rétréci.

L'auteur se propose de guérir cette infirmité en donnant de la tonicité à l'organisme en général et aux ligaments suspenseurs en particulier, et dans ce but il emploie spécialement la position appropriée de la malade, l'hydrothérapie, l'électricité et les médicaments astringents. (*La Clinica de Malaga.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 28 juin.

Présidence de M. E. LEGUEST.

M. Woillez avait présenté, en 1876, à l'Académie un appareil fort ingénieux, destiné à démontrer certains phénomènes pneumatiques produits dans la cage thoracique par le mouvement du diaphragme et la contraction des muscles intercostaux. L'appareil exécutait à merveille, à l'aide d'un soufflet d'accordéon, les effets qu'on lui demandait. M. Woillez eut alors cette idée : supposé que la cage thoracique soit environ-

née d'une cavité aux parois rigides en communication avec un soufflet et que cette cavité présente les deux conditions suivantes : 1° d'être assez ample pour ne pas gêner les dilata-tions thoraciques; 2° d'être hermétiquement close, c'est-à-dire appliquée sur l'abdomen et sur le cou de manière à empêcher la rentrée de l'air et à laisser libre la tête du patient, je pourrai, grâce au jeu du soufflet, faire exécuter au thorax, et cela, artificiellement, les mouvements d'inspiration, en allongeant l'accordéon, d'expiration en l'aplatissant. En faisant le vide relatif dans la cavité, je forcerai l'air extérieur à se précipiter par les orifices de la bouche et du nez dans les poumons de l'asphyxié, afin de rétablir l'équilibre des pressions. L'équilibre rétabli, le soufflet est ramené en place, un nouveau mouvement produira une nouvelle inspiration.

On comprend la supériorité de ce moyen sur ceux qu'on emploie aujourd'hui (insufflation de bouche à bouche, manœuvre des membres thoraciques, malaxations du thorax, etc.). C'est un instrument précieux pour les postes de sauvetage que celui qui force à respirer même un cadavre et qui déplace près de vingt litres d'air en une seconde.

C'est qu'en effet, sur ces données, M. Woillez construisit un engin qui devait, dans sa pensée rendre de grands services aux noyés. C'était une vaste boîte en métal, dans les parois de laquelle était pratiquée une fenêtre munie d'un verre dont la transparence laissait voir ce qui se passait à l'intérieur : un soufflet, manœuvré par un levier commode, était établi à un bout de la boîte : l'autre bout était fermé par une plaque percée d'un trou par lequel passait la tête de l'asphyxié : un bourrelet de linge roulé autour du cou assurait la clôture hermétique. Ai-je dit qu'on glissait dans la boîte le corps nu du patient ? Une fois cette introduction faite, on actionnait le soufflet et par la fenêtre, on voyait le thorax accomplir les mouvements respiratoires. En prêtant quelque peu l'oreille, on entendait l'air se précipiter par les ouvertures de la bouche et du nez dans le poumon.

M. Woillez appela l'instrument le *spirophore*, mot hybride, grec et latin, barbarisme enfin, qui lui porta peut-être malheur. Il aurait fallu dire : *Pneumatophore*.

Les objections fourmillèrent avec une sorte d'empressement autour du nouveau-né. M. Devergie lui prédit qu'il n'arriverait à rien, parce qu'il était lourd, difficile à manier et qu'il laisserait 19 fois sur 20 l'asphyxié périr en attendant que les préparatifs

nécessaires fussent achevés. M. Depaul, de son côté, expérimenta avec le spirophore sur des nouveaux-nés asphyxiés, il constata que pas une bulle d'air ne pénétrait dans les poumons en dépit de l'action du soufflet.

Piqué au jeu, voulant à tout prix faire un sort à son invention, M. Woillez s'acharne à la perfectionner. Il pense avoir réussi et se présente aujourd'hui devant l'Académie avec un spirophore à roulettes, dont le déplacement n'est pas beaucoup plus difficile que celui d'une petite pompe à incendie et dont le prix ne dépasse guère 5 ou 600 francs. La plaque obturatrice s'ouvre et se ferme en un clin d'œil; le trou pour la tête est entouré d'une membrane en caoutchouc qui se noue sur l'occiput. En quelques secondes l'asphyxié, mort ou vif, de gré ou de force, respire à pleins poumons.

M. Depaul, sans nier les avantages que le nouvel appareil présente sur l'ancien, rappelle les essais infructueux qu'il a faits sur des enfants.

M. Woillez reconnaît que les conditions ne sont pas les mêmes pour le nouveau-né et l'adulte; que les expériences de M. Depaul l'ont conduit à écarter, dans la construction du spirophore, l'application de l'appareil aux enfants.

M. Hardy monte à la tribune et offre aux regards étonnés de l'assistance le plus étrange des phénomènes. M. Hardy a trois mains, une gauche, une droite et une moyenne, sur laquelle la gauche frappe de temps en temps en désignant sur la face dorsale un point déterminé. La troisième main est celle d'un homme décédé tout récemment dans le service hospitalier de M. Hardy; elle offre à la face dorsale une plaque de pellagre, bien caractérisée paraît-il. Cet homme est mort présentant les symptômes suivants: trouble profond des fonctions de nutrition, accusé par une diarrhée qui durait depuis plus d'un an; trouble de l'innervation, semi-paralysie des membres pelviens; trouble intellectuel; il y avait dépression mentale et hébétude. A l'autopsie on a constaté une cirrhose du foie à son début.

Or, l'individu en question était un Parisien, qui n'avait point quitté Paris, qui n'avait point mangé de maïs, mais qui était profondément alcoolique.

MM. Noël Guéneau de Mussy, Hillairet, etc., demandent la parole.

M. le Président. — De grâce, messieurs, ajournez vos remarques; l'ordre du jour est dressé; il faut l'épuiser, si

nous voulons que les travaux de l'Académie s'accomplissent régulièrement.

Comme il ne s'agit ni d'enlever la parole à M. Colin, ni de la donner à M. Pasteur, le bureau insiste pour le maintien de l'ordre du jour et l'ordre du jour est maintenu.

M. Lancereaux commence la lecture du rapport annuel dont il a été chargé par la commission des épidémies. Voici en vedette une petite introduction qui contient la plainte ordinaire, à savoir que les documents envoyés de province sont insuffisants, et la constatation intéressante que l'année 1879 n'a été marquée chez nous par aucune épidémie grave. Puis nous assistons au défilé des paragraphes que fournissent la fièvre typhoïde, la diphthérie et la variole.

Pour la fièvre typhoïde rien de saillant : sa plus grande intensité paraît être vers la fin de l'été et le commencement de l'automne. Nous le savions déjà. La physionomie du mal varie suivant les lieux, et dans le même lieu d'année en année. Il y a eu à Romorantin, dans la caserne, une épidémie causée, à n'en pas douter, par une mauvaise installation des latrines.

M. Jules Guérin aurait pu relever ce fait à l'appui de sa doctrine qui fait de la fièvre typhoïde une *infection stercorale*. A Romorantin l'infection venait du dehors au lieu de surgir des profondeurs de l'iléon.

Bref, M. Lancereaux demande pour les villes des torrents d'eau, et pour les malades l'isolement.

La diphthérie a été signalée dans 30 arrondissements. Elle paraît affectionner le climat séquanais ; ni dans l'est, ni dans le nord, elle ne se développe avec autant de facilité. M. Lancereaux soutient que les *microbes* (sachiez-vous que, par une gracieuse flatterie, à l'adresse de M. Pasteur, le mot a été inséré dans les programmes d'enseignement et qu'il figure dans le programme nouveau du baccalauréat ?) parfois observés dans les mucosités buccales des diphthériques ne sont pas, comme on l'a dit, la cause du mal. La diphthérie sévit de préférence dans les lieux bas et pendant l'hiver.

La variole a fait plusieurs apparitions ; mais le nombre de ses victimes tend à se réduire de plus en plus. Cependant, il faut signaler l'existence du préjugé qui consiste à croire que les personnes vaccinées ou revaccinées durant une épidémie sont plus sujettes que les autres à contracter la contagion.

M. Jules Guérin exprime le vœu que les médecins des

épidémies aient leur attention attirée sur cette circonstance : plus d'une fois il est arrivé qu'après avoir déclaré que telle épidémie avait éclaté soudainement en tel point, on avait découvert, en y regardant attentivement, que cette explosion avait été précédée de cas inconnus précédemment, ou obscurs et présentant les formes à peine ébauchées du mal. C'est là une indication de la plus haute importance pour la connaissance du génie épidémique en général, et pour apprécier l'origine et la marche des maladies en question. M. Jules Guérin désirerait aussi que les documents envoyés à la Commission pussent donner lieu à une statistique des épidémies; cette statistique démontrerait, par exemple, pour la variole qu'il est faux que cette affection ait redoublé ses attaques depuis la pratique de la vaccine.

M Bécclard répond que le vœu de M. Jules Guérin a été exprimé maintes fois et qu'il ne dépend pas de l'Académie de le réaliser.

Sans doute, mais on ne saurait que louer l'Académie de reproduire ce vœu avec persistance et de rappeler sans cesse à l'Administration, qui nomme et révoque les médecins des épidémies, d'exiger d'eux l'accomplissement de la tâche qu'ils ont assumée. Cette tâche est gratuite, nous ne l'ignorons pas. Elle est pourtant sollicitée avec quelque ardeur, à cause du titre qui l'accompagne et qui ajoute au prestige du praticien. Il ne s'agit pas non plus d'inventer des épidémies; mais au moins devrait-on tenir la main à ce que chaque arrondissement fût représenté dans le dossier annuel de l'Académie, ne fût-ce que par une phrase négative au besoin.

Société de chirurgie.

Séance du 29 juin 1881.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

A propos du procès-verbal, **M. Nicaise** communique l'observation d'un kyste dermoïde de la face inférieure de la langue et adhérent à l'apophyse géni, située à gauche de la ligne médiane. A l'union de l'organe et du plancher de la bouche, la tumeur gagnait le maxillaire au moyen d'un pédicule caniculé à parois très épaisses, fibro-cartilagineuses et dont la dissection fut facile. M. Nicaise réséqua avec soin tout ce prolongement. « Quelques millimètres de pédicule auraient suffi, dit-il, pour amener une récurrence. »

Encore une tumeur facile à confondre, on le voit, avec la grenouillette, et surtout avec le kyste dermoïde muqueux.

Pour **M. Verneuil** il doit exister un rapport entre l'affection que vient d'exposer M. Nicaise et le canal à double paroi, l'intérieur épithélial, récemment décrit du trou borgne de la langue à la région sous-hyoïdienne.

Toujours à propos du procès-verbal, **M. Terrillon** expose à la Société, deux observations de tumeurs analogues à celle qu'a présentée M. Ledentu dans la dernière séance. L'une d'elles, située au niveau de la fosse sous-épineuse fut largement ouverte. Elle était constituée par un kyste à parois épaisses irrégulières, tomenteuses ; le produit était séreux.

« C'est en effet le mode naturel de guérison de l'abcès froid répond **M. Després**. » Aussi Flaubert (de Rouen) qui le savait, extirpait-il ces sortes de tumeurs.

Une fois il le fit après transformation kystique complète. Son malade guérit. Encouragé par ce premier succès, il voulut enlever la tumeur avant que le kyste fût constitué. L'insuccès de cette seconde opération fit tomber la méthode en oubli.

M. Verneuil ne trouve pas d'analogie entre les observations de M. Terrillon et Ledentu. Il est bien malheureux qu'on n'ait pas analysé au microscope le contenu de la tumeur de ce dernier chirurgien. La fosse sous-épineuse en effet est le siège assez fréquent de gommes énormes de l'omoplate, et le cas de M. Terrillon pourrait bien ne pas dépendre d'une autre cause.

Pour sa part M. Verneuil a observé deux gommes de ce genre depuis six mois ; un fait analogue a été publié récemment dans les Archives de Langenbeck. La lésion n'est donc pas aussi rare qu'on pourrait le croire.

M. Terrillon ne croit pas à la nature syphilitique de la tumeur qu'il a enlevée. Les parois, dit-il, ne présentaient point cette couleur jaune nankin regardée comme caractéristique du tissu gommeux ; et puis, le liquide n'était pas infiltré, mais collecté et bien collecté au centre de la tumeur.

M. Le Fort.—J'ai eu l'occasion de rencontrer souvent de ces poches qui renferment le liquide jaunâtre transparent dont parle M. Ledentu. Même sous la dépendance évidente d'un abcès antérieur, elles se formaient pour ainsi dire sous mes yeux, alors que traitant la collection purulente par des applications de teinture d'iode fréquemment répétées, je pouvais en suivre toutes les transformations. C'est ainsi qu'un de mes malades vu et ponctionné par Flaubert au début d'un abcès froid, finit par

avoir ce kyste donné comme caractéristique de la transformation *in situ* des collections purulentes. Très souvent j'ai pu suivre des bubons également traités par les badigeonnages iodés. Au début, une épingle enfoncée dans la tumeur revenait chargée de pus inoculable : plus tard, quand la résolution n'était pas complète, on ne trouvait dans la cavité qu'un liquide séreux sans spécificité. Je ne saurais trop attirer l'attention sur ce point, car incidemment il montre comment on peut éviter la dégénérescence chancreuse du bubon.

M. Ledentu admet avec tout le monde que le fait clinique de la transformation kystique des abcès froids ne doit pas être rare. C'est dans l'autopsie, dit-il, que se trouve surtout l'intérêt de ma présentation.

Maintenant, je pourrais citer un fait très intéressant qui démontre que peut-être même le début des abcès froids est quelquefois kystique.

C'est une question sur laquelle **M. Ledentu** et **M. Nicaise** comptent un jour revenir.

Rapport de **M. Polaillon** sur l'observation d'un kyste dermoïde du plancher de la bouche adressée par **M. Comballat** (de Marseille). — Le diagnostic fut assez difficile pour nécessiter une ponction exploratrice ; l'extirpation ne présenta aucune difficulté.

M. M. Sée fait une communication sur les avantages thérapeutiques de la bande en caoutchouc vulcanisé.

Indépendamment des hernies étranglées dans lesquelles les services qu'elle rend ne sont pas d'ailleurs très appréciables, et des affections eczémateuses des membres qu'elle améliore d'une façon plus sérieuse, **M. M. Sée** traite par la compression élastique :

1° Toutes les infiltrations des membres, quelle qu'en soit la cause, brightique, cardiaque ou autre.

Elle lui donne spécialement de bons résultats dans cet œdème dur, si pénible, si douloureux du membre supérieur des femmes affectées du cancer du sein ;

2° Les infiltrations séro-plastiques consécutives au phlegmon ou à toute autre inflammation locale.

3° Les épanchements séro-sanguins des luxations et des entorses.

4° L'arthrite, et spécialement l'arthrite blennorrhagique.

5° Le phlegmon lui-même.

6° L'eczéma et les ulcères de toute espèce.

7° Enfin les plaies récentes dont la compression élastique favorise la réunion immédiate quand elle est appliquée par-dessus le pansement de Lister.

Au point de vue opératoire, la compression doit être très faible ; toute la surface du membre sera soigneusement recouverte par la bande. Enfin celle-ci sera enlevée et nettoyée tous les deux ou trois jours dans des préparations antiseptiques.

C'est à l'élasticité et à l'imperméabilité du caoutchouc que M. M. Sée rapporte les merveilleux résultats qu'il obtient.

MM. Nicaise et Lucas-Championnière craindraient le soufre du caoutchouc vulcanisé. Il irrite en effet les plaies quand on l'emploie dans le drainage, si bien qu'ils ont dû y renoncer depuis longtemps pour n'employer que le caoutchouc noir et le caoutchouc rouge.

M. Verneuil se demande théoriquement si la suppression de l'exhalation séreuse qui se fait à la surface des membres dans les affections du cœur ou des reins est sans inconvénient. Dans les hydropisies rénales, dit-il, l'urée reste dans le sang. S'il se fait un épanchement, c'est là que se porte la substance excrémentitielle. A-t-on le droit de la refouler dans l'organisme?

M. Ledentu a deux fois essayé de la compression simple dans les cas d'œdème dur d'origine cancéreuse. Le résultat a été déplorable.

M. T. Anger a guéri, par la compression élastique un éléphantiasis de la jambe.

Enfin **M. Pozzi** a observé dans le service de Broca un fait analogue.

M. Ledentu présente un jeune malade de 16 ans, entré au mois d'octobre dernier dans son service de l'hôpital Saint-Louis pour un polype naso-pharyngien. Il y avait alors de l'exophtalmie double ; la cécité était imminente et je dus opérer vite.

Je choisis la méthode des cautérisations et par une ouverture palatine, j'introduisis une flèche de chlorure de zinc dans le polype. Le succès fut complet dès la première séance et je pus croire mon malade entièrement guéri.

Seulement depuis deux ou trois mois la vue baisse de nouveau ; il n'y voit bientôt plus, et l'ophtalmoscope permet facilement de constater une névro-rétinite avec plaques d'atrophie papillaire. On ne voit rien au miroir laryngien : l'exophtalmie revient à gauche ; enfin il y a un élargissement bien évident de la face au niveau des yeux.

Que pourrait-on faire dans ce cas?

M. Lefort.— Je suis tenté de croire après l'examen du malade et l'analyse de son observation, que la tumeur avait autrefois un prolongement sphénoïdal. Comprimé par la masse ce prolongement agissait sur les yeux.

La suppression de la tumeur principale a déterminé une détente, mais aujourd'hui le prolongement sphénoïdal évolue pour son propre compte.

Que faire ? Après ce beau succès, il est difficile de ne pas tenter encore quelque chose. Alors, voici ce que je conseille : incision verticale descendant du grand angle de l'œil, deux incisions horizontales gagnant le nez et partant des deux extrémités de la précédente. On ferait ainsi une espèce de volet. Celui-ci ouvert je traiterais directement la tumeur par l'électrolyse.

Chose très bizarre, je n'ai jamais, dans ma carrière chirurgicale, eu à traiter qu'un seul cas de polype naso-pharyngien. L'électrolyse m'a donné un succès complet.

M. Lefort voulait montrer un malade affecté de rupture musculaire du biceps brachial. Malheureusement ce malade n'est pas venu.

M. Nicaise présente un fémur sur lequel on peut suivre l'évolution d'une ostéite juxta-épiphysaire remontant à 41 ans. La séance est levée à 6 heures.

F. JOUIN,
Interne des hôpitaux.

Société médicale des Hôpitaux

Séance du 24 juin 1884,

Présidence de M. DESNOS.

Après lecture du procès-verbal et dépouillement de la correspondance, **M. Martineau** fait une communication sur les *injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis*.

L'idée n'est pas nouvelle : depuis une quinzaine d'années, en Italie, en Angleterre et en Allemagne on s'est efforcé de remplacer le traitement mercuriel par des injections hypodermiques de sublimé. En France, successivement, MM. Hardy et Diday s'engagèrent dans cette même voie ; mais tous deux durent abandonner la nouvelle méthode en face des résultats peu encourageants obtenus. Les douleurs causées par la piqûre et par

la diffusion du liquide injecté sous la peau, étaient excessives; fréquemment des abcès, même des gangrènes locales suivaient. Cependant, M. Liégeois, pour faire absorber le mercure, préféra toujours à la voie stomacale la voie sous-cutanée; aussi MM. Aimé Martin, Bricheleau et Belhomme; ils avaient soin seulement d'incorporer à leurs préparations hydrargyriques un peu de chlorhydrate de morphine pour atténuer les souffrances des malades.

En 1872, sur les conseils de M. Mialhe, les solutions diverses de sublimé, de biiodure, précédemment employées disparurent pour faire place à des solutions de chloro-albuminate de mercure. La plupart des accidents jusque-là redoutés, devaient être ainsi conjurés. Malgré ce progrès, on était encore loin d'avoir conquis toute sûreté. On imagina le bicyanure de mercure, puis le peptonate. C'est à M. Bamberger que revient l'honneur de cette dernière composition. Les peptonates furent utilisés par M. Terrillon, modifiés par M. Yvon, c'étaient jusqu'à ces temps-ci les seules préparations dont on se servait.

M. Martineau, désireux d'étudier ce mode d'administration du mercure et peu satisfait des solutions en honneur, s'est entendu avec M. Delpech qui lui a fourni une solution de peptone mercurique ammoniacale ainsi formulée :

Bichlorure de mercure	10 gr.
Chlorure d'ammonium	15 gr.
Peptone sèche de Vatillon	15 gr.

On ajoute de la glycérine pour rendre plus stable.

C'est avec cette préparation que toutes les expériences ont été faites à Lourcine.

Depuis le 12 avril dernier, M. Martineau a opéré sur 51 malades et pratiqué 731 injections. Dès l'abord il agissait avec circonspection chez une même malade; mais, comme le succès seul répondait à ses tentatives, il s'est petit à petit enhardi jusqu'à faire des injections tous les deux jours, ensuite tous les jours, et jusqu'à injecter trois, puis quatre, puis enfin cinq milligrammes de sublimé par jour, et il compte ne pas s'arrêter là :

A. Jamais il n'y eut de douleurs, ou du moins de douleurs persistantes et insupportables.

B. Jamais il ne vit se produire de réaction locale, abcès ou eschare, comme on en signale en procédant d'autre sorte. Il est vrai qu'il faut avoir toujours grand soin de bien piquer dans le tissu cellulaire. Le lieu d'élection pour les piqûres est le dos. Jamais non plus signe d'hydrargyrisme.

C. Pas de troubles gastriques ou gastro-intestinaux comme dans l'absorption du médicament par la muqueuse digestive.

D. Enfin, efficacité du traitement mercuriel beaucoup plus certaine par cette méthode que par tous les autres procédés même par les frictions axillaires ou inguinales.

Telles sont les conclusions qui se dégagent des 51 observations recueillies par M. Martineau.

MM. Legroux et Féréol sont loin de contester les heureux résultats dus à l'emploi du peptone ammonique mercurique, mais ils tiennent à bien établir d'une part les dangers et d'autre part l'inefficacité dans un très grand nombre de cas des solutions précédemment en usage. M. Legroux a expérimenté à Laënnec avec la préparation de M. Yvon; il s'est entouré de toutes les précautions désirables: il n'obtint rien que de fâcheux et il dut revenir au traitement par les pilules.

De son côté, M. Féréol s'est servi d'un peptonate préparé à la pharmacie Mialhe et ce ne fut pas sans dommages.

A quoi **M. Martineau** observe que ce sont précisément les insuccès antérieurs qui l'ont engagé à chercher mieux et; croyant avoir réussi dans sa recherche, il a jugé utile d'en informer la Société.

Présentation de pièces. — **M. Ducastel** présente une série de pièces destinées à montrer les déformations du cœur à la suite de cachexies prolongées. C'est un sujet qu'il a déjà traité dans les *Archives de médecine*. Il a fait de nouvelles recherches qu'il vient exposer aujourd'hui.

Les *variations du poids* du cœur chez divers personnes bien portantes seraient plus considérables qu'on ne le suppose. La moyenne admise par Bouillaud — de 250 à 280 grammes — est exacte; pourtant on peut voir des cœurs, non pathologiques, peser 200 grammes seulement et d'autres, tout aussi sains, dépasser 300 grammes.

Le poids du cœur augmente constamment avec l'âge; la proportion relative du cœur droit au cœur gauche étant respectée.

Quant à la capacité, elle est, à l'état sain, très variable. Le ventricule droit est ordinairement d'une capacité l'emportant sur la capacité du ventricule gauche, mais à mesure qu'on avance en années la différence tend à s'effacer et le ventricule gauche arrive à égaler le ventricule droit.

A l'appui de ses dires, M. Ducastel montre quelques-uns des cœurs qu'il a recueillis.

Tout ce qui précède, c'est la loi naturelle, la règle physiologique. Examine-t-on maintenant des cœurs de vieux cachectiques? on arrive à d'autres constatations.

D'une façon générale il y a atrophie.

Il y a d'abord absence de toute surcharge graisseuse; en outre, diminution de la capacité cardiaque.

Ce qui est assez particulier et digne de remarque c'est que cette diminution de capacité porte principalement sur le ventricule gauche (qui chez les vieillards a tendance à s'ectasier). Les oreillettes, elles, ne subissent aucune espèce de rétraction, en sorte qu'on a pu comparer la masse ventriculaire effilée, surmontée des oreillettes relativement boursoufflées, à un gland couronné et semi-recouvert par le prépuce légèrement œdématié.

M. Dumontpallier ne s'étonne pas qu'il en soit ainsi et trouve qu'avant toute recherche on devait prévoir pareille disposition. Chez les hommes vieux et fatigués, le système veineux prend un développement extrême et l'appareil musculaire au contraire s'atrophie. Or, dans le cœur, la portion veineuse est la portion auriculaire, la portion musculaire est la portion des ventricules. Conclusion : les ventricules doivent s'atrophier et les oreillettes se dilater.

En comparant les deux ventricules l'un à l'autre on pourrait tenir un raisonnement semblable et l'on saurait pourquoi le ventricule veineux est moins atrophié que le ventricule musculaire. D'ailleurs dans l'hypertrophie cardiaque, n'est-ce pas sur le ventricule gauche que porte surtout l'augmentation de volume, n'est-il pas naturel que dans l'atrophie ce soit ce même ventricule qu'on voie mis en cause.

M. Ducastel. — Il n'en est pas moins vrai qu'il y a une contradiction évidente entre ces deux faits : chez un vieillard bien portant le cœur gauche se dilate; chez un vieillard depuis longtemps cachectique le même cœur gauche se rétracte. C'est une discordance que je signale sans l'expliquer.

M. Gouraud. — L'état des poumons peut jouer un rôle considérable dans le mécanisme de dilatation de l'un des deux cœurs. Il est donc, selon moi, prudent de ne poser de conclusions qu'après s'être très soigneusement assuré qu'il n'y a pas d'emphysème ou de gêne circulatoire dans les appareils de la respiration.

M. Feréol rappelle qu'il a présenté, voilà déjà quelque temps, à la Société un cœur très remarquablement atrophié.

Il est vrai que cette atrophie s'accompagnait d'un épanchement abondant dans la cavité péricardiale.

Dans ces conditions il n'est pas possible de faire aucun rapprochement avec les cœurs présentés par M. Ducastel.

A 5 heures M. Desnos proclame les résultats du scrutin pour la nomination de nouveaux membres titulaires de la Société.

MM. Danlos, Gingeot et Cuffer sont élus.

L. T.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la grippe, sa pathogénie, par le Dr VOYARD (de Bordeaux). Paris, Doin, 1881. — En réponse à une allégation du Dr Augier (de Lille), le Dr Voyard a entrepris ce travail, dans lequel il a eu pour but de prouver que, non seulement le froid n'est pas pour lui la seule cause de la grippe, mais encore qu'il n'en est pas même cause et que la grippe est loin d'être une affection catarrhale.

Après un court historique où il nous montre la grippe finissant peu à peu par se dégager des toux convulsives symptomatiques, puis épidémiques pour arriver à constituer sous la plume de Sydenham une entité morbide, l'auteur combat diverses théories émises sur la nature de l'affection; et, avec Graves, Gottlieb, Gluge, Raige-Delorme en fait une maladie *sui generis*, distincte de la bronchite.

La grippe ressemble beaucoup à la coqueluche avec ses trois périodes de début, d'état, de déclin et ses irrégularités dans ces périodes qui sont plus ou moins tranchées.

Dans la période d'état ou convulsive, les symptômes montrent bien qu'il s'agit d'une affection spéciale de la muqueuse des voies respiratoires et de celle de l'estomac à laquelle se joint un élément nerveux qui seul peut rendre compte des paroxysmes d'oppression pendant lesquels les signes stéthoscopiques sont presque nuls comme dans les moments d'accalmie. Quant aux formes irrégulières, dans certaines épidémies, les phénomènes céphaliques ont été tellement graves qu'on a créé la variété de *grippe encéphalique*; dans d'autres la prédominance des symptômes abdominaux a fait décrire la grippe abdominale. De même le système nerveux de la vie de relation a pu être atteint et il en est résulté, entre autres, des vertiges, des crampes, du hoquet, des hémorrhagies diverses.

La plupart des auteurs sont d'avis que la grippe est due à des influences telluriques particulières, influences qu'ils interprètent différemment. L'agent de contagion serait un miasme pour les uns, un germe comme dans la coqueluche pour les autres, à supposer que le germe et le miasme soient différents. Pour d'autres encore (Spenger, Granara,) les épidémies de grippe résulteraient de la proportion d'ozone contenue dans l'atmosphère. D'autres enfin, ne voyant aucune différence entre la grippe et la bronchite, n'y trouvent que l'influence du froid. Après avoir réfuté ces diverses opinions, le Dr Voyard conclut que la cause de la grippe, bien que consistant en une influence tellurique, nous échappe absolument quant à sa nature intime. En tous cas cette cause n'atteint guère que les muqueuses innervées par le pneumogastrique qui joue certainement un grand rôle dans cette affection; c'est une sorte d'excitation des filets nerveux, sécréteurs, moteurs et sensitifs de l'estomac et des bronches. En somme, la grippe est une *névrose du pneumogastrique*. Non seulement les symptômes le prouvent, mais aussi le traitement le plus efficace qui consiste en vomitifs, en antispasmodiques et en révulsifs.

La bronchite catarrhale et la grippe coïncident souvent, il est vrai, mais elles sont parfaitement distinctes. L'une peut prédisposer à l'autre; cependant, si l'on prend chacune de ces affections dans son type pur et que l'on oppose symptôme à symptôme, on les trouve entièrement dissemblables. Enfin, le Dr Voyard termine son argumentation en concluant que, s'il est une affection qui se rapproche de la grippe, c'est bien plutôt la coqueluche que la bronchite catarrhale.

F. A. HUE,

interne des hôpitaux.

VARIÉTÉS

L'exercice illégal de la médecine

Par M. Fabrice Carré, avocat à la cour de Paris.

Parmi les nombreuses questions que les juges sont appelés à résoudre, il en est qui intéressent particulièrement le monde médical, souvent peu familiarisé avec ses devoirs et ses droits : ainsi, l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, les

nécessités du secret professionnel, les réclamations à introduire pour paiement d'honoraires, frais de dernière maladie, les difficultés des expertises légales, les prescriptions particulières sont choses peu connues des intéressés.

Les poursuites dirigées à la suite d'un exercice illégal de l'art de guérir, d'une usurpation de titres sont fréquentes au Palais de Justice. Messieurs les médecins ont un intérêt incontestable à ce que des brebis galeuses ne se glissent point parmi eux; ils doivent souhaiter vivement que l'autorité judiciaire arrache à des charlatans les diplômes dont ils se parent avec une généreuse facilité. L'intérêt général se joint ici à l'intérêt privé pour empêcher des individus sans instruction de se livrer à leurs redoutables expériences sur les malades dont l'imprudente confiance est chèrement payée.

Mais c'est aux médecins qu'il appartient de veiller et d'attirer l'attention du parquet; en effet, après quelques hésitations dans la jurisprudence, la question de savoir si les médecins peuvent poursuivre la répression des faits d'exercice illégal de médecine, ou intervenir comme partie civile dans les débats soulevés à la requête du ministère public, a été affirmativement résolue. Il faut se pénétrer de cette idée que la considération du corps médical est souvent entamée par de prétendus guérisseurs contre lesquels il importe de nous protéger.

La plupart du temps pour ces docteurs improvisés les petites gens sont des victimes désignées par leur situation et leur crédulité ignorante: le tribunal correctionnel de la Seine vient, la semaine dernière, de juger deux affaires que nous donnons comme exemples:

Un sieur B..... trônait à Gentilly dans une pharmacie achetée par son père; mais le père, dont les titres sont incontestables, ne paraissait presque jamais; en son absence, c'était le fils, qui, veuf de tout diplôme, donnait aux visiteurs des médicaments étranges et des consultations fantastiques. Une femme R.... l'alla trouver après ses couches et lui demanda une potion afin de faire passer son lait. On ne sait au juste quel est le mélange auquel s'arrêta le pharmacien supposé: toujours est-il qu'à la suite de son absorption, la malheureuse cliente garda le lit quinze jours durant et fut gravement indisposée!

L'exercice illégal se compliquait donc de blessures par imprudence, par suite de l'assimilation que la loi fait en pareil cas aux blessures véritables.

Le commissaire du quartier vint faire sa partie dans le concert d'imprécations entonné par les voisins.

La découverte de cette exploitation coupable a coûté à M. B... 500 francs d'amende.

Un autre, fils de médecin, M. D..., peu jaloux des diplômes paternels, jugea bon également de transformer sa modeste boutique d'herboriste en un cabinet de consultation, oubliant les articles 135 et 136 de la loi du 19 ventôse an XI, et l'article 33 de la loi de germinal an XI.

Il gratifia donc un jour un sieur Prévost d'une pommade et un sieur Lebrun de petits paquets que le Dr Paul Descoust a été appelé à examiner après le dépôt d'une plainte.

En procédant à la recherche qualitative des substances entrant dans la composition de la pommade et des paquets donnés, il a été amené à reconnaître qu'ils constituaient de véritables médicaments, dont l'innocuité a permis à M. D... de n'être condamné qu'à quinze jours de prison et à 150 francs d'amende.

L'accomplissement de ces fautes, dont les conséquences peuvent être graves, revêt des formes peu variées ; dans les grandes villes, ce sont des herboristes qui se font pharmaciens, ou des pharmaciens qui tranchent du docteur ; dans les campagnes, de simples rebouteurs, et des charlatans font une concurrence étrange aux praticiens : à ceux-ci de se souvenir des armes que la loi a placées dans leurs mains.

NOUVELLES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — *Programme des prix et récompenses à décerner en 1882.* — Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 1^{er} juin 1881, a décidé :

1^o Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours ;

2^o Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

Mais la Société a mis de nouveau au concours, pour l'année 1882, la question suivante :

Les alcools introduits dans l'économie y subissent-ils des modifications ?

Le prix sera de 2.000 francs.

Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1^{er} janvier de l'année 1882.

Pour le concours spécial, les mémoires écrits en français seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

9 Juillet 1881



APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE

MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

Doctrines médicales. A propos de M. Bouley et de la vaccination charbonneuse. — Il est des expressions confuses, mal définies, telles que *matérialisme*, *spiritualisme*, *cléricalisme* dont se servent les partis de toute sorte et qui constituent de véritables engins de guerre, d'autant plus commodes ou dangereux que, grâce à leur signification élastique, on peut s'en servir à volonté contre quiconque. C'est ainsi que Littré était un *matérialiste*, c'est ainsi que M. J. Ferry sera demain un *clérical* et M. Constans un *réactionnaire*.

La *Revue médicale* vient d'avoir affaire, en la personne de son directeur, avec un engin de cette espèce.

Pourquoi, nous disait M. Bouley, attaquez-vous les idées de M. Pasteur, qui sont aussi les miennes? Serait-ce parce que vous considérez qu'elles sont contraires au *spiritualisme*? — Oui, certes, lui avons-nous répondu, ne voulant pas que la réponse dépassât le niveau de la demande.

Ce propos méritait à peine d'être relevé. Mais nous étant souvenu que, dans une autre circonstance, M. Bouley avait désigné la *Revue* comme un organe *spiritualiste* et *rétrograde*, il devenait évident pour nous que cette qualification était dirigée contre elle à titre d'engin de guerre et non à titre d'appréciation sérieuse des idées doctrinales que nous défendons. Nos lecteurs connaissent déjà ces idées, mais il ne sera peut-être pas inutile de les résumer encore une fois pour eux et surtout pour M. Bouley qui, nous croyons le savoir, est un de nos lecteurs les plus assidus.

D'abord, nous répudions la qualité de *spiritualiste* ou de *matérialiste* parce que ces expressions n'ont rien de scientifique et qu'elles visent les inconnues de la science.

Juillet, T. II, 1881.

4

Qu'est-ce que la matière? Qu'est-ce que l'esprit.....?

Nous répudions encore ces vocables parce que, érigés en système, le spiritualisme et le matérialisme sont nécessairement obligés d'adopter une méthode exclusive dans la recherche de la vérité.

Nous sommes simplement un *chercheur de vérité* et dans cette recherche nous sommes résolus à employer toutes les méthodes légitimes de l'esprit humain.

En anatomie, en physiologie, nous avons recours à tous les procédés d'investigation ; dans l'étude des phénomènes vitaux, nous utilisons, non seulement les méthodes expérimentales de la physique et de la chimie, mais encore la méthode physiologique par excellence, c'est-à-dire la *méthode psychologique*.

En médecine, nous appliquons la méthode d'observation, enrichie de tous les moyens d'exploration connus et nous empruntons à toutes les notions acquises dans les autres domaines de la science le moyen de lutter contre la maladie.

Lorsque, grâce à l'emploi de ces diverses méthodes, nous avons quelque idée des principaux éléments du problème à résoudre, nous considérons philosophiquement — un peu de philosophie en tout est indispensable — le résultat de nos recherches et nous sommes conduit à admettre :

1° Que dans le domaine de la vie, la physique et la chimie sont subordonnées à des lois spéciales, dont la direction échappe à nos moyens. Nous pouvons, en effet, désagréger par l'analyse les conditions matérielles de la vie, mais nous ne saurions reconstituer ces mêmes éléments à l'état de vie ; il y a là un facteur qui s'est envolé au courant de l'analyse et que le chimiste ne saurait rattraper. — Demandez plutôt à M. Berthelot qui cherche le fugitif depuis plus de trente ans. — Or, ce quelque chose qui est parti, qui échappe à mes sens et à mon acte, ce quelque chose aussi réel que la matière, ce quelque chose que je sens et touche, car sans lui la vie n'est pas possible, ce quelque chose, dis-je, je l'appelle *principe de vie, force vitale* ;

2° Nos recherches nous conduisent encore à admettre que ce *principe de vie*, dont les capacités diverses se montrent dans les divers organes qu'il anime, produit dans le cerveau un phénomène incomparable, qui n'a pas d'analogue dans le monde matériel et qui se montre chez l'homme avec des caractères tout à fait distincts, ce phénomène est la *notion intelligente*.

Si M. Bouley tient absolument à désigner sous le nom de

spiritualisme la doctrine dont nous venons d'esquisser les principales lignes, libre à lui. Le nom ne nous offusque pas après explication, bien que nous préférions celui de *vitalisme*.

Nous tenons à dire que nous nous rallions à cette doctrine parce que nous croyons qu'elle est la plus complète et la plus apte à favoriser le progrès scientifique.

Si M. Bouley pense en avoir une meilleure qu'il nous la fasse connaître et, à cet effet, nous lui ouvrons libéralement les portes de la *Revue*.

Nous dirons, en terminant, la cause de ce rappel de principes.

M. Bouley a été contrarié de ce que dans le dernier compte rendu de l'Académie de médecine, notre estimable collaborateur ne s'est pas montré favorable au projet de vaccination du charbon en masse qu'il avait patronné à la tribune au nom de M. Pasteur.

Nous ne pouvons qu'approuver la manière de voir de notre collaborateur, et les raisons que nous allons en donner rendront peut-être M. Bouley plus juste à l'endroit de nos doctrines médicales.

Partant de l'idée que le virus-vaccin prémunit contre la petite vérole pendant un certain temps; pouvant d'ailleurs s'appuyer sur les essais de vaccination syphilitique et sur la théorie de M. Jules Guérin, relative aux formes ébauchées des maladies virulentes, M. Pasteur a voulu prémunir les animaux contre le charbon en leur inoculant du virus charbonneux *atténué*, c'est-à-dire un virus qui a perdu ses propriétés mortelles.

La logique des faits semble conduire M. Pasteur par la main; mais il oublie trop une chose : la *nature du virus*.

En aucun cas le virus-vaccin n'est mortel, et à la rigueur, jusqu'à présent, on ne voit pas pourquoi on ne vaccinerait pas.

On a le droit de se montrer moins indulgent à l'endroit du virus syphilitique, parce que, du moment qu'il agit, c'est qu'il a donné au sujet une vérole, atténuée si l'on veut, mais une vraie vérole, une vérole qui peut avoir une influence fâcheuse sur la progéniture. Il est certain que si un père bien intentionné me présentait pour gendre un adolescent vacciné syphilitiquement je lui refuserais net la main de ma fille.

Le cas de M. Pasteur est encore plus grave. Non seulement son virus atténué n'est pas un virus anodin, non seulement ce virus ne se borne pas à infecter l'économie d'une maladie horrible, il fait plus, il tue. Peste ! mais ce virus, si atténué qu'il soit ne sera jamais un virus innocent.

Juillet, T. II, 1881.

Nous admettons bien que, grâce à son atténuation, il ne tue pas, présentement du moins, mais pour agir il doit renfermer les bactériidies, qui, d'après les expériences de M. Pasteur lui-même, se cultivent et reprennent leur énergie première en passant dans les *organismes des animaux d'un jour*. Mais alors, cette vaccination en masse, au lieu d'être un bienfait, ne va-t-elle pas jeter, à un moment donné, la mort et la désolation dans nos campagnes?

Enfin le côté de *l'hygiène publique* nous semble avoir été singulièrement dédaigné dans cette question. Comment! Vous introduisez dans le sang des animaux des bactériidies assez vivaces pour donner un charbon atténué et vous ne craignez pas de livrer à la consommation des animaux ainsi préparés?

Cela est monstrueux, et nous nous étonnons que l'on permette de pareilles expériences.

On répondra peut-être qu'au bout d'un certain temps les bactériidies disparaissent. Soit. Mais alors ne faudra-t-il pas vacciner de nouveau, car le vaccin primitif aura peut-être perdu ses vertus préservatrices? De telle sorte que, sous prétexte de prémunir les troupeaux contre le charbon, vous *cultivez* cette maladie sur une grande échelle et vous la maintenez à l'état atténué sur les individus que vous avez vaccinés. — Si atténué qu'il soit, nous le répétons, ce charbon n'est pas moins constitué par des bactériidies et nous déclarons qu'il est absolument antihygiénique de fournir aux populations de la viande contaminée par du virus charbonneux atténué.

L'organisation s'habitue à l'action du virus atténué comme jadis Mithridate s'habitua à l'influence d'un poison d'une autre espèce; mais il est telle circonstance où cette tolérance peut faire place à une disposition favorable à la multiplication soudaine des bactériidies, et dès lors vous vous trouvez en présence du charbon véritable.

Commencez, pourrait-on dire à M. Pasteur, par manger, vous et les vôtres, pendant deux ou trois ans, des viandes vaccinées au charbon, et nous verrons après cela s'il est prudent de vacciner les moutons destinés à la boucherie.

Nous ne pensons pas que M. Bouley puisse incriminer la doctrine, spiritualiste ou autre, qui a inspiré notre argumentation. Dans tous les cas, il connaît à présent les motifs sérieux qui nous font mettre une sourdine à l'enthousiasme que lui et M. Pasteur professent pour la vaccination charbonneuse.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

REVUES CLINIQUES

CONFÉRENCES CLINIQUES DE LA
SALPÊTRIÈRE,

Par M. LEGRAND DU SAULLE,

De l'état mental des hystériques (suite),

Recueillies par M. le Dr TISON.

Reprenons la grande question de l'hystérie tout en restant sur le terrain de *l'hysteria minor*, qui présente un état mental particulier compatible cependant avec la raison, l'activité intelligente et les devoirs généraux de la vie.

Voici tout d'abord un point d'interrogation. L'hystérie n'est-elle que l'expression d'une susceptibilité particulière, retentit-elle assez sur l'intelligence, pour, en cas de crime, entraîner l'irresponsabilité? Cette question est souvent mal jugée par les tribunaux dans des affaires retentissantes. Je réponds : l'hystérie ébranle un peu l'édifice de nos facultés. Voyons quelles sont celles dont elle peut compromettre l'exercice?

Il y a deux grands ordres de facultés, les affectives et les intellectuelles. Aux premières se rattachent les sentiments d'amour et de haine, des secondes découlent les manifestations de la raison, de l'intelligence et de la volonté. Celui qui se livre uniquement à ses facultés affectives, quoique sain d'esprit, est exposé à faire céder la raison à la satisfaction de ses désirs.

L'hystérie retentit énormément sur les facultés affectives, mais moins sur les facultés intellectuelles. Dans la grande majorité des cas, celles-ci restent intactes. L'impulsion, la dépense énorme des sentiments affectifs lésés dominant dans l'hystérie, mais il y a pleine connaissance de cause. La lésion de l'affectivité domine donc dans l'hystérie. Cette distinction était nécessaire car le mot faculté a un sens trop vague.

Quelle somme de responsabilité, l'hystérie étant posée comme diagnostic, faut-il lui laisser?

Si l'hystérique est restée intelligente, sans troubles sérieux de la raison, il est très difficile de demander même une faible somme d'atténuation. S'il y a lésion de l'intelligence, pauvreté mentale native, influence héréditaire, il y a lieu d'admettre une atténuation de la responsabilité, car à la lésion des facultés affec-

tives s'ajoute celle des facultés intellectuelles. Dans certains cas, ces deux ordres de facultés sont tellement lésés qu'il y a lieu d'invoquer l'article 64 du Code pénal : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action... » Par conséquent pas de responsabilité. Du reste tout est question d'espèce et chaque cas doit être examiné avec ses circonstances particulières.

On peut se demander comment, dans une grande ville, à propos d'un procès qui émeut et passionne le public, on puisse prononcer le mot d'hystérie, sans que personne, même à la faculté de médecine, ne fasse retentir une note juste. Il faut que ce qui s'est passé à Bordeaux ne se répète plus. Il faut un chapitre particulier dans les livres sur l'état mental des hystériques. J'ai inspiré des thèses, elles restent chez les libraires; l'enseignement parlé sera peut-être plus efficace.

Une hystérique porte-t-elle plainte ? attendez-vous à des inventions, à des mensonges et même à des fabrications de fausses pièces. Les dossiers de demandes en séparation de corps que nous avons examinés ne le démontrent que trop. Il ne lui est pas difficile d'imaginer un crime, d'en indiquer les circonstances tellement précises que le juge d'instruction marche avec assurance sur cette piste qui est cependant fausse.

Il y a moins d'un an, on parlait d'un crime extraordinaire commis aux environs de Paris. Une jeune fille étrangère avait attiré un jeune homme sur le bord d'une pièce d'eau et lui avait tiré un coup de revolver à bout portant. Le jeune homme était tombé à l'eau. La jeune fille se dénonce elle-même, et se constitue prisonnière. Le parquet de Versailles informe, fait draguer inutilement, on ne retrouve pas le cadavre. Il n'en continue pas moins ses recherches. L'avocat distingué qui était chargé de la défense, étonné des singularités de la cause vient me trouver et m'expose la chose. — C'est une mystification, lui dis-je ; vous avez affaire à une hystérique. — Très bien, me répondit-il, je vais suivre sur cette piste nouvelle. Et en effet on acquerrait peu de temps après la certitude que le crime n'avait jamais existé que dans l'imagination de la jeune fille. Depuis elle est retournée dans son pays et l'on n'a jamais plus entendu parler de rien.

M. Tardieu dont j'ai suivi les cours avec ferveur et avec qui j'ai appris beaucoup de choses, ne connaissait pas bien l'hystérie. Les questions de médecine mentale ne lui étaient point familières; il était plus solide sur le terrain de l'infanticide, de l'avorte-

ment, de la strangulation, etc. Quoique pendant vingt ans il ait été médecin consultant d'un asile privé, il ne s'occupait guère de ces questions. Cependant il ne s'y est pas trompé dans le cas suivant pour lequel il avait été requis.

En 1839, l'enfant d'un magistrat, M. Hua, fut volé aux Tuileries par une jeune fille de dix-sept ans. Celle-ci avait réussi, grâce à un ingénieux prétexte, à éloigner la nourrice trop confiante et elle s'était sauvée avec l'enfant dont elle avait réussi à obtenir la garde. C'était Léonie Chéreau, célèbre dans les fastes judiciaires. Depuis cinq ou six ans elle était en proie à des attaques d'hystérie. Elle avait une forte constitution et des facultés intellectuelles très nettes. C'était une très jolie fille qui n'avait pas tardé à devenir la maîtresse d'un commis de nouveautés par qui elle voulait se faire épouser. Elle chercha à amadouer cet homme au cœur de marbre, et qui par sa révoltante déloyauté s'est montré sous le plus détestable jour : les larmes, les prières échouèrent. Elle prétexta alors que sa mère la réclamait et elle quitta son amant en lui déclarant qu'elle portait dans son sein une preuve irrécusable de sa faute. Pendant les mois qui suivirent elle ne cessa de lui écrire en lui donnant des détails sur sa grossesse et bientôt sur son accouchement. Espérant que la présence d'un jeune enfant attendrirait l'inflexible volonté de son amant, elle vint à Paris voler l'enfant de M. Hua qu'elle remporta à Orléans.

La police est aussitôt mise sur pied et elle cherchait en vain depuis plusieurs jours, quand un voisin de Léonie Chéreau trouvant très drôle la présence d'un jeune enfant entre les mains de cette fille, donna l'éveil. On informa aussitôt et l'accusée fut renvoyée devant la Cour d'assises.

Le traité de M. Briquet venait de paraître. Un avocat déjà célèbre et qui l'est encore plus aujourd'hui, vint défendre l'accusée, en tenant à la main ce livre qui ne contient pas un mot du côté médico-légal de l'hystérie. Son plaidoyer consista surtout en un portrait fantaisiste de cette névrose et il obtint un acquittement qui passa alors pour scandaleux.

Nous en sommes encore là aujourd'hui. Ce jugement est devenu un précédent. L'hystérie passe pour être connue et elle entraîne d'emblée l'irresponsabilité totale. Ce n'est ni sérieux, ni scientifiquement vrai. L'avocat qui est de bonne foi, dit ce qu'il croit être la vérité ; ce n'est pas sa faute si les médecins ne lui apprennent rien. Cependant M. Tardieu avait été mandé ; en présence de cette fille hystérique, on lui oppose le livre de

M. Briquet et on lui demande : « L'hystérie entraîne-t-elle l'irresponsabilité ? » Avec son grand sens, M. Tardieu compose alors une théorie sage et déclare qu'il n'y a pas de raison suffisante pour entraîner l'irresponsabilité. Il a été battu.

Ce n'est pas seulement en France que l'on sait mal juger les cas de cette espèce.

Allons en Prusse. Lisez Casper dont les traducteurs nous ont fait connaître le livre. Cherchez-y l'article hystérie et vous verrez combien c'est pauvre. Casper est trop criminaliste, quoiqu'il ait fait de la clinique médico-légale. Voyez son observation de *la Glaser*, cette femme qui avait volé et mystifié tout le monde par ses lettres anonymes, elle avait fait partie de bandes de malfaiteurs. On eût dit qu'elle possédait l'anneau de Gygès tant elle savait se rendre introuvable et insaisissable. Elle narguait tout le monde et intriguait tout le pays.

Pendant plus de dix ans, elle put tromper les magistrats les plus expérimentés, induire en erreur un grand nombre de médecins, mystifier sans cesse l'autorité, donner lieu aux aventures les plus inattendues et passer alternativement de la maison d'arrêt à l'hôpital d'aliénés, de l'hôpital d'aliénés à la prison et de la prison à la maison de force. Sa vie n'a été qu'un long enchaînement de péripéties extraordinaires, d'épisodes dramatiques et de simulations aussi variées qu'habiles. Tour à tour, selon les besoins de sa cause, calme ou furieuse, folle, muette, hallucinée, possédée du diable, faible d'esprit ou rhumatisante, menteuse, faux témoin ou voleuse, *la Glaser* a fait preuve de l'énergie la plus rare, de l'effronterie la plus inouïe et de l'intelligence la plus souple.

Casper fut chargé de l'interroger. Il fut frappé de ce côté extraordinaire, mais il lui laissa toute sa responsabilité. La pénalité fut considérable. Cependant une femme qui trouve le moyen de faire tant de choses mérite bien quelque atténuation et pour ma part, je regrette que Casper ait contribué à la faire condamner sévèrement.

C'est en Espagne que s'est passé l'un des événements les plus douloureux de la médecine légale. J'y ai pris part dans les circonstances que vous allez connaître.

Une riche Espagnole, âgée de quarante ans, Mme S..., fille d'un père apoplectique et d'une mère mélancolique, donna lieu à une série de procès très regrettables. En proie à des attaques convulsives d'hystérie, cette dame était capricieuse, mobile, indifférente, loquace, elle tenait des conversations

déplacées, racontait des histoires absurdes, se disputait avec ses domestiques, commettait des excentricités, avalait parfois des allumettes chimiques et se livrait dans sa correspondance à de véritables divagations. Transférée dans une maison de santé à Barcelonne, elle porta contre son mari, ses deux beaux-frères et trois médecins éminents les plus criminelles accusations. Ces six hommes furent poursuivis, renfermés dans les cachots de Valence et condamnés les uns à dix-huit, les autres à vingt années de prison. La peine fut commuée plus tard en celle de l'exil. Un cri de détresse poussé par l'une des victimes se fit entendre jusqu'à Paris, et la Société médico-psychologique, sous la présidence de Delasiauve, résolut d'intervenir et nomma une commission composée de C. Loiseau, Legrand du Saulle et Brierre de Boismont. Nous étudiâmes pendant plusieurs mois, mes collègues et moi, un dossier de huit cents pages in-folio, ne contenant que des pièces légalisées par M. le Chancelier du Consulat de France à Valence; nous eûmes ensemble de nombreuses conférences et nous rédigeâmes enfin un rapport très net et extrêmement considérable, concluant à l'état de folie hystérique de la dame espagnole et à l'innocence absolue des condamnés. La Reine n'eut pas plus tôt pris connaissance de ce mémoire qu'elle ordonna la mise en liberté immédiate des six condamnés, les graciant et les rétablissant dans leur situation première après les avoir couverts d'honneurs et de décorations. Isabelle tombait quelques mois après, mais nous lui devons nos remerciements pour s'être rendue à la lumière qui lui arrivait de France et qui lui permettait de réparer une immense injustice.

L'hystérie joue un si grand rôle dans les demandes en séparation de corps, qu'il n'est peut-être pas inutile de traiter incidemment cette question. Comme je suis toujours à la recherche du côté neuf sur cette matière, je veux vous faire connaître certains points généralement inconnus des médecins.

Il y a chaque année en France, 4,800 demandes en séparation de corps. Il a donc fallu que les médecins délivrassent au minimum un même nombre de certificats. Permettez-moi de vous dire que notre intervention est souvent inopportune, parce que nous sommes ignorants.

Pour le bien comprendre étudions le mécanisme de la séparation de corps. Il repose sur l'article 231 du Code civil: « Les époux pourront réciproquement demander la séparation

de corps pour excès, sévices, injures graves de l'un deux envers l'autre. »

Comme, en cette affaire délicate, tout dépend des circonstances, c'est évidemment avec intention que les motifs possibles de la séparation n'ont point été définis avec plus de précision. Aussi ces mots donnent-ils lieu à beaucoup de discussions et à un grand nombre d'interprétations. C'est très élastique, si élastique même qu'il y a deux ans dans un procès qui n'a pas complètement abouti, la femme articulait contre son mari : « 1°...... 2°...... 10°. Il m'a amené en consultation M. un tel. » J'étais devenu la cause d'une injure grave et on m'a couché sur le papier timbré. Cette élasticité permet d'avancer toutes sortes de choses. Tel fait, en apparence insignifiant, peut acquérir par les circonstances une grande importance. La séparation de corps ne brise pas les liens du mariage, mais elle en modifie les devoirs. Il ne faut pas croire que le lien conjugal puisse être parfaitement relâché en France. On vous consultera pour vous demander : L'hystérie n'est-elle pas un cas de séparation ? Rappelez-vous que plus l'un des conjoints est malheureux, infirme, frappé, plus l'autre doit redoubler de soins. Quand un mari vient vous dire : ma femme a un cancer de l'utérus, de la face ou elle est hystérique, je veux me séparer. Résistez. La loi, la morale, l'édifice social reposent sur l'institution du mariage. La famille, l'État, la société, tout y est contenu. Si vous relâchiez trop facilement le nœud du mariage, on aurait trop facilement des motifs à arguer en vertu de la séparation de corps.

Cette conduite paraît très sévère, je le sais, mais nous sommes tenus à faire respecter ces principes. Je n'en suis jamais sorti.

Que faut-il entendre par excès, sévices et injures graves ? Les *excès* sont des violences dépassant toute mesure, mettant en danger la vie de l'époux. On taxe de *sévices* les mauvais traitements et les actes de cruauté qui ne sont point susceptibles de compromettre l'existence. Les *injuries graves* résultent de paroles, d'écrits ou de faits outrageants.

En somme ces mots : excès, sévices, injures graves sont très élastiques et permettent d'aller très loin.

Le médecin intervient facilement, surtout il donne trop facilement un certificat. Un cas se présente, on l'appelle. Il ne sait pas refuser et il délivre une pièce qu'on va faire légaliser et qui servira un jour. Un nouvel orage arrive, on exhibe

cette pièce dont l'auteur ne se souvient plus et c'est cependant elle qui va servir à entamer un débat.

Il y a là quelque chose de fâcheux pour le secret professionnel. On n'y pense pas assez. Même devant la justice, il faut savoir ne pas trop parler.

Il y a quinze jours, j'ai été appelé pour une affaire de séparation de corps. Je n'y suis allé que délié des obligations du secret professionnel. J'ai expliqué le cas au juge d'instruction, il s'agissait de la folie du doute avec délire du toucher (je vous exposerai un jour cet état que j'ai fait connaître en 1873). La partie adverse a été très étonnée du résultat de mon intervention. Les parties ont été renvoyées dos à dos, car la séparation est impossible quand le motif allégué repose sur un état pathologique.

La séparation de corps entraîne beaucoup d'autres questions médico-légales. Ainsi par exemple on se demande si la grossesse antérieure au mariage est une injure grave. Non, disent les uns, c'est un fait antérieur au mariage et les devoirs des époux ne commencent qu'à partir de la célébration. On ne peut pas donner d'effet rétroactif à leurs obligations et il n'est pas permis de demander compte d'actes antérieurs au lien conjugal. Les autres leur répondent avec raison qu'on peut et même qu'on doit voir une injure grave dans le fait même de cette grossesse. L'injure, en effet, a accompagné la célébration du mariage et elle s'est prolongée depuis. L'injure ne consiste pas dans le commerce sexuel que la femme a pu avoir, alors qu'elle pouvait librement disposer d'elle-même, mais l'injure est la contemporaine du mariage, puisque la dissimulation est concomitante et consécutive. Au moment où se forme le lien qui doit unir les époux jusqu'à la mort, la loyauté est obligatoire et elle doit être la base du contrat. Celui qui a la perfidie de taire, en un pareil instant, l'existence d'un fait qui, s'il était connu, rendrait le mariage impossible, trompe cruellement son conjoint et en compromet le bonheur et l'avenir. L'outrage commis est une injure grave.

Telle est la manière actuelle de juger cette question et c'est justice.

On nous dit tout, je ne dirai pas qu'on nous en raconte plus qu'au confesseur, mais on nous consulte sur les faits les plus délicats. Des époux ne peuvent consommer l'acte conjugal qu'au prix de grandes souffrances pour la femme. Il y a disproportion entre les organes.

Juillet, T. II, 1881.

La femme ne trouve dans l'œuvre du mariage que souffrance et danger et elle met sa mère dans la confiance de son malheur. Ma fille, viendra vous dire cette mère, n'éprouve que douleur et souffrance au lieu de la satisfaction légitime qu'elle est en droit d'attendre, donnez-moi votre avis, quelle est votre opinion ? C'est très délicat, je dirai même que la plupart du temps le médecin ordinaire doit savoir s'abstenir et rester muet, car les plus fines et les plus amères plaisanteries des avocats peuvent le faire sortir de l'audience, amoindri, bafoué et meurtri. Le médecin requis par la justice entre dans le débat de la manière la plus désintéressée et la plus impartiale ; il apprécie les faits qu'il a eu mission d'examiner et il conclut, sans se préoccuper de la question de savoir si son rapport doit être interprété en faveur du mari ou en faveur de la femme. Le médecin expert ne s'arrête à aucune considération d'intérêt privé ; il n'a pas de client à défendre, il n'a qu'à faire jaillir la vérité d'où qu'elle vienne.

Pour en revenir au fond même de la question, il est évident que si la loi a pu commander l'obéissance, elle n'a pas voulu imposer la souffrance perpétuelle. Dans le cas actuel, si le fait était prouvé, il y aurait lieu, je crois, à la séparation. C'est une malformation et non une maladie.

Il y a d'autres questions de l'ordre le plus déplorable, il faut le dire, à la honte de la société. Les habitudes de sodomie se sont introduites dans beaucoup de foyers et dans un certain milieu c'est fréquent ; les constatations sont parfaitement concluantes.

De deux choses l'une, ou la femme se prête au caprice avilissant de son mari, ne vous en occupez pas, ou il y a violence, constatez, mais tâchez d'être requis, car votre certificat constitue une pièce grave, la cour de cassation ayant décidé en 1854, qu'un attentat à la pudeur peut être commis par un mari sur sa femme.

Assez pour aujourd'hui sur ce sujet, rentrons dans l'hystérie. Dans votre clientèle, parmi les personnes que vous soignez, il y a des femmes qui menacent de se jeter par la fenêtre, de s'empoisonner, etc. On vous dit, donnez-moi une pièce, il faut que j'aie trouvé le président, que je constitue avoué. Soyez très prudent. Sur les 4,800 demandes de séparation de corps, il y en a 2,000 où sous prétexte d'incompatibilité d'humeur, il y a de l'hystérie. Si le rôle du médecin a été actif, il en sor-

tira brouillé avec la famille et les amis de la famille, surtout dans une petite ville.

Quand on invoque l'hystérie, l'avocat de la femme ne manque jamais d'exposer la théorie que vous savez et qui est complètement fausse. Donnant à son imagination le plus fantastique essor, il énumère les symptômes les plus romanesques de la névrose, cite quelques observations apocryphes et arrive invariablement à affirmer que sa cliente dévorée par la flamme de la sensualité et dominée par une force irrésistible, a été fatalement entraînée à la recherche de satisfactions qu'elle était loin de trouver auprès d'un époux indifférent, tiède ou froid. C'est un moyen conservé dans le répertoire du barreau et on ne manque jamais de l'employer dans de semblables circonstances, d'autant plus que dans l'affaire de la fille Chéreau, il a réussi d'une manière scandaleuse.

Si c'est *l'incompatibilité d'humeur* qui est mise en avant, on vous parle du caractère bizarre, querelleur, mobile et jaloux de cette femme qui cajole et embrasse son mari et le lendemain le repousse avec menace de se jeter par la fenêtre.

Un homme malheureux c'est l'époux de l'hystérique, car il est la victime de tous les contrastes que présente l'état mental de sa femme. Tantôt il est flatté, adulé, cajolé par elle; tantôt il est soupçonné, calomnié, bafoué. Insensiblement il arrive lui-même à être impatient, irritable et quinteux. S'il est doux et débonnaire, il ne dit mot et il obéit. S'il est ferme et digne, il résiste et s'emporte. S'il a un caractère entier, il se sépare. De toute manière, le calme et la félicité du foyer sont en raison directe des versatilités intellectuelles de la femme. De là tant de familles désunies. A tout prendre le mari est sacrifié ou du moins il est bien mal partagé. S'il y a procès, s'il faut plaider, il ne peut pas, s'il est demandeur, arguer de la maladie de sa femme; s'il est défendeur, il est calomnié et triomphe difficilement de la lutte engagée. La femme hystérique sait tellement inventer et imaginer qu'il est difficile de gagner son procès, à un mari qui se défend très honnêtement, froidement et sans articuler rien de très grave. Les histoires inventées ou imaginées par la femme influenceront la justice, le mari perdra. C'est que l'hystérie est une névrose écrasante, à faces multiples. On y trouvera encore la matière de bien des volumes.

Deux cas peuvent se présenter et il est bon que vous en soyez prévenus. Une femme est hystérique, sa maison marche assez bien, elle élève ses enfants. Un jour survient une nouvelle

grossesse ; quelques jours après, dans le délire de la fièvre puerpérale, elle se met à raconter, devant des témoins, qu'elle a été la maîtresse de celui-ci, de celui-là et que l'enfant qui vient de naître n'appartient pas à son mari. Devant de pareils aveux, celui-ci va trouver un avoué et demande la séparation. Sa demande doit-elle être acceptée ? Recherchons l'importance d'un aveu fait dans une période délirante ; est-il vrai ? Dans la péri-tonite le délire porte aussi le cachet hystérique. Les paroles qui échappent au délire ne peuvent être acceptées ; il ne faut pas échafauder là-dessus une séparation de corps.

La fièvre cesse, la femme se calme, guérit et reprend, avec sa douceur, ses occupations ordinaires. Mais le mari a sur le cœur les révélations du délire, bien que sa femme atteste que le ciel n'est pas plus pur que le fond de son cœur.

Un jeune homme pris de fièvre typhoïde s'accuse d'avoir volé 4,700 francs. Après sa guérison, il nie le vol. On me consulte, car son patron avait été réellement volé de cette somme. J'ai déclaré qu'il n'y avait pas lieu d'ajouter créance à ces aveux dus au délire. Trois ans après, on découvrait que l'argent avait été volé par la domestique. Je crois qu'on jugera toujours dans ce sens.

Voici le deuxième cas. Le mari est aliéné, bat sa femme et la rend malheureuse. Les familles interviennent ; on veut l'interner, mais il y a opposition. Le mari continue de frapper et cette pauvre femme se dit qu'un beau jour elle trouvera la mort. Le président auquel on s'adresse refuse aussi l'internement, sous prétexte que l'aliéné ne veut auprès de lui d'autres personnes que sa femme et qu'il chasse tous les domestiques, les laïques aussi bien que les religieuses.

Dans ce cas, on ne peut introduire une demande de séparation basée sur l'aliénation, mais on peut laisser de côté l'état mental du mari et ne mettre en avant que les sévices. Je crois que le président peut accueillir cette demande et prononcer soit la séparation, soit l'habitation dans un lieu déterminé, ou l'internement. Il a le droit d'agir ainsi afin de pouvoir sauvegarder la vie de la femme exposée à de graves périls.

Un dernier point.

La correspondance d'une hystérique vous éclairera beaucoup sur son état mental. Vous serez en présence de documents où il y aura exagération et exaltation de sentiments. Vous y trouverez des faits qui vous donneront la mesure d'une femme jalouse, féroce, faits quelquefois vrais ou vraisemblables, mais souvent faux.

Vous verrez toujours les facultés affectives en avant; les facultés intellectuelles au second plan. Après avoir lu ces volumes, vous vous demandez qu'y a-t-il de vrai? Souvent rien. Cette correspondance caractéristique vous permettra d'asseoir un jugement sommaire, mais qui ne suffit pas pour la rédaction d'un certificat; recourez toujours à l'étude du sujet lui-même.

(A suivre.)

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

THÉRAPEUTIQUE. — 1° Emploi de la pilocarpine dans la néphrite albumineuse. — La sudation abondante, déterminée par l'injection sous-cutanée de chlorhydrate de pilocarpine, paraît utilement suppléer à l'insuffisance de la sécrétion urinaire. Le Dr Langlet, de Reims, a traité avec succès un cas d'albuminurie de la grossesse par le jaborandi. Dans ce cas ce médicament fut diurétique, il déterminait même de l'hématurie. De son côté, le Dr Alexandro Cantieri a obtenu de bons effets du jaborandi dans la néphrite parenchymateuse et la néphrite interstitielle.

L'infusion de jaborandi peut se prescrire à la dose de 4 grammes de feuilles infusées pendant 15 minutes dans 125 grammes d'eau bouillante, on peut atteindre 6 grammes; ne pas dépasser 2 grammes pour un enfant.

L'alcaloïde du jaborandi est plus souvent employé actuellement en injections hypodermiques dans les affections chroniques du rein, les épanchements séreux et l'œdème des membres inférieurs. On prescrit ainsi le nitrate de pilocarpine à la dose de 1 à 4 centigrammes; pour le chlorhydrate de pilocarpine, les doses doivent être plus faibles encore. La dissolution de ces sels peut être faite soit dans l'eau distillée, soit dans de l'eau de laurier-cerise, pour les injections hypodermiques.

Nous rappellerons seulement que le jaborandi (la pilocarpine) possède des propriétés sudorifiques et sialagogues très marquées, que c'est un hypercrinique puissant. Que cette substance peut abaisser notablement la tension artérielle, et que, par consé-

quent, il existe une importante contre-indication de ce médicament dans le cas d'asthénie cardiaque, et toutes les fois que la tension artérielle est déjà abaissée et que les contractions cardiaques sont insuffisantes.

Ajoutons en outre l'antagonisme entre l'action de la pilocarpine et celle de l'atropine sur notre organisme. Ce fait, signalé par le professeur Vulpian, a été vérifié par les expériences de Straus.

(France médicale.)

2° Traitement de la laryngite aiguë et chronique.

— Le traitement employé par le Dr Sémon dans la plupart des cas de laryngite aiguë, est des plus simples. Il consiste dans le séjour au milieu d'une atmosphère chaude, dans l'emploi d'inhalations de vapeurs chaudes, d'antiphlogistiques, et enfin dans le repos absolu de l'organe. Tous ces moyens concordent parfaitement avec les principes du traitement des inflammations aiguës. D'accord avec ces derniers, l'auteur a bien soin de ne pas recourir localement aux astringents, comme cela se pratiquait jadis. Ceux qui débute dans la laryngoscopie voient dans l'image du larynx atteint d'inflammation l'indication d'employer les astringents. C'est une grande faute. Aucun chirurgien ne pense à traiter une inflammation récente des muqueuses par les astringents, qui, dans le stade de début, ne feront que l'augmenter. Ce qui est vrai ailleurs l'est également pour les maladies du larynx. Le traitement local n'est indiqué que si l'affection, au lieu de se résoudre, devient subaiguë ou chronique, à la suite d'un refroidissement, ou à cause d'une prédisposition aux maladies de l'appareil respiratoire, ou enfin quand l'organe a été fatigué outre mesure par la parole ou le chant.

Dans le traitement de l'inflammation chronique, on a pour principe de provoquer une réaction dont on surveillera le cours. De là vient l'indication d'employer des solutions astringentes dont la concentration variera suivant la durée et le degré de la maladie. Dans les cas anciens et difficiles, Sémon emploie, comme tous les auteurs, des solutions de nitrate d'argent, ou ce dernier en substance si la laryngite est rebelle. Cependant, il est sage de commencer par des solutions légères, et de passer à de plus fortes seulement après un examen préalable.

Dans les cas même anciens, bientôt après le début du traitement, l'amélioration est évidente; parfois on réussit cepen-

dant difficilement à dissiper les dernières traces d'épaississement et d'hyperémie chronique. C'est alors que Sémon conseille de combiner le traitement par les astringents avec l'électrothérapie, sous forme de courants constants ou interrompus. Le traitement par l'électricité est surtout avantageux quand les cordes vocales se meuvent inégalement. On peut, dans ce cas, appliquer directement l'électrode laryngien du D^r Mackensie ; cependant l'application extérieure du courant constant suffit le plus souvent.

(*Le Scalpel.*)

3^o Traitement de l'orchite par les applications topiques d'iodoforme. — M. le D^r Sabadini a communiqué dernièrement à la Société de médecine de Constantinople l'observation d'un malade atteint d'orchite blennorrhagique, qu'il a traité avec le plus grand succès par des applications d'iodoforme.

Il s'agissait d'un garçon d'hôtel chez qui le gonflement testiculaire était énorme et qui ne pouvait suspendre ses occupations pour se soigner sans s'exposer à perdre sa place. Le D^r Sabadini songea à employer l'iodoforme d'après la méthode préconisée dans les *Archives médicales belges*, par M. le D^r Bourdeaux, qui affirme que par ce traitement les douleurs vives disparaissent et les malades peuvent vaquer à leurs occupations. M. Sabadini fit faire sur la tumeur des applications d'une pommade composée de 4 grammes d'iodoforme pour 40 grammes de vaseline.

Les effets furent remarquables ; les douleurs cessèrent rapidement, le malade ne fut pas obligé de suspendre ses occupations qui le forçaient à rester debout toute la journée, et le gonflement disparut dans l'espace de huit jours. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

HYDROLOGIE. Vals : les sources vivaraises. —

Les diverses sources appartenant au bassin si riche de Vals, et connues sous le nom de *Sources vivaraises*, se distinguent des autres sources minérales en général par un mode bien ingénieux de désignation. Au lieu d'emprunter, comme il est d'usage, aux colonnes d'un calendrier plus ou moins grégorien leurs éléments terminologiques, les Vivaraises, réalisant un réel progrès dans la thérapeutique hydro-minérale, sont distinguées les unes des autres par une sorte de notation chimique, sous les numéros 1, 4, 5, 7, 9, selon leur richesse en principes

minéraux curatifs, nous voulons dire en bicarbonates alcalins. C'est ainsi que la Vivaraise n° 9 contiendra plus de 8 grammes et moins de 10 de bicarbonate; le n° 7 plus de 6 grammes et moins de 8 grammes, etc. Ce *numérotage* répond à une nécessité bien connue des médecins hydrologistes, nécessité que nous ne saurions mieux exprimer que par une citation empruntée aux travaux d'un maître éminent en cette matière : « Il faut, dit M. Pidoux, administrer très longtemps les eaux minérales, à doses régulièrement progressives et entrecoupées par des intervalles méthodiques : il faut, en quelque sorte, les semer patiemment dans l'organisme, afin de favoriser leur incubation.

Le médecin des eaux a souvent à compter, en outre, avec la susceptibilité exagérée de certains malades. Cette susceptibilité se révèle surtout pour les eaux alcalines : aussi est-on obligé de les couper d'eau ordinaire pour pouvoir les administrer. C'est pour cela que l'on voit, à Vals, les médecins envoyer leurs clients, et principalement ceux qui souffrent d'affections hépatiques, boire aux sources Vivaraises, et y parcourir successivement et à la file la gamme thérapeutique qui, par une minéralisation graduée (depuis l'eau de table la plus innocente jusqu'à l'eau alcaline la plus active), conduisent peu à peu l'économie malade jusqu'à sa restauration complète. Ainsi l'on peut, dans certaines maladies du foie, détruire sans secousse la stase de la veine-porte, et, par une action progressive sur le système veineux abdominal, rétablir sans danger et avec une sage lenteur, la sécrétion biliaire altérée.

Pour la cure de l'anorexie, qui est, si on peut dire, le vrai triomphe des eaux de Vals (dans lesquels l'acide carbonique, « passeport des principes utiles », est heureusement dissous, ce qui est, on le sait, le cachet distinctif de ces eaux) ; pour empêcher les dépôts de cholestérine dans la vésicule biliaire et saponifier les matières grasses du sang ; pour agir contre la constipation, quand elle dérive de l'atonie intestinale ; pour rajeunir la masse sanguine en fluidifiant les matériaux de cette « chair coulante » (car on sait que les alcalins sont reconstituants, tout en étant antiplastiques) ; dans tous les cas, enfin, où la cure alcaline est indiquée : dans les caculs urinaires, la dyspepsie acide, les affections rhumatismales, certaines hydropisies, les maladies de peau de nature arthritique, le vertige stomacal, le diabète, la goutte, etc..., *toujours en général*, le médecin a besoin, dans la cure hydro-minérale, d'une action lente et graduelle, en vertu de l'axiome immortel de Linné :

Natura non facit saltus. Là où la maladie a mis des années pour faire son œuvre, on ne peut raisonnablement espérer que la guérison s'effectuera en quelques semaines...

C'est pour cela qu'on est heureux de trouver dans les Vivaraises les éléments nécessaires pour continuer et parfaire à domicile la cure thermale, surtout dans les affections d'essence éréthique ou de nature mobile, comme le sont (on peut le remarquer) presque toutes celles qui sont justiciables des eaux alcalines. Les Vivaraises, en effet, au lieu d'être (comme les eaux alcalines le sont presque toujours) facilement altérables, au lieu de louchir et de déposer par le transport, restent des années, lorsqu'elles ont été soigneusement embouteillées, limpides, fraîches, gazeuses, agréables, légères à boire. Elles sont donc admirablement appropriées (surtout à cause de la graduation naturelle dans leurs éléments actifs inaltérés) pour guérir insensiblement les malades chroniques dont nous avons énuméré les affections, et remonter sans péril le taux de leur fonctionnement organique troublé.

D^r MONIN.

MATIÈRE MÉDICALE. — L'Opium en Chine.

— La Chine, qui consomme de si grandes quantités d'opium et qui, depuis la guerre de 1840 avec l'Angleterre, et connue sous le nom de « guerre de l'opium », tirait uniquement cette denrée des Indes, commence à produire de l'opium indigène qui menace de faire une sérieuse concurrence à l'opium indien : aussi le gouvernement de la Grande-Bretagne dans l'Inde et le commerce anglais se préoccupent-ils vivement de cette introduction de la culture du pavot dans le Céleste-Empire.

L'exportation moyenne de l'opium du Bengale en Chine est de 43,000 caisses, donnant au gouvernement un bénéfice total de 163,730,000 francs. On conçoit les alarmes du commerce et du gouvernement anglais, qui voient dans l'opium indigène de la Chine un rival redoutable pour l'opium indien.

L'opium indien comprend trois espèces différentes : le malwa, le patna et le benares. Le gouvernement de l'Inde a favorisé par tous les moyens la culture du pavot. C'est ainsi qu'il fait des avances de fonds aux fermiers qui se livrent à cette culture ; mais en retour, il exige que l'opium récolté lui soit livré à un prix fixe. L'opium préparé, mis en boules, est emballé dans des caisses contenant 40 boules. Chaque caisse revient au gouvernement anglais 400 roupies (1,000 francs) ; les prix d'adju-

dication étant généralement de 1,300 roupies (3,500 francs), il reste au gouvernement un bénéfice net de 2,500 francs par caisse.

Le climat de la Chine est éminemment favorable à la culture du pavot; aussi cette culture y a fait de si rapides progrès que, dans une seule province, le Yunnan, on a estimé la superficie des champs de pavots aux deux tiers de la superficie totale des terres cultivables. La consommation de l'opium s'est accrue considérablement, et quoique l'opium indigène n'ait ni la force ni le parfum de l'opium indien, comme il est meilleur marché, son débit augmente tous les jours.

En présence de cette tendance à se procurer de l'opium à bon marché, doit-on conclure que la Chine, se fournissant à elle-même un opium suffisant à sa consommation, ne demandera plus aux Indes qu'un opium de luxe? Question pleine d'incertitude pour l'avenir de la colonie anglaise des Indes. Aussi, en présence de cette éventualité, des esprits sérieux se sont demandé s'il ne vaudrait pas mieux employer à de meilleures cultures les terres consacrées aux plants de pavots. Les riches et luxuriantes provinces de la colonie anglaise se prêteraient admirablement à toutes les cultures; le gouvernement britannique et le commerce trouveraient dans les productions nouvelles du sol de la colonie une large compensation, sinon un équivalent, au produit de l'opium, et ainsi disparaîtrait cette accusation contre le peuple anglais de tirer une partie importante de son revenu d'une denrée destinée à l'abrutissement du peuple chinois. (*Journal des connaissances médicales.*)

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

Traitement de la coqueluche par le tannate de fer. — Dès 1867, Binz avait vanté l'emploi de la quinine contre la coqueluche. Les heureux résultats de ce médicament ne se sont pas démentis depuis cette époque, et Jansen, Gerhardt's et Hangenbaeh (*Corr. für Schweizer Aertz, 1881*) qui, sur la foi du maître, ont employé la quinine sur une vaste échelle, lui accordent la première place dans la thérapeutique de la coqueluche.

Hangenbach prescrit habituellement le tannate de quinine, dont le peu de saveur rend l'administration facile aux en-

fants. On doit employer ce sel *largâ manu*, et aussi près que possible du début de l'affection. On en fera prendre, deux fois par jour, autant de décigrammes que l'enfant compte d'années (0,40 centigrammes pour un enfant de 4 ans, 0,60 pour un enfant de 6 ans).

L'eau sucrée est un véhicule fort convenable.

Ce traitement qui doit être continué longtemps, n'agit ordinairement qu'au bout de 3 ou 4 jours, mais, à partir de ce moment, ses résultats sont manifestes : les accès s'éloignent, le nombre et la violence des quintes diminuent, les vomissements cessent ; l'élément spasmodique de la maladie tend à disparaître.

Malheureusement le tannate de quinine coûte fort cher ; il a de plus l'inconvénient d'être une préparation incertaine contenant tantôt 10 tantôt 25 0/0 d'alcaloïde.

Emploi de la glycérine dans la trichinose (*Barton-American Coll. and Med. Record*). — L'auteur a dû la guérison de 4 malades atteints de trichine, à l'emploi de cet agent thérapeutique, administré à des doses élevées. Cette médication est basée sur ce fait que les trichines vivantes, plongées dans la glycérine, ne tardent pas à mourir.

Les résections de l'estomac. (*Johnson-Lond. Med. Rec.*, 15 mai 1881). — La résection de l'estomac, dans certains cas de tumeurs cancéreuses de cet organe, fut tout d'abord proposée par Gussembauer et Winiwärter, mais c'est Péan qui, le premier, pratiqua cette opération. Son malade mourut au cinquième jour. Le Dr Rydygier (de Kulm) ne fut pas plus heureux chez un vieillard qu'il opéra au mois de novembre dernier : son malade mourut 12 heures après l'opération ; celle-ci avait duré 4 heures. A l'autopsie, on vit que toute la tumeur avait été enlevée, et qu'il n'existait point de production morbide dans les autres viscères.

Depuis le commencement de l'année, Billroth a pratiqué 3 résections stomacales, toujours pour des cancers de l'estomac.

Nous résumerons brièvement les détails de la première opération, dont le résultat fut favorable. Il s'agissait d'une femme de 43 ans, épuisée par des vomissements alimentaires et des hématemèses fréquentes et qui, outre les symptômes fonctionnels du carcinôme stomacal, présentait dans la région pylorique une tumeur isolable et mobile. L'opération fut pratiquée

le 28 janvier : une incision comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, relativement mince, fut faite du côté droit parallèlement aux fausses côtes, comme pour la gastrotomie. Après avoir détruit les adhérences qui unissaient la tumeur au colon transverse et à l'épiploon et enlevé un ganglion volumineux, l'opérateur incisa l'estomac et le duodenum, au-dessus et au-dessous du néoplasme, de façon à l'enlever complètement.

Puis les extrémités béantes furent réunies par des points de suture, les lèvres de la plaie abdominale réunies et un pansement antiseptique appliqué. Dans la journée qui suivit, la malade ne prit que de la glace, trois jours après elle put supporter le lait, puis peu après, du potage et des œufs. Son état général était peu satisfaisant, sa faiblesse était extrême et un eschare au sacrum lui occasionnait de vives douleurs. Peu après la reprise de l'alimentation solide, son état s'améliora notablement et le 23 février elle put reprendre ses occupations ordinaires.

Cette observation montre, ainsi que le faisait remarquer Billroth à la Société médicale de Vienne, que, bien que réduite de moitié, la surface stomacale de la malade suffit au maintien de la vie et des forces, et vient confirmer l'expérience de Czerny, qui vit un chien continuer à vivre malgré la résection totale de l'estomac.

Ne doit-on pas craindre l'action du suc gastrique sur la surface cicatricielle? l'observation clinique démontre que les cicatrices des ulcères simples de l'estomac résistent à l'action de ce suc. Pourquoi n'en serait-il pas de même des cicatrices traumatiques.

Le 28 février, Billroth, tenta de nouveau cette opération. Le malade était une femme de 39 ans, très anémique, qui supporta très bien l'opération : les 4 jours qui suivirent il n'y eut ni élévation de la température, ni augmentation notable des battements du poulx. Malheureusement des vomissements incoérables survinrent bientôt et comme il n'existait aucun symptôme de péritonite on les attribua à une occlusion mécanique au niveau de la plaie stomacale. Six jours après la résection la plaie abdominale est ouverte dans le but, soit de faire cesser l'obstruction mécanique, soit de créer une *bouche* duodénale qui permit l'alimentation. L'estomac fut trouvé trop dilaté, mais il n'existait pas d'occlusion. Les extrémités divisées furent fixées

dans la plaie abdominale. La malade mourut le lendemain de cette nouvelle intervention.

Une troisième tentative chez une malade de 36 ans ne donna pas de meilleurs résultats. L'opération fut suivie de mort après 12 heures. Heureusement que Wolfler, est venu ajouter un succès nouveau à celui de Billroth. Son opéré, un homme de 56 ans, s'est relevé assez vite des suites de l'opération.

Feuilles de noyer dans la diphthérie. — Nélaton avait préconisé, contre la pustule maligne, les feuilles de noyer (*Juglaus nigra*). C'est sans doute ce qui a donné l'idée au Dr Curtis (*Boston med journal.* 10 mars 1881), d'essayer ce même agent thérapeutique contre la diphthérie. Nous doutons fort que les succès obtenus par l'auteur, suffisent à mériter à cette médication les suffrages des praticiens. C'est un remède de plus à ajouter à l'arsenal thérapeutique si varié, mais si pauvre cependant, dirigé contre la diphthérie.

F. LEPREVOST,

Interne des hôpitaux.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

ŒUVRES COMPLÈTES DE M. JULES GUÉRIN

(3^e fascicule).

Les causes prochaines de la production des monstres. — Difformités congénitales. — Étiologie tératologique. — M. Jules Guérin s'occupe en ce moment, on le sait, à donner au monde scientifique le durable monument de ses œuvres complètes. Ce vigoureux lutteur de la science nous offre, dans les 2^e et 3^e fascicules de son recueil, une longue série d'études sur la formation des monstres et aboutit à une théorie embrassant à la fois les monstres proprement dits et les innombrables variétés de difformités congénitales qui abondent dans les cas tératologiques et qu'on n'avait guère considérées avant lui comme en faisant partie essentielle.

Cette extension donnée au champ de la tératologie apparaît d'abord comme parfaitement légitime, et déjà on y soupçonne une conception étiologique tout à fait nouvelle, plus large et plus précise que celles qui l'ont précédée.

C'était déjà bien de savoir que toute monstruosité n'est point un jeu, *un caprice* de la nature, qu'elle appartient toujours à la pathologie, qu'elle n'est qu'une déformation, une malformation, un arrêt partiel de développement des organes, etc.

M. Jules Guérin serre de plus près la question; et de proche en proche, appuyé sur une méthode sériale ascendante et descendante, c'est-à-dire allant des cas les plus simples aux plus complexes et redescendant de ceux-ci à ceux-là, il arrive à cette conclusion que « *les monstruosités sont produites par l'action perverse et convulsive du système nerveux.* »

Il rapproche ainsi très scientifiquement une simple rétraction musculaire congénitale des monstruosité les plus compliquées et les plus bizarres, en tenant compte de degrés intermédiaires à nuances indéfinies.

L'affection perturbatrice primitive du système nerveux amène peu à peu, chez l'embryon ou chez le fœtus, des troubles trophiques d'où peuvent résulter tous les changements observés des formes anatomiques intérieures ou extérieures et même des destructions complètes, des résorptions de certaines parties.

Cette action nerveuse se fait d'abord sentir sur l'élément musculaire, et la déformation résulte dès lors *immédiatement* des troubles de l'harmonie des tractions normales dans tous les sens possibles. *A priori*, l'esprit est satisfait de cette explication, au moins pour un grand nombre de faits, et l'examen des cas particuliers fortifie cette première bonne impression de la théorie générale.

Cette théorie, pour si excellente qu'elle soit, relativement à l'ordre de faits qu'elle gouverne, est-elle suffisante pour tout expliquer? Doit-elle faire rejeter toutes les autres explications déjà trouvées ou possibles de la production des organismes monstrueux, des altérations partielles ou générales des formes organiques? Nous ne le pensons pas. M. Jules Guérin lui-même ne le prétend pas. L'action du système nerveux n'est d'ailleurs pas toujours directe; des atrésies vasculaires, causées primitivement par cette action, peuvent faire disparaître des régions organiques entières.

Le système nerveux est l'agent essentiel des transactions dynamiques dont les diverses parties doivent se servir entre elles pour l'évolution normale de la vie. On conçoit très bien que des altérations de ce système venant à gêner ces corrélations, il en résulte des troubles de la nutrition et des malformations diverses. On ne saurait même concevoir qu'il en soi

autrement. Et sans doute, c'est la cause particulière et prochaine des déformations les plus fréquentes. Cependant ces troubles nerveux eux-mêmes d'où viennent-ils? N'y a-t-il pas des causes pathogéniques plus obscures et plus lointaines, mais directes aussi, qui les expliquent à leur tour et pouvant agir même *immédiatement* sur d'autres éléments de l'organisme en formation?

Cela ne nous semble pas plus sérieusement contestable, en présence des faits, que la théorie de M. Jules Guérin.

Aussi, M. Jules Guérin l'avoue très volontiers, on peut alléguer comme causes prochaines, dont le mécanisme, il est vrai, est moins bien saisi et moins bien déterminé, diverses maladies de l'embryon, ou de l'œuf, ou du placenta, les arrêts de développement, les greffes par assimilation ou, comme on l'a dit, par affinité du « *soi pour soi* ».

Il y a autre chose encore.

Et la preuve qu'il y a *autre chose*, nous la trouvons dans une classe de faits tout particuliers en tératologie, la transposition ou l'inversion des viscères.

Il nous a été donné d'observer sur le vivant trois cas de cette singulière anomalie et de les dessiner au crayon dermatographique au moyen de la percussion délimitatrice.

L'un de ces cas a été publié le 30 septembre 1865 dans la *France médicale* avec le *fac-simile* du tracé organographique.

On nous permettra de reproduire ici quelques lignes des réflexions que ce fait de transposition nous avaient suggérées :

« Existe-t-il dans l'ensemble des choses quelques faits analogues à de tels faits? Voit-on l'application de certaines lois se renverser ainsi, tous les rapports secondaires étant conservés dans leur valeur intégrale? Il semble au premier abord que non. Et personne n'a pensé jusqu'à présent à chercher ces analogies. Mais nous ferons remarquer que la forme normale des deux moitiés du corps, en ce qui concerne les organes de la vie des relations extérieures, nous en offre un exemple pris dans tout ce qu'il y a de plus universel dans les lois de l'organisation, La main gauche nous représente exactement la transposition des formes de la droite; elle est comme le reflet de celle-ci. C'est ainsi que les individus dont les organes sont transposés présentent une complexion dont le reflet, dans un miroir, d'un corps humain organisé de la commune manière, donne une idée exacte. La chimie, éclairée par l'étude des lois de la polarisation de la lumière, nous présente certains phénomènes assez

comparables à une transposition pareille. Par exemple tel corps transparent déviant à droite le plan de polarisation, après avoir subi une modification intérieure qui lui laisse ses autres qualités premières, dévie le même plan de polarisation à gauche. »

« Laissons ces considérations d'où nous ne saurions tirer de solutions précises, mais suffisantes pour démontrer l'existence de conditions nécessaires et générales dans les choses qui paraissent miraculeuses aux premiers observateurs. »

Aujourd'hui reprenant le fil de notre pensée d'il y a seize ans, nous pouvons faire un pas de plus dans la construction de notre hypothèse — et ce n'est point mal de faire une hypothèse digne de ce nom, quand on le peut, n'en déplaise aux ultra-baconniens de notre époque, lesquels ont toujours peur de trop penser (1).

Le fait de la transposition éclaire un point très intime de la fonction générale de la reproduction. *Il démontre que les formes organiques existant virtuellement dans le germe, n'y sont pas à l'état de formes très petites (évitons l'infiniment peut-être dangereux et décevant dans l'espèce) mais bien à l'état de rythmes emmagasinés au moyen d'un dispositif particulier.*

Le moulage ou l'impression ne donnent la transposition ou inversion des parties qu'en surface ou en bas-relief, mais rien d'analogue à ces procédés humains ne saurait produire dans l'espace ou en volume l'inversion ou la transposition des formes. Le lecteur est supplié ici de faire grande attention et de relire ce qui précède, car les actions *très simples*, comme celles que nous venons de dire, ne se comprennent jamais du premier coup.

Or, rien n'est plus facile que de comprendre comment l'inversion des rythmes peut se produire, par un *à droite* au lieu d'un *à gauche*, un simple renversement de sens dans le mouvement du dispositif *rythmophore*, c'est-à-dire portant *en conditions rythmiques* les rapports essentiels des dimensions et toutes les conditions morphogéniques de l'organisme qui va se constituer.

Nous ne pouvons ici développer cette idée. Qu'il nous suffise pour le moment de l'avoir posée comme explication possible

(1) L'idée de la *matière*, par exemple, n'est qu'une hypothèse scientifique : et les matérialistes paraissent ne s'en point douter ; ils semblent croire qu'elle résulte directement de la sensation et de la perception sensorielle des corps. Or elle ne peut venir que de la nécessité conceptive des points d'inertie et du point d'opposition de deux actions dynamiques opposées.

d'un grand nombre de points obscurs des faits de la fonction de reproduction et, par conséquent, de plusieurs faits tératologiques.

Dans un second article, nous exposerons, au moins dans ses grandes lignes, la méthode spéciale employée par M. Jules Guérin, et nous montrerons par quel genre de démonstration il donne à sa théorie toute la clarté de l'évidence scientifique.

ANTOINE GROS.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 28 juin.

Présidence de M. E. LEGUEST.

Ce n'est pas à Paris, c'est au Sénégal que nous sommes. Les fronts ruissellent, les pensées bouillonnent et parfois il a paru qu'on jouait aux propos interrompus.

M. J. Béclard, l'honorable secrétaire perpétuel, fait le bilan des concours : il compte 49 mémoires adressés à l'Académie ; il rappelle que les délais pour l'envoi des travaux des concurrents (il s'agit de l'année 1881) sont expirés.

Plusieurs académiciens font la terrible réflexion qu'ils sont près de ressembler aux délais et gémissent, comme aurait dit Homère « sous les coups de Phœbos-Apollo, l'archer à l'arc d'argent ».

M. Jules Guérin dépose sur le bureau une note destinée à revendiquer ce qu'il considère, à juste titre, comme sa part dans les recherches relatives à la vaccination générale et à l'atténuation des virus indiqués comme moyen d'obtenir cette vaccination. Les considérations de M. Jules Guérin et les faits sur lesquels les considérations sont fondées remontent à 1832. Le savant praticien établit alors qu'il existe une époque prémonitoire du choléra, et de cette observation s'éleva d'un rapide coup d'aile, avec la puissance de généralisation qui le caractérise, à la théorie des *formes ébauchées* de cette maladie et des autres affections infectieuses ou virulentes. Dans un grand nombre de cas, en effet, le mal s'arrête à la période prémonitoire. Depuis, toute incertitude à l'égard de l'identité

de la maladie ébauchée avec la maladie réalisée a été levée par le fait de la reproduction de l'une par la transmission de l'autre. Faisant un pas nouveau dans cette voie féconde, il remarqua qu'une fois arrivé à son développement intégral, l'élément virulent contagieux a des conséquences bien particulières : il s'opère un travail de génération qui multiplie dans des proportions presque infinies dans l'organisme le principe morbide primitif. C'est ainsi que dans la variole nous voyons la peau entièrement recouverte de pustules qui contiennent des milliers de fois la quantité de semence inoculée.

Il était alors généralement accepté qu'une première atteinte de variole, de fièvre jaune, de fièvre typhoïde confère une sorte d'immunité à ceux qui l'ont contractée. Tel est le point de départ de toutes les inoculations préventives. Dans la discussion qui eut lieu à l'Académie sur la fièvre jaune, en 1863, M. Jules Guérin s'appliqua à établir que l'immunité résultait aussi bien de la forme ébauchée que des formes plus graves du mal ; il expliquait de cette manière l'espèce d'immunité générale dont jouissent les naturels des pays où règnent la fièvre jaune et les autres maladies zymotiques. Allant plus loin, il soutint la possibilité d'inoculer la fièvre jaune comme moyen de soustraire les malades aux conséquences terribles de la maladie spontanée. « Le problème ajoutait-il, consiste à déterminer les conditions qui, de la part du malade qui fournit la contagion et de la part de celui qui la reçoit, amènent le principe contagieux à un degré de bénignité propre à ne réaliser que la forme ébauchée, et à isoler le principe contagieux lui-même, comme on est parvenu à le faire par la vaccine pour le typhus des bêtes à cornes. *La théorie de l'immunité vaccinale, comprise dans sa généralité comme elle doit l'être, permet d'espérer que toutes les maladies virulentes et contagieuses, telles que la fièvre jaune, la peste, le typhus, le typhus charbonneux, la fièvre typhoïde épidémique, etc., seront un jour inocutables à titre de préservation vaccinale.* »

Voilà à coup sûr des paroles prophétiques. Il y a vingt ans que M. Jules Guérin s'est fait ainsi l'initiateur des essais auxquels nous assistons et que, il a, étant inspiré par une rare intelligence des faits, indiqué l'inoculation comme moyen de conférer l'immunité et qu'il a étendu ce résultat à toutes les maladies virulentes contagieuses. Il a précisé en même temps les deux conditions à l'aide desquelles serait obtenu ce résultat : 1° isoler le principe virulent, 2° savoir comment l'atténuer.

Les conditions de ce programme expérimental tracé ainsi à l'avance ont-elles été réalisées par M. Pasteur ?

M. Pasteur n'a pas isolé le virus du charbon.

On connaissait avant lui divers moyens de l'atténuer, témoins les faits d'immunité relatés par M. Colin.

La vérité est que le savant chimiste marchant dans la voie si largement ouverte par M. Jules Guérin, instruit par M. Colin de la possibilité de rendre par l'inoculation des animaux réfractaires au charbon, instruit par M. Toussaint de l'action délétère exercée sur le principe virulent par une certaine température, a utilisé tous ces antécédents d'une façon ingénieuse, dont le temps nous apprendra la valeur.

M. Peter est invité à lire le discours qu'il a prononcé sur la tombe de son confrère et ami, M. Maurice Raynaud, qui vient de succomber subitement à une terrible crise d'angine de poitrine. M. Raynaud n'avait que 47 ans; il était un des membres les plus jeunes et les plus laborieux de l'Académie. Son ambition était d'obtenir une chaire à la Faculté; M. Peter est convaincu que ses succès à la tribune académique allaient lui ouvrir la carrière du haut enseignement. L'orateur rappelle les travaux de M. Maurice Raynaud sur la gangrène symétrique, l'asphyxie locale, les maladies des artères et des veines, le traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids, enfin l'inoculation du virus rabique de l'homme aux animaux. Cette simple énumération suffit à montrer combien était déjà pleine la carrière scientifique de M. Raynaud, et tout ce que la profession et ses amis ont perdu en lui.

M. Théophile Roussel critiquant l'opinion émise par M. Hardy sur le diagnostic dont il a été question dans la précédente séance, dit que l'individu décédé dans le service de M. Hardy, n'était pas un pellagreu mais un alcoolique. L'alcoolisme offre dans son évolution des analogies frappantes avec certaines phases de la pellagre; il faut reconstituer toute la série des phénomènes de cette dernière affection pour asseoir un diagnostic différentiel. L'éruption cutanée, que M. Hardy croit être caractéristique (pour son siège et sa nature) de la pellagre, est un accident qui peut faire défaut; la diarrhée de même. La pellagre, intermittente d'abord, rémittente ensuite, cachectique enfin, est une maladie spécifique, constituée par une maladie primitive déterminée par des ingestions successives d'un élément toxique (mycélium du maïs); à cette maladie primitive est consécutif un état cachectique.

de la maladie ébauchée avec la maladie réalisée a été levée par le fait de la reproduction de l'une par la transmission de l'autre. Faisant un pas nouveau dans cette voie féconde, il remarqua qu'une fois arrivé à son développement intégral, l'élément virulent contagieux a des conséquences bien particulières : il s'opère un travail de génération qui multiplie dans des proportions presque infinies dans l'organisme le principe morbide primitif. C'est ainsi que dans la variole nous voyons la peau entièrement recouverte de pustules qui contiennent des milliers de fois la quantité de semence inoculée.

Il était alors généralement accepté qu'une première atteinte de variole, de fièvre jaune, de fièvre typhoïde confère une sorte d'immunité à ceux qui l'ont contractée. Tel est le point de départ de toutes les inoculations préventives. Dans la discussion qui eut lieu à l'Académie sur la fièvre jaune, en 1863, M. Jules Guérin s'appliqua à établir que l'immunité résultait aussi bien de la forme ébauchée que des formes plus graves du mal ; il expliquait de cette manière l'espèce d'immunité générale dont jouissent les naturels des pays où règnent la fièvre jaune et les autres maladies zymotiques. Allant plus loin, il soutint la possibilité d'inoculer la fièvre jaune comme moyen de soustraire les malades aux conséquences terribles de la maladie spontanée. « Le problème ajoutait-il, consiste à déterminer les conditions qui, de la part du malade qui fournit la contagion et de la part de celui qui la reçoit, amènent le principe contagieux à un degré de bénignité propre à ne réaliser que la forme ébauchée, et à isoler le principe contagieux lui-même, comme on est parvenu à le faire par la vaccine pour le typhus des bêtes à cornes. *La théorie de l'immunité vaccinale, comprise dans sa généralité comme elle doit l'être, permet d'espérer que toutes les maladies virulentes et contagieuses, telles que la fièvre jaune, la peste, le typhus, le typhus charbonneux, la fièvre typhoïde épidémique, etc., seront un jour inocutables à titre de préservation vaccinale.* »

Voilà à coup sûr des paroles prophétiques. Il y a vingt ans que M. Jules Guérin s'est fait ainsi l'initiateur des essais auxquels nous assistons et que, il a, étant inspiré par une rare intelligence des faits, indiqué l'inoculation comme moyen de conférer l'immunité et qu'il a étendu ce résultat à toutes les maladies virulentes contagieuses. Il a précisé en même temps les deux conditions à l'aide desquelles serait obtenu ce résultat : 1° isoler le principe virulent, 2° savoir comment l'atténuer.

Les conditions de ce programme expérimental tracé ainsi à l'avance ont-elles été réalisées par M. Pasteur ?

M. Pasteur n'a pas isolé le virus du charbon.

On connaissait avant lui divers moyens de l'atténuer, témoins les faits d'immunité relatés par M. Colin.

La vérité est que le savant chimiste marchant dans la voie si largement ouverte par M. Jules Guérin, instruit par M. Colin de la possibilité de rendre par l'inoculation des animaux réfractaires au charbon, instruit par M. Toussaint de l'action délétère exercée sur le principe virulent par une certaine température, a utilisé tous ces antécédents d'une façon ingénieuse, dont le temps nous apprendra la valeur.

M. Peter est invité à lire le discours qu'il a prononcé sur la tombe de son confrère et ami, M. Maurice Raynaud, qui vient de succomber subitement à une terrible crise d'angine de poitrine. M. Raynaud n'avait que 47 ans; il était un des membres les plus jeunes et les plus laborieux de l'Académie. Son ambition était d'obtenir une chaire à la Faculté; M. Peter est convaincu que ses succès à la tribune académique allaient lui ouvrir la carrière du haut enseignement. L'orateur rappelle les travaux de M. Maurice Raynaud sur la gangrène symétrique, l'asphyxie locale, les maladies des artères et des veines, le traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids, enfin l'inoculation du virus rabique de l'homme aux animaux. Cette simple énumération suffit à montrer combien était déjà pleine la carrière scientifique de M. Raynaud, et tout ce que la profession et ses amis ont perdu en lui.

M. Théophile Roussel critiquant l'opinion émise par M. Hardy sur le diagnostic dont il a été question dans la précédente séance, dit que l'individu décédé dans le service de M. Hardy, n'était pas un pellagreu mais un alcoolique. L'alcoolisme offre dans son évolution des analogies frappantes avec certaines phases de la pellagre; il faut reconstituer toute la série des phénomènes de cette dernière affection pour asseoir un diagnostic différentiel. L'éruption cutanée, que M. Hardy croit être caractéristique (pour son siège et sa nature) de la pellagre, est un accident qui peut faire défaut; la diarrhée de même. La pellagre, intermittente d'abord, rémittente ensuite, cachectique enfin, est une maladie spécifique, constituée par une maladie primitive déterminée par des ingestions successives d'un élément toxique (mycélium du maïs); à cette maladie primitive est consécutif un état cachectique.

M. Hardy soutient que les causes de la pellagre ne sont pas encore bien connues, que l'alcoolisme, la misère physiologique, les excès de travail, l'alimentation insuffisante, peuvent être rangées parmi ces causes, que l'éruption de la face dorsale de la main, la diarrhée, la dépression mentale, achèvent de caractériser comme appartenant à la pellagre la forme d'alcoolisme dont il s'agit.

M. Lancereaux a vu les pellagres du Midi et de l'Italie : il partage l'opinion de M. Roussel ; la pellagre offre des analogies frappantes avec l'alcoolisme ; mais, dans le cas présent le diagnostic différentiel est établi par la cirrhose. La lésion des extrémités est causée par un de ces désordres trophiques fréquents dans l'alcoolisme.

M. Noël Guéneau de Mussy ajoute que la pigmentation de la face dorsale de la main, peut s'expliquer par des désordres ayant leur point de départ dans le *plexus solaire*.

M. Hardy accablé, essaye de se replier en bon ordre ; il propose une transaction. Il concédera que l'homme était un *alcoolique*, pourvu qu'on le laisse libre de le qualifier de *pellagres*.

M. Lancereaux achève la lecture de son mémoire sur les épidémies de 1879 : il s'agit de rougeole, de scarlatine, de coqueluche, de grippe, de fièvres paludéennes. Rien à signaler d'intéressant. 1879 a été une année excellente.

M. Jules Guérin porte à la tribune le vœu que nous émettions dans notre précédent article. Il demande que l'autorité considère comme démissionnaires les médecins des épidémies qui gardent le silence.

M. le Président. — Nous n'avons pas à suggérer de mesure au ministre, mais seulement à exprimer le désir de voir les renseignements plus abondants. C'est ce qui sera fait, suivant notre invariable usage.

C'est égal, si j'étais ministre, il me semblerait que l'Académie y met une pointe d'ironie.

Société de chirurgie.

Séance du 6 juillet 1884.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

M. Verneuil. — J'ai parlé dans la dernière séance d'une disposition anatomique capable d'expliquer le développement de certaines grenouillettes anormales. Je précise aujour-

d'hui ce renseignement. En 1874, Newman de Kœnisbey, observant une paroi de grenouillette récemment extirpée, trouva la membrane interne revêtue d'un épithélium vibratile. Le contenu de la tumeur était filant, un peu muqueux. Or Newman, dans l'article qu'il consacre à cette description (Archives de Langenbeck), rapporte la grenouillette à l'hydropisie d'un canal décrit par un anatomiste autrichien, et partant du *foramen cœcum* pour descendre à 12-15 millimètres de profondeur en bas en avant et se ramifier au voisinage du plancher buccal. Ce conduit, en effet, que l'on observe au moins 12 fois sur 50 sujets, présente un épithélium vibratile absolument identique à celui de la paroi de la grenouillette.

M. Trélat regrette de n'avoir pu assister aux dernières séances de la Société. Il aurait certainement protesté contre la plupart des hypothèses émises sur la nature des kystes consécutifs aux abcès froids. Presque tous, dit-il, reconnaissent pour point de départ une tumeur solide et tuberculeuse. A un moment donné, la fonte du néoplasme s'effectuant, on peut observer deux choses ainsi que l'ont montré d'ailleurs MM. David et Bouvier : résorption du liquide ou dégénérescence kystique. Voilà surtout comment se forment ces tumeurs à sérosité louche, quelquefois sanguinolente, et dans laquelle on trouve des débris d'hématies et assez souvent des cristaux de cholestérine.

M. T. Anger fait longuement l'histoire de son malade à l'éléphantiasis des membres inférieurs guéri par la compression élastique.

M. Després.— Ce n'est pas une guérison, mais une amélioration que vous avez obtenue par la compression ; on ne guérit pas le véritable éléphantiasis, celui que détermine l'oblitération d'un tronc lymphatique volumineux.

M. Verneuil a obtenu cependant un succès complet et qui ne se dément pas depuis deux ans par la même méthode de compression élastique.

C'est qu'il s'agissait, réplique **M. Després**, d'un œdème rebelle par adénite iliaque ou inguinale. Le véritable éléphantiasis ne se guérit pas.

MM. Lefort et M. Sée, à propos de la compression condamnent l'emploi de la ouate. La bande élastique suffit amplement, disent-ils; elle n'irrite jamais la peau.

M. Polaillon lit un rapport sur un travail du professeur Wasseige (de Liège). — Essai pratique sur le dernier forceps

Tarnier. — M. Wasseige, d'abord ennemi de cet instrument, a fini par en reconnaître l'incontestable supériorité. On doit donc en répandre l'emploi, conclut-il; cependant, il ne faudrait pas que cet extracteur automatique, pour ainsi dire, et qui dispense de toute manœuvre, fasse oublier le mécanisme de l'accouchement normal.

Communication de M. Verneuil. — J'ai montré dans une précédente séance que la congestion pulmonaire, l'algidité et le mal de Bright pourraient bien être la cause principale de l'algidité dans certains cas de l'étranglement herniaire.

1^{re} observation. — Malade de l'Hôtel-Dieu, suivie par M. Bazy dans le service du professeur Richet. L'étranglement remontait à 48 heures, au moment de son entrée à l'hôpital. Congestion pulmonaire, algidité, anurie; la mort est survenue quelques heures après l'arrivée dans le service. La vessie renfermait de l'urine avec de l'albumine. Les poumons furent trouvés congestionnés, enfin les deux reins étaient le siège d'une inflammation évidente.

2^e observation. — Vieille femme entrée le 15 juin à la Pitié. L'étranglement remontait à un peu plus de 48 heures. Les internes du service, pour effectuer la réduction, voulurent donner le chloroforme; mais ils durent y renoncer à cause de l'intolérance absolue de la malade. L'intestin put cependant être rentré dans le ventre.

On prit la température qui était seulement de 35°. Quelques heures après l'accident le malade mourait sans qu'on pût en déterminer la cause.

Autopsie. — Néphrite et congestion pulmonaire.

L'intestin était normal et le péritoine sain. Ainsi donc, messieurs, trois faits de mort avec algidité, néphrite et congestion pulmonaire, et deux en dehors de toute opération. Vous voyez que mon hypothèse fait son chemin.

M. Berger avait remarqué depuis longtemps la gravité des hernies chez les malades affectés de congestion pulmonaire et d'algidité. Mais il ne connaissait pas la complication brightique. La congestion pulmonaire ne s'observerait-elle point surtout chez les emphysémateux, chez les sujets prédisposés?

M. Forget le croit. Récemment encore il a vu un de ses malades depuis longtemps catarrheux succomber, dans le cours d'une hernie, à cette complication. Seulement il n'avait pas remarqué d'algidité.

Il faut distinguer, répond **M. Verneuil**, l'algidité réelle de

l'algidité apparente. N'ayant pas pris la température j'ai envoyé une fois au bain un malade qui est mort presque immédiatement. Il avait de la congestion pulmonaire.

M. Després continue à nier le mécanisme invoqué par **M. Verneuil** pour expliquer la mort de ces malades. « Elle a été déterminée, dit-il, par une perforation très petite ou par une péritonite toxique. »

M. Trélat admet l'hypothèse de **M. Verneuil**. Elle donne la raison de bien des faits jusqu'à présent demeurés sans explication.

M. Lefort remonte des faits à la cause première.

Je ne considérerais pas, dit-il, la congestion pulmonaire pas plus que l'anurie comme des complications des hernies. Mais en l'apprenant je suis heureux de constater qu'elles rentrent parfaitement dans ma théorie sur la nature des accidents herniaires. Ils sont déterminés exclusivement par l'irritation des centres splanchniques.

Dans tous ces cas donc il faut relever le malade et donner de l'opium avant de pratiquer l'opération.

M. Lucas-Championnière et **M. Labbé** demandent à **M. Verneuil** les conclusions pratiques de sa communication. Ne doit-on pas opérer les malades algides ?

M. Labbé veut que la Société se prononce sur la question. Il y a trop de médecins qui ne demandent qu'à temporiser, et qui cherchent à éviter quand même l'opération. J'ai, poursuit-il, guéri pour ma part une femme de 104 ans à la Salpêtrière. Elle était froide au moment de la kélotomie et l'intervention paraissait faite en dehors de toutes les règles.

M. Després dit que l'on doit opérer toujours et quand même.

C'est d'ailleurs aussi l'avis de **M. Verneuil**. Mes conclusions pratiques, dit-il, les voici :

1° Je ne donne pas le chloroforme dans les cas d'algidité.

2° Si les malades ont de la congestion je les couvre de ventouses sèches en même temps que j'administre largement les boissons excitantes.

Deux malades déjà doivent la vie à cette pratique. Mais toujours j'opère, comme toujours j'opère dans le diabète, en ayant conscience de sauver.

Présentation de malades.

M. M. Sée présente une jeune fille à laquelle il a dû réséquer 15 centimètres du nerf sciatique poplitée interne. Il n'en est

résultat aucun trouble ni dans la nutrition, ni dans la motilité du membre.

M. Le Fort présente une de ses opérées qui a mis deux ans à guérir d'une résection du genou. Le succès est complet et montre qu'il faut savoir quelquefois patienter dans les cas de ce genre.

M. Després. Une femme affectée de squirrhe du sein récidive, mais 5 ans seulement après l'opération.

M. Gillette, enfin, montre aux membres de la Société un instrument nouveau qu'il a fait faire par M. Mathieu, pour l'élongation des nerfs.

La séance est levée à 6 heures

F. JOUIN,

Interne des Hôpitaux.

REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

Les affiches médicales dans l'intérieur des maisons.

MM. les médecins ne sont point, comme les membres du barreau, sous le joug d'une discipline austère et sous une sage surveillance, destinées à réprimer de regrettables écarts. Leur profession est véritablement débarrassée de toute entrave; aucun contrôle n'en surveille l'exercice, et le seul tribunal dont ils soient justiciables est le tribunal, souvent peu redouté, de l'opinion publique. Cet excès d'indépendance serait un bien précieux dans une société composée d'hommes parfaits.

Mais le corps médical, tout en s'approchant habituellement des sublimes perfections réclamées par le serment d'Hippocrate, n'est pas infailible, et, dès lors, mieux vaudrait que certains faits fussent appréciés et jugés dans le huis-clos d'un conseil de famille que devant le public d'un tribunal. — Le fait que nous allons raconter vient à l'appui de cette manière de voir.

Le docteur X... a loué un appartement; forçant légèrement les termes de son bail, il en a fait un véritable dispensaire dans lequel, à certaines heures, il a reçu les clients que leurs affections spéciales poussaient vers lui. Imitant un exemple donné par quelques confrères, et qui, je me permets de le dire, ne me semble point excellent, il a jugé bon d'annoncer,

au moyen d'affiches et de plaques, l'ouverture d'un cours fait par lui dans l'appartement loué et d'indiquer les heures auxquelles ses consultations étaient données. C'est ainsi qu'il a apposé, non seulement à la porte de sa demeure, mais dans l'escalier même, deux de ses affiches sur lesquelles on lisait :

« Dispensaire électrothérapique du docteur X... Maladies des femmes et maladies nerveuses. Consultations gratuites au dispensaire de la rue les mardis, jeudis, et samedis, à midi. Conférences cliniques et cours d'électrologie médicale, les samedis, à une heure.

» M. le docteur X... commencera le à une heure, à son dispensaire de la rue, des leçons sur ses procédés de traitement des affections de l'utérus et sur la médecine obstétricale, etc. Consultations gratuites et conférences cliniques, les mardis, jeudis et samedis, à midi. »

En outre, sa porte souvent ouverte, permettait de voir intérieurement une enseigne en tôle noire sur laquelle se détachaient ces mots en gros caractères dorés : maladies des femmes, maladies nerveuses, clinique électrothérapique.

Or, dans la même maison habite un professeur de chant et de solfège, chez lequel se rendent journellement des jeunes filles accompagnées de leurs mères. Il paraît que les malencontreuses affiches, en attirant les regards, donnèrent naissance à mille questions embarrassantes pour les mères de famille; on adressa au mélodieux professeur des plaintes à la suite desquelles Orphée déclara la guerre à Hippocrate. Il a donc fallu plaider.

À la barre du tribunal, le docteur X... a fait prétendre qu'on ne devait pas tenir compte d'un accès de prudence exagérée, et soutenir qu'il était absolument dans son droit en exerçant son art comme il l'entendait.

On lui a répondu que, dans la lutte de la vie, il ne fallait pas chercher à triompher par tous les moyens et que dans les carrières libérales principalement, il fallait savoir n'employer que certaines armes, en ne les croyant pas toutes également dignes d'armer le bras; si on doit respecter la souffrance, rechercher les moyens propres à guider les malades vers la guérison, lui a-t-on dit encore, il ne faut pas oublier qu'on doit respecter aussi et les droits de ses voisins et l'enfance, en ne faisant pas subir aux gens bien portants tous les désagréments de la maladie. On a insisté sur la parfaite inutilité de cet affichage exposé dans un escalier, et sur le préjudice réel causé par le collocataire, menacé de la fuite générale de ses élèves.

Le jugement rendu a déclaré qu'en raison de leurs termes, l'enseigne et les affiches apposées par le docteur sur la porte conduisant à son dispensaire, étaient de nature à froisser les susceptibilités des locataires et des personnes fréquentant les cours de musique; que le demandeur était d'autant mieux fondé à se plaindre, qu'il était établi par la correspondance produite, que les faits du docteur étaient de nature à éloigner les élèves du cours.

Il a en conséquence ordonné la suppression des affiches et des plaques dans l'escalier.

On comprend les termes de ce jugement : tout fait quelconque d'autrui causant un préjudice peut donner ouverture à une réparation : or, le professeur de musique démontrait que le maintien des affiches amènerait les récriminations des mères de famille, et le départ de plusieurs élèves.

Espérons que le docteur X..., se courbant devant l'autorité de la chose jugée, n'ira pas exposer un squelette dans son couloir, en invoquant encore l'intérêt de la science.

FABRICE CARRÉ.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — M. Maurice Raynaud, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière, officier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine, est mort subitement le 29 juin. Il était docteur en médecine et docteur ès lettres.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Louis Mandl, décédé le 5 juillet dans sa soixante-huitième année. Les obsèques de notre confrère ont eu lieu jeudi 7 juillet.

— M. Chantreuil, agrégé de la Faculté (section d'accouchements), a succombé le 30 juin à une péritonite subaiguë, après quelques jours de maladie.

— Il faut encore annoncer la mort de M. Sainte-Claire Deville, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris et membre de l'Académie des sciences, décédé à Boulogne-sur-Seine, le 1^{er} juillet 1881, à l'âge de 63 ans.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

15 Juillet 1881

APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE
MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES



REVUE DES SCIENCES

SOMMAIRE. — Un cas d'hermaphrodisme. — Dynamogénie et inhibition. —
Entrée de l'air dans les veines après les plaies du crâne.

Un cas d'hermaphrodisme. — La *Revue* a déjà, dans son numéro du 14 juin, rendu compte d'une présentation faite à la Société de chirurgie par M. le docteur Magitot, lequel montrait aux chirurgiens un individu, conjoint d'abord en mariage en qualité de conjointe, chez qui plus tard se manifestèrent des penchants très naturels (la suite le prouve) vers le sexe auquel il appartenait de par les listes de l'état civil — légitimement par conséquent, — et qui fut, au bout du compte reconnu pour ce qu'il était, c'est-à-dire pour un homme ; à la vérité, pauvrement conformé.

Devant la Société de biologie, M. Duval s'est emparé de ce sujet pour en faire jaillir quelques considérations embryogéniques assez intéressantes, ce semble, pour être ici exposées.

Mais nous rappelons d'abord combien sont fréquentes ces méprises sur le véritable sexe d'un individu. On rencontre dans la littérature médicale un grand nombre de relations tout aussi étranges que notre exemple d'aujourd'hui, et dont les plus curieuses sont sans doute celles de Worbe en 1815 ; celle d'Alexandrine-Hortense, rapportée par M. Larrey ; une autre de Marc et celle d'Alexina étudiée par le détail dans le *Journal de l'Anatomie* de Robin, en 1869. Le livre de M. Gallard sur les maladies de la femme nous donne encore en menu le récit d'une célèbre hermaphrodite, tour à tour homme et femme : Marie-Madelaine Lefort, examinée par Béchard en 1813, autopsiée à l'Hôtel-Dieu il y a dix-huit ans.

Juillet, T. II, 1881.

7

Enfin, — rien n'est contagieux comme une communication — si-tôt que M. Magitot eut parlé, MM. Pozzi, Terrillon, Lannelongue, Anger, Monod s'empressèrent d'apporter chacun un petit tribut de révélations destinées à établir que le phénomène exhibé était bien loin d'être exceptionnel ; qu'en somme les hermaphrodites ou réputés tels couraient les rues, qu'on était pour eux chaque jour consulté, et qu'on ne saurait en conséquence trop s'en prémunir. Cette dernière recommandation à l'adresse des gens en quête d'une compagne.

L'hermaphrodite de M. Magitot est actuellement âgé de 40 ans ; vers l'âge de 13 ans, elle ou il eut, à trois mois d'intervalle, trois légères hémorrhagies par les parties génitales, sans aucun accident ni trouble physiologique quelconque antérieur. Elle avait été inscrite à la mairie comme fille ; avait toujours été élevée et avait toujours vécu comme fille. on ne songea pas un instant à hésiter sur le caractère de ces éléments sanguins : C'étaient les pertes menstruelles, dont l'absence, plus encore que l'apparition, aurait excité des soupçons. Ces hémorrhagies ne revinrent jamais, et la jeune fille fut jugée aménorrhéique : il ne s'en fut pas davantage. Vint le mariage et sa suite. Au dire des époux, il paraîtrait que la consommation n'en fut jamais parfaite. N'importe : faute de mieux, on prend ce que l'on a, et le ménage vécut en parfaite intelligence. A la mort du mari, l'épouse, jusque-là fidèle à ses devoirs, commença à se déranger. Poussée par une propension irrésistible du côté des femmes, la veuve prit non des amants mais des maîtresses ; elle affirme que les rapports s'effectuaient tout à fait normalement. Nous aimons mieux le croire qu'en douter.

Bref, pour trouver une justification de ses goûts ou bien amenée par le hasard, elle fut visiter M. Magitot, qui constata les singularités suivantes :

L'aspect général du corps est plutôt masculin par les formes et les saillies musculaires, par la configuration du bassin, l'abondance et la rudesse de la barbe et l'élévation de la stature (1^m,78). Néanmoins les seins sont développés, mous, féminins, très différents des seins d'hommes gras.

A l'examen de la région génitale, on voit à la partie supérieure et médiane un corps assez peu volumineux, imperforé et retenu inférieurement par deux faibles brides formant freins de chaque côté d'une gouttière sous-jacente qui représente la paroi supérieure du canal urétral. Ce rudiment de pénis est très susceptible d'érection. Au dessous est une façon de fente

vulvaire limitée de chaque côté par deux grandes lèvres contenant chacune dans l'épaisseur un corps ovoïde, douloureux à la pression, très certainement corps testiculaire en miniature.

Entre les deux lèvres s'enfonce un infundibulum long de 3 à 4 centimètres ; et ce pseudo-vagin aboutit à un cul-de-sac à la partie supérieure duquel on rencontre l'orifice urétral et les canaux éjaculateurs. Pas trace de col utérin. Le toucher rectal, porté aussi haut que possible, n'a pas permis non plus de reconnaître la présence d'un utérus. En dernier lieu, le liquide laiteux qui s'échappe du fond de la dépression lors des érections, fut étudié au microscope : il n'y fut pas découvert de spermatozoïdes, ce qui très vraisemblablement doit être attribué à l'état atrophique des glandes séminales.

Cette femme, dit M. Magitot, eût jadis passé pour hermaphrodite bisexuelle imparfaite ; il n'est cependant pas soutenable que nous n'ayons affaire à un homme. Le développement des seins est un indice de trop peu d'importance pour entraver cette conclusion : c'est un homme avec un hypospadias scrotal complet.

C'est à ce propos que M. Mathias Duval intervient. Il rappelle que l'utérus correspond à l'utricule prostatique, le vagin au col de cet utricule et l'hymen ou orifice vaginal à l'ouverture du verumontanum ; il suit que le vestibule chez la femme répond à la portion membraneuse du canal de l'urèthre. Donc les deux types sexuels ont même point de départ : le sinus uro-génital. Celui-ci s'évase et se raccourcit pour former le vestibule ou reste tubulaire et forme la portion membraneuse de l'urèthre.

Chez le sujet qu'on présente, l'entonnoir sous-pénien n'est autre que le sinus uro-génital persistant au-delà de l'époque embryonnaire. Au nom de l'embryogénie, M. Mathias Duval corrobore les affirmations de M. Magitot.

Cet individu est bien un homme par ses organes génitaux internes ; par ses organes externes, qui ont subi un brusque arrêt dans l'évolution, il est resté un être neutre.

Dynamogénie et inhibition. — Au collège de France, M. Brown-Séquard vient de terminer son cours du premier semestre. Il a voulu, avant de reprendre de nouvelles recherches, exposer les principaux points de la physiologie nerveuse assez nettement élucidés par ses expérimentations dernières.

Nous n'avons pas dessein de donner ici dans tous ses détails

Juillet, T. II, 1881.

cet important résumé, mais seulement d'en indiquer l'esprit général.

On sait ce qu'il faut entendre par inhibition et dynamogénie. L'inhibition d'un muscle, par exemple, c'est la diminution de puissance de ce muscle se produisant subitement ou très rapidement sous l'influence d'une action spéciale et purement dynamique du système nerveux. La dynamogénie est un phénomène semblable, mais inverse : au lieu d'être une atténuation, une annihilation, c'est une augmentation d'énergie se produisant dans des conditions analogues à celles de l'inhibition.

D'une part, dépression, de l'autre, excitation. Comme les muscles et plus que les muscles, les centres nerveux et les nerfs périphériques peuvent être inhibés ou dynamogéniés.

Souvent ces deux effets apparaissent simultanément sur un même organisme, déterminés en des territoires distincts par une même cause. Il y aurait même pour la plupart des cas une proportionnalité assez fidèlement respectée entre les deux actions provoquées, balance entre le gain et la perte. Cette proposition, — sorte de « rien ne se crée, rien ne se perd » physiologique — que vient de prononcer le collège de France, n'est cependant pas, comme il s'est hâté de l'observer, applicable à la totalité des cas et réclame de fortes restrictions. Il suffit d'ailleurs pour la légitimer qu'elle soit l'expression d'une vérité presque constante.

M. Brown-Séquard s'était, il y a près de six mois, occupé déjà des résultats curieux consécutifs aux applications eutanées de chloral anhydre et de chloroforme : inhibition du phrénique et du diaphragme d'un côté ; dynamogénie du côté opposé. Il est revenu sur ces questions. Cette fois il a montré que certaines substances introduites dans l'organisme : l'acide prussique ou la digitaline, produisaient des effets contraires sur les centres nerveux et sur les organes de la périphérie, inhibitoires sur les premiers, dynamogéniques sur les seconds. On s'en rend compte en supprimant par la section la communication des uns aux autres. Cette séparation est nécessaire pour affranchir la périphérie de l'influence prépondérante des parties centrales.

Souvent il se produira d'un côté à l'autre du corps des phénomènes du même ordre entre organes symétriques : renforcement d'excitabilité d'un côté ; atténuation de l'autre.

L'irritation des nerfs de la peau par un froid intense, ob-

tenu grâce au contact du chlorure de méthyle, entraîne, de même que les applications de chloroforme et de chloral, des effets analogues de dynamogénie sur la moitié du corps en expérience, d'inhibition sur la moitié opposée.

La section transversale d'une moitié latérale de l'encéphale ou de la moelle cervicale proche le bulbe amène encore des phénomènes de dynamogénie marqués à un haut degré dans le nerf phrénique du côté correspondant et de l'inhibition à un degré variable de l'autre côté.

Enfin, dans une dernière série d'expériences, l'irritation du nerf sciatique, après sa section, détermine aussi des changements à distance dans l'excitabilité des nerfs et des muscles. Ainsi le nerf phrénique et le diaphragme du côté correspondant, comme le nerf crural et les nerfs brachiaux ainsi que les muscles qu'ils animent, acquièrent très souvent un degré normal. Pourtant ces résultats sont assez incertains.

M. Brown-Séquard a constaté de plus que la dynamogénie se multipliait au fur et à mesure que les sections sur ce même nerf sciatique devenaient plus nombreuses.

Il ressort de toutes ces expériences un intérêt très grand : d'abord de la lumière projetée sur la manière dont agissent les médications révulsives, puis des indications, qu'il faut savoir ne pas négliger, d'une thérapeutique nouvelle.

Bien assurément, la dynamogénie et l'inhibition, qui ne peuvent s'expliquer que par une influence purement dynamique, tout indépendante des changements dans la circulation ou la nutrition, ne peuvent être confondues avec des désordres vasomoteurs, encore est-il permis de rapprocher les uns des autres et de citer, après ces communications de M. Brown-Séquard, l'observation soumise par M. Raymond à la Société de biologie. On y trouve qu'un jeune homme, cavalier dans un régiment, sentit, après un effort, un craquement se faire dans les reins. Quelle lésion ? on l'ignore.

Variété de mal de Pott traumatique ? Toujours est-il que depuis ce moment il y eut claudication du côté gauche et atrophie notable avec hypothermie de tout le membre inférieur de ce même côté. Si l'on fait marcher le blessé, la température à droite s'élève, comme c'est la règle physiologique ; mais à gauche s'abaisse progressivement, jusqu'à tomber à huit ou dix degrés au-dessous de celle du membre opposé. Il y a là une particularité digne de fixer l'attention et une explication à donner de cette influence de la marche sur la vaso-motricité

d'un membre. Quant à l'atrophie, elle est commune, quelquefois considérable, après des lésions qui prises, en elles-mêmes semblaient d'abord insignifiantes; et c'est en cela que cette action lointaine peut, dans une certaine mesure, être comparée aux phénomènes sur lesquels M. Bröwn-Séquard vient d'insister.

Faut-il mentionner dans le cadre des faits précédents cet homme du même service de M. Raymond, qui, soigné pendant des mois pour une tuberculose pulmonaire avec sueurs profuses, se vit presque soudainement amélioré et même guéri après administration des douches et des bromures de potassium? En même temps apparaissaient tous les signes de l'hystérie la mieux caractérisée.

Mais à ce compte, il n'y aurait plus un seul acte de l'économie qui ne fût de l'ordre des phénomènes de dynamogénie.

Et nous ne voulons parler de ce dernier malade que pour signaler un nouvel exemple d'hystérie masculine survenue dans des circonstances assez étranges.

Entrée de l'air dans les veines après les plaies du crâne. — Le rôle joué par l'aspiration thoracique dans la circulation veineuse est bien connu, mais l'influence de l'inspiration ne s'exerce dans les canaux veineux qu'à une distance peu considérable des orifices supérieur et inférieur de la poitrine et grâce seulement à la disposition que présentent les veines par rapport aux aponévroses qui les entourent ou bien aux adhérences que ces parois veineuses contractent avec les organes ambiants. La zone dans laquelle l'aspiration se fait sentir, à cause des périls qu'elle réserve aux chirurgiens, a reçu le nom de zone dangereuse. Ses limites sont assez bien déterminées, ne dépassant pas la base du cou et la région de l'aisselle, pour la partie supérieure; inférieurement, n'allant guère au-delà de la portion hépatique de la veine-cave ascendante.

Comment expliquer alors la pénétration de l'air dans les veines après lésions des os du crâne? Claude Bernard aurait souvent mentionné le fait dans ses leçons; beaucoup de physiologistes se seraient plaints du même accident venant jeter le trouble au milieu de leurs expériences, entre autres MM. Franck et Pitres, qui avaient dû, pour échapper à cette complication dans leurs recherches sur le cerveau, prendre le parti d'obturer

avec de la cire à modeler, les canaux du diploé entamés par la couronne de trépan.

M. Franck, désireux de mettre au clair cette question, a remarqué que les veines jugulaires à la partie moyenne et supérieure du cou, affaissées par la pression atmosphérique lors de l'aspiration, ne pouvaient être les canaux de transmission de l'aspiration thoracique; par des considérations théoriques, il en est arrivé à déclarer que sans doute l'introduction de l'air dans le système veineux s'effectuait par la voie des veines vertébrales. Les expériences ont pleinement confirmé la justesse de ses vues.

En effet, dans la partie de leur trajet comprise entre l'embouchure dans le tronc brachio-céphalique et le point d'entrée dans le canal des apophyses transverses, les veines vertébrales, comme les jugulaires au même niveau et pour des raisons analogues, sont soustraites à l'affaissement par la pression barométrique. Plus haut, elles sont, au contraire des jugulaires examinées à la même hauteur, soumises aux effets de l'aspiration inspiratoire dans le conduit ostéo-fibreux qu'elles parcourent. Comme les vertébrales s'abouchent largement, plus encore chez les animaux que chez l'homme, avec les veines rachidiennes, les veines occipitales, les sinus dure-mériens et les canaux osseux du crâne, on peut comprendre comment l'attraction est puissante vers la poitrine, du sang ou de l'air, — suivant les cas — si les mouvements d'aspiration thoraciques sont énergiques.

Jusqu'à présent, il n'y avait qu'une déduction, logique d'ailleurs, mais non pas nécessairement exacte, d'une disposition anatomique certaine; M. Franck a réuni des preuves pour appuyer son interprétation des faits. Il a d'abord fait voir que, les jugulaires étant liées et la table externe de l'occipital détruite, l'entrée de l'air dans les veines est constatable, tandis qu'elle ne se produira pas, les jugulaires libres, mais la voie des veines vertébrales étant interceptée. Les expériences négatives — sans faire fi de leur valeur — prouvent moins que les positives. Aussi M. Franck a fait davantage : ayant au préalable dénudé partie de la voûte osseuse crânienne, il a sectionné la veine vertébrale, puis dans le bout supérieur introduit l'extrémité d'une seringue de verre. Retirant le piston pour faire le vide, il a vu se précipiter dans le corps de pompe des bulles d'air mélangées au sang veineux.

La démonstration était faite.

Il ne nous vient certainement pas en l'intention de vouloir en quoi que ce soit critiquer les expériences, sans conteste irréprochablement conduites, du savant physiologiste M. Franck; cependant on peut faire observer que ces accidents d'introduction de l'air dans les veines — chez l'homme sinon chez les animaux — ont peut-être été bien exagérés. Il n'est personne qui opère sur la zone dangereuse qui ne soit mis en garde par les recommandations de tous les auteurs contre les terribles éventualités des embolies aériennes; qui en a vu? Je parle de nos jours et non d'il y a 40 à 45 ans. A la vérité un chirurgien des hôpitaux a publié, voilà peu de temps, un désastre au cours d'une opération sur le cou, attribuable à l'entrée de l'air dans le système veineux. Est-on bien sûr que le chloroforme n'était pour rien dans l'issue funeste? Depuis 7 à 8 ans que les thyroïdectomies se multiplient, on n'entend presque plus parler de cette redoutable introduction de l'air dans les veines; n'y aurait-il pas, dans les observations recueillies jadis, autre chose ignorée, pour donner la raison des morts éprouvées.

Le sifflement qu'on entend à l'instant précis où le patient — opéré ou animal vivisectionné — entre en syncope, est-il le sifflement de l'air faisant irruption par une étroite ouverture dans les canaux veineux ou bien simplement une brève inspiration laryngienne de l'être en détresse sur le point de succomber? La distinction n'a pas été clairement notée au milieu du trouble d'une intervention malheureuse ou dans le cours d'une expérimentation attachante. D'ailleurs, M. Franck a promis une communication supplémentaire qui fournira certainement réponse et réfutation à toutes nos réflexions formulées avec la plus grande réserve et sous forme extrêmement dubitative.

L. T.

REVUES CLINIQUES

REVUE DE CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Assistés. — M. Parrot poursuit l'étude des lésions syphilitiques des nouveaux-nés. Dans ces derniers temps il a attiré l'attention de ses auditeurs sur les lésions syphilitiques dentaires; matière intéressante qu'il a trai-

tée avec la clarté et la science profonde qu'on lui connaît. Pour bien faire comprendre ce chapitre important de pathologie, il a commencé par exposer d'une façon précise les diverses phases de l'évolution normale des dents.

« Nous ne saurions trop insister, dit-il, sur l'étude des dents car notre but est de retrouver sur l'individu, quels que soient son âge ou son sexe les traces d'une syphilis héréditaire éteinte. Si sur la peau, les traces sont sujettes à des modifications telles que, dans certains cas, elles semblent avoir disparu presque complètement et finissent quelquefois par passer inaperçues; si, sur les os, beaucoup également peuvent s'effacer, quelques-unes seulement restent indélébiles; il n'en est pas de même des dents sur lesquelles, au moment de la formation du bulbe et de l'organe adamantin, la syphilis imprime son action, de telle façon que la dent plissée ne peut plus se déplisser même avec le temps. Les caractères et les dates de son début et de sa fin s'y trouvent gravés si fortement que l'on peut dire que la dent garde son millésime; elle le garde encore à travers les siècles, et nous en retrouvons les traces jusque sur les dents que l'on a recueillies dans les cavernes préhistoriques et dans les dolmens. C'est ainsi que la mâchoire inférieure que je vais vous faire passer, mâchoire d'un jeune Franc de l'époque mérovingienne, trouvée dans le cimetière de Brény (Aisne), porte sur presque toutes ses dents des marques incontestables d'une syphilis héréditaire.

» Nous avons donc là la preuve de l'antiquité de la syphilis. »

M. Parrot après avoir rappelé les travaux antérieurs sur ce sujet, entre dans l'étude de l'odontopathie syphilitique qui se traduit toujours par une atrophie.

Les atrophies dentaires présentent cinq variétés : 1° l'atrophie cuspidienne; 2° l'atrophie cupulaire; 3° l'atrophie sulciforme ou en sillon; 4° l'atrophie en hache; 5° l'atrophie d'Hutchinson.

1° L'atrophie cuspidienne porte sur la partie triturante de la dent; elle atteint principalement les prémolaires de la première et de la seconde dentition; elle est typique sur les premières molaires de la seconde dentition qui ne présentent jamais d'autres altérations. La partie malade de la dent semble comme enchâssée dans la partie saine sur laquelle elle tranche par tous ses caractères. Cette partie malade est d'un jaune ocreux, elle paraît friable, son aspect est rugueux. La partie saine de la dent conserve ses caractères sauf que l'émail est un peu plus abondant et forme bourrelet,

2° L'atrophie cupuliforme qui peut exister en dehors des autres variétés est propre aux incisives seulement et surtout aux médianes supérieures. Dans ces conditions la dent est haute, large, en forme de palette; l'altération consiste en petites cupules creusées tant sur la face antérieure que sur la face postérieure de la dent. Ces cupules en nombre variable sont rangées suivant une ligne horizontale. Leur coloration est jaune-sale ou noirâtre, ce qui tient à ce que dans le fond la couche d'émail est très amincie ou a disparu complètement. Cela existe surtout dans la première dentition.

3° La variété sulciforme ou en sillon est très fréquente, elle se rencontre surtout sur les incisives; et n'est qu'un dérivé pour ainsi dire, de la forme précédente. Les sillons, formés par la réunion de plusieurs cupules, sont toujours horizontaux et parallèles pour chaque dent au bord du maxillaire. S'il y a plusieurs sillons, ils sont séparés l'un de l'autre par un bourrelet d'émail. Les sillons peuvent exister sur la face postérieure et on les y rencontre quelquefois verticaux.

4° L'atrophie en hache est plus rare et se rencontre surtout sur les incisives médianes. On ne la rencontre jamais que pour les dents de la première dentition. La dent sort intacte, mais dépourvue d'émail au collet, de sorte qu'en ce point elle est facilement accessible aux sucs de la bouche qui la rongent et lui font prendre cette forme particulière en « hache » ou en « francisque. »

4° La variété de Hutchinson, ainsi nommée de l'auteur anglais qui l'a le premier décrite est véritablement typique. Elle siège principalement aux incisives médianes supérieures et est caractérisée par une véritable eschare de la dent à son bord libre, détruit de façon à laisser seulement deux petites cuspides latérales.

Enfin, il faut ajouter une sorte d'atrophie générale des dents dont parle Hutchinson et qui est marquée par ce fait que leur évolution est tardive et comme entravée.

On conçoit que les dents ainsi atteintes par la syphilis héréditaire sont plus aptes que d'autres à être la proie de la carie. Le maxillaire lui-même peut subir un arrêt de développement.

Le diagnostic de la syphilis dentaire est facile d'après ce qui précède. On ne confondra évidemment pas des dents syphilitiques avec des dents en scie ou en biseau indemnes de toute diathèse.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Duguet a possédé dans

son service de Saint-Antoine une malade atteinte de polyurie simple dont l'observation a été publiée tout au long dans la *Gazette des Hôpitaux*, par M. Duplaix, interne du service. Cette malade était très intéressante comme le sont d'ailleurs tous les cas de polyurie simple. Malgré l'abondance de l'urine (huit litres) et la quantité de liquide qu'absorbait toujours la malade, on n'a jamais trouvé de sucre; l'urée a toujours été dans la normale et la densité n'a jamais atteint 1,010. Il fallait chercher la cause de cette polyurie, et, le diabète sucré étant rejeté, on était en présence des deux hypothèses suivantes : néphrite interstitielle ou diabète insipide, polyurie simple. — Pour appuyer la première opinion, se présentaient l'âge de la malade, qui avait cinquante-six ans, et pouvait bien être atteinte de sclérose rénale, on avait surtout des douleurs lombaires antérieures et des troubles de la vue ayant duré pendant quelque temps, mais d'un autre côté ne se rencontraient aucun signe important de néphrite interstitielle et entre autres le bruit de galop du cœur. Il n'y avait du côté de l'estomac, des yeux, de l'encéphale rien qui rappelât les accidents ordinaires de la sclérose rénale; puis, la polyurie serait alors fantasque et n'aurait aucun rapport avec la quantité de boissons absorbées par la malade, contrairement à ce qu'il était donné d'observer dans le cas présent. Si on ajoute à toutes ces considérations qu'il existait une polydipsie intense et en raison directe de la polyurie, avec absence totale d'albumine, on était en droit de dire que l'hypothèse d'un diabète insipide était bien établie et que c'était à ce diagnostic qu'il fallait se rattacher.

Hôpital des Enfants-malades. — M. le Dr Bouchut a consacré une clinique à l'étude des hypertrophies de la rate dues à des influences palustres et ne guérissant point par les moyens habituels. Il a rappelé trois observations de malades, l'une de 4 ans, l'autre de 2, la troisième de 10 qui présentaient des rates énormes, formant tumeur, et chez qui l'anévrysme, la leucocythémie et l'état cachectique si difficile à faire disparaître étaient survenus comme compagnes inséparables d'une telle affection.

Le sulfate de quinine, les préparations arsénicales, les douches percutantes d'eau froide sur la rate ont été employées sans succès. Il n'y a que la splénotomie qui n'ait pas été faite. Pour M. Bouchut, c'est dans cette opération, que consiste le dernier recours du médecin qui voit tous les moyens théra-

Juillet, T. II, 1881.

9

peutiques ordinaires rester sans effet et ses malades arriver rapidement au terme fatal.

Hôpital Laënnec. — M. Legroux a pu observer dans son service de l'hôpital Laënnec un cas intéressant de phlegmatia-alba-dolens survenue chez un hémiplegique et terminée par gangrène, que son interne M. de Brun a publié dans *la France médicale*. Cette observation intéressante à plus d'un titre a rapport à un malade de 61 ans, hémiplegique du côté droit et absolument gâteux. On constate un jour en le découvrant que son membre inférieur droit était le siège d'une phlegmatia-alba-dolens considérable, trois mois après le pied et la partie inférieure de la jambe étaient la proie d'une gangrène humide des plus marquées. A l'autopsie la veine fémorale présentait dans toute son étendue un caillot fibrineux adhérent par un côté aux parois de la veine et laissant de l'autre côté entre lui et la paroi veineuse un espace très peu considérable dans lequel la circulation pouvait se faire. L'artère fémorale présentait de même un caillot fibrineux, ancien et adhérait à la veine dans les points où ce caillot était le mieux formé. — Nous transcrivons les considérations dont cette observation est suivie, persuadé qu'elle mérite toute l'attention du lecteur.

Indépendamment de ce fait de phlegmatia alba-dolens chez un hémiplegique, étiologie jusqu'à présent non signalée, nous désirons appeler l'attention sur la terminaison de cette maladie par la gangrène.

C'est là une rareté. M. Troisier dans sa thèse n'en cite que trois cas : un de M. Lancereaux dont il rapporte l'observation ; un de Kennedy, et un troisième de Overhisen. Il se contente du reste de citer cette complication sans chercher à l'expliquer.

Notre observation nous a fourni à ce sujet des renseignements importants, et nous croyons pouvoir dire que le sphacèle a été la conséquence de l'oblitération de l'artère fémorale. Bien plus, nous voyons ici entre la thrombose veineuse et la coagulation artérielle des rapports évidents au point de pouvoir affirmer que la première a déterminé la seconde. Les deux points, en effet, où nous avons constaté l'existence de caillots artériels fibrineux et anciens étaient aussi ceux où l'artère adhérait intimement à la veine, où les parois des deux vaisseaux se confondaient en quelque sorte, réunis par un tissu interstitiel induré, traversant un bloc compact de tissu conjonctif. C'est par là que la coagulation artérielle a commencé,

et ce n'est qu'ultérieurement, par suite de l'arrêt de la circulation en ces deux points, que le reste de l'artère s'est oblitéré ainsi que la tibiale postérieure. L'examen des caillots nous permet de reconstituer la marche du processus.

Quant à l'athérome, nous ne croyons pas qu'il ait pu jouer dans le cas actuel un rôle important. Les points où la coagulation artérielle s'est produite étaient peu ou pas athéromateux, et l'artère, comme nous l'avons dit, n'était transformée en un tuyau rigide que vers la terminaison de la tibiale postérieure, point où le caillot se terminait.

En somme : coagulation veineuse ; endo-phlébite et périphlébite consécutives ; inflammation chronique du tissu conjonctif voisin ; adhérence et inflammation de l'artère ; coagulation artérielle, tel a été le processus, l'athérome artériel et le ralentissement de la circulation du membre occasionné par les oblitérations veineuses ayant joué tout au plus le rôle de causes accessoires.

RECUEIL DE FAITS

1^o Ramollissement cérébral avec aphasie, sans lésion de la circonvolution de Broca. — M. Comby, interne des hôpitaux, a présenté cette année à la *Société anatomique* la curieuse observation suivante :

G..., 59 ans, entre dans le service de M. Proust, à Lariboisière, le 16 mars 1880. Pendant 48 ans, il s'est livré à de nombreux excès, et était buveur d'absinthe. La maladie qui amène G... à l'hôpital, l'a frappé subitement il y a 17 jours, au réveil. Il s'agit d'une hémiplegie droite avec aphasie. Il peut encore marcher en traînant la jambe, mais son membre supérieur est absolument inerte, les traits de la face sont déviés à gauche, l'orbiculaire n'est pas paralysé. La sensibilité des téguments, sans être abolie, est notablement diminuée à droite. L'intelligence a persisté et le malade raconte gaiement, quoique avec difficulté, tous les détails de son histoire. L'examen des différents appareils ne nous révèle rien d'anormal, l'appétit est conservé, l'état général est excellent.

20 mars. G... étant descendu se promener sur la terrasse de l'hôpital, a été pris d'un étourdissement, est tombé, et n'a plus quitté le lit, à partir de ce jour. L'hémiplegie droite est

devenue plus absolue, les deux membres sont complètement inertes. L'aphasie est plus prononcée qu'avant cette nouvelle attente. La difficulté qu'il éprouve à trouver les mots exaspère G..., il jure et s'impatiente, c'est un type d'aphasique. Au bout de huit jours de cet état, l'intelligence décline, et bientôt survient une somnolence comateuse qui se termine par la mort, le 3 avril, 34 jours après le début de la maladie.

Autopsie, 36 heures après la mort. — Examen des organes thoraciques : dilatation considérable de l'aorte, avec nombreuses plaques d'athérome, caillot récent dans la lumière du vaisseau; insuffisance des valvules aortiques; cœur de volume normal, poumons sains.

Abdomen. Foie volumineux et très congestionné. Rate grosse. Reins également congestionnés.

Cavité crânienne. Hémisphère cérébral droit sain. Hémisphère cérébral gauche présentant un élargissement notable des circonvolutions de la zone motrice, avec effacement des sillons. Au niveau de la première frontale, de la partie supérieure de la frontale ascendante et du lobe paracentral, existe une fluctuation manifeste, qui devient bien plus évidente, après décorication. La région des deuxième et troisième frontales, et des circonvolutions de l'insula, paraît saine à la surface. Il n'existe d'ailleurs, en aucun point du cerveau, de lésions superficielles des circonvolutions.

Nous pratiquons une coupe verticale suivant la partie fluctuante et le pied des deuxième et troisième circonvolutions frontales. Il s'écoule une grande quantité de liquide séreux, jaune citron. Nous pouvons alors apprécier l'étendue du foyer de ramollissement qui s'insinue sous la partie supérieure de la frontale; quant à la circonvolution de Broca, elle ne présente aucune lésion appréciable à l'œil nu. Il en est de même du lobule de l'insula et de toutes les autres parties du cerveau. Le ramollissement n'a intéressé que la substance blanche de la zone motrice voisine du sillon de Rolando; elle nous explique suffisamment l'hémiplégie.

Réflexions. — Il s'agit très probablement d'un ramollissement par embolie, quoique nous n'ayons pu trouver l'embolie dans les branches de la sylvienne gauche. Ce qui nous fait admettre une embolie, plutôt qu'une thrombose, c'est d'une part, le début subit des accidents, d'autre part, l'existence d'une lésion aortique (dilatation anévrysmale, caillots sanguins).

Quant à l'aphasie, nettement constatée chez le malade, nous

ne pouvons l'expliquer; c'est une dérogation exceptionnelle à la loi découverte par M. Broca. Il suffit de la constater.

2° Des parotides et oreillons par suite de la rétention salivaire du canal de Sténon. — Une thèse récente du Dr Laurent a pour objet la rétention salivaire du canal de Sténon à la suite d'une aphthe de la joue et d'une stomatite. Elle renferme un certain nombre de faits analogues, mais, inspirée par une préoccupation chirurgicale évidente, elle laisse de côté tous les faits de parotide septicémique des fièvres, et les parotides simples qui constituent les oreillons et qui sont toutes dues à la rétention salivaire. — En voici les conclusion :

« La rétention salivaire parotidienne peut exister, et être due à la présence d'un aphthe à l'orifice du canal de Sténon, ou à l'inflammation de la muqueuse buccale, avec ulcérations à l'orifice et sur le trajet du canal de Sténon.

« Cette rétention nous semble être due au boursoufflement de la muqueuse qui tapisse le canal de Sténon, et qui borde son orifice, plutôt qu'à un spasme de ce canal.

« Elle est caractérisée par un gonflement et une tuméfaction de la glande parotide, gonflement qui est d'autant plus prononcé que la glande a plus d'activité (au moment des repas). Il peut même n'être appréciable qu'à ce moment-là.

» Le pronostic est bénin, et la rétention salivaire disparaît dès que la cause (inflammation) cesse d'agir.

» Le traitement doit consister à employer les antiphlogistiques pour diminuer l'inflammation, et, lorsqu'elle sera calmée, il faudra pratiquer le cathétérisme pour dilater le canal, empêcher son rétrécissement et s'assurer qu'il est toujours perméable. »

Cela est vrai pour la stomatite accidentelle due à des aphthes de la bouche ou à une stomatite d'inflammation fermant l'orifice du canal de Sténon. Mais il y a d'autres stomatites qui produisent le même effet. Ainsi la stomatite catarrhale épidémique et contagieuse a les mêmes conséquences. C'est elle qui produit les oreillons épidémiques et contagieux. C'est aussi la stomatite fuligineuse des fièvres qui, dans la fièvre typhoïde et les autres fièvres graves, produit les oreillons septicémiques en obstruant le canal de Sténon. Telle est la théorie que j'ai développée il y a quelques années dans une communication à l'Académie des sciences (Voir ses *Comptes rendus*) et dans le

chapitre : Oreillons, de mon *Traité des maladies de l'enfance*. Toute rétention salivaire, quelle qu'en soit la cause, unilatérale ou double, que ce soit une stomatite inflammatoire simple, une stomatite inflammatoire épidémique ou une stomatite typhoïde, produit le gonflement de la parotide qui constitue les oreillons. (Paris Médical).

3° Urticaire accompagnée d'analgésie de la jambe. — Les *Annales de Dermatologie* reproduisent, d'après un journal italien, *Il Movimento*, un fait très curieux en ce qu'il s'accompagne de phénomènes nerveux peu habituels en pareille circonstance.

Cette observation a trait à une femme de quarante ans qui fut malade à la suite d'un grand chagrin causé par la perte d'un enfant. Elle commença à souffrir d'insomnie; en même temps elle éprouvait, sur le ventre et la poitrine, une sensation de prurit, supportable pendant le jour, mais déchirante et intolérable la nuit. Il n'y avait aucune éruption, aucune érosion, mais il suffisait qu'elle se grattât pour faire apparaître des plaques élevées avec taches érythémateuses. Ces phénomènes s'accroissaient avec les variations de la température et de l'atmosphère. Bientôt s'adjoignirent d'autres symptômes : bouffées de chaleur, sueurs du visage, céphalée vers le soir, vertiges, douleur lombaire profonde presque continue, inappétence, soif ardente. Un médecin appelé déclara qu'il s'agissait d'une urticaire, suite de coprotasie et fit prendre sans le moindre succès des purgatifs et des lavements.

Stampacchia fut mandé; il reconnut que les efflorescences cutanées étaient plus abondantes à la poitrine, au cou, au dos et aux membres du côté droit; il constata, de plus, ce qui avait échappé jusqu'alors, l'analgésie complète du membre inférieur gauche; des orteils à la moitié de la cuisse, on pouvait pincer et piquer les tissus sans exciter le moindre sentiment de douleur. Le long de la colonne vertébrale, mais principalement au niveau de la région lombaire, la peau était manifestement hyperesthésique; le cœur battait irrégulièrement; la céphalée et le lombago étaient toujours très intenses.

L'auteur considéra les bouffées de chaleur, la céphalée, les vertiges et les algies en même temps que l'éruption cutanée, comme des phénomènes de même ordre accusant un état d'épuisement fonctionnel du système nerveux ganglionnaire avec

hyperhémie récurrente, vaso-paralytique. L'analgésie du membre gauche lui parut de nature hystérique.

Le traitement fut basé sur l'usage de l'iodure de potassium, dans une infusion de valériane, à boire dans la journée, plus 50 centigrammes de quinine en quatre doses, enfin de grands bains tièdes à l'amidon. L'amendement fut très rapide. Quelque temps après cependant, l'urticaire reparut, sous l'influence d'un catarrhe bronchique et beaucoup plus intense que la première fois. L'auteur eut alors recours au seigle ergoté, dans l'espérance que son action spéciale sur les vaisseaux aurait une influence favorable sur la maladie cutanée; il prescrivit, dans les deux premiers jours, 1 gramme d'ergot et ensuite 60 centigrammes, en plusieurs paquets, unis à la quinine. Au septième jour, le prurit avait disparu ainsi que l'éruption. Une nouvelle rechute se prononça, mais le même remède fut prescrit avec un succès très rapide.

4° Croup à marche rapide chez un homme de 60 ans, par M. le Dr GRABINSKI. — Vendredi dernier, M. Cultir, à Saint-Germain-au-Mont-d'Or, avait travaillé toute la journée aux champs; en rentrant il soupe, se couche et s'endort sans rien accuser d'anormal. A deux heures de la nuit, il est réveillé par des frissons, des malaises et de la gêne de la respiration, accompagnée de toux. Il se plaint d'un peu de difficulté dans la déglutition et expectore quelques crachats sanguinolents. A partir de ce moment, il ne peut reprendre le sommeil. De l'enrouement ne tarde pas à se produire et marche avec une telle rapidité, qu'à dix heures il est aphone. La dyspnée augmente en même temps, la sensation de corps étrangers dans les voies supérieures de la respiration provoque des vomissements bilieux, qui ne sont que d'un faible soulagement. Cet état devenant inquiétant, l'on me fait appeler. Je me rends à trois heures auprès du malade : c'est alors que je recueille les renseignements qui précèdent.

Le malade est assis sur son lit. Sa respiration est bruyante, les inspirations longues et profondes font retentir le bruit de cornage. Il y a déjà un état cyanique assez marqué à la face, mais non aux doigts. Le malade se plaint par gestes de douleurs à la gorge. Il existe des ganglions volumineux et douloureux dans la région sous-maxillaire et de chaque côté du larynx. L'examen direct révèle un peu de tuméfaction des amygdales sans production anormale; mais la face postérieure du pharynx

et les faces latérales, autant qu'il est possible de le voir, sont tapissées entièrement par des bandes de fausses membranes. Il en existe également quelques-unes à la base de la langue, mais il n'est pas possible d'explorer plus loin. — Dans les vomissements bilieux qu'on avait eu soin de conserver nagent des flocons et des bandelettes teintés de vert, qui par le lavage prennent une couleur plus claire. — Ces lanières, dont quelques-unes mesurent 4 centimètres sur près d'un centimètre de large, sont élastiques et très résistantes; elles ont tous les caractères des fausses membranes. Le diagnostic n'était plus douteux, et quelque extraordinaire qu'il puisse paraître aux yeux du vulgaire, comme à ceux du médecin, je l'annonçai à la famille, en insistant pour éloigner de suite une jeune femme, fille du malade et actuellement nourrice d'un enfant de onze mois.

Comme prescriptions, je donnai un vomitif et des toniques sous forme d'alcool et de vin.

Le vomitif n'amena qu'une faible soulagement, et à quatre heures du matin, le malade mourait, vingt-six heures après le début.

En présence d'un cas aussi rare, deux questions se posent :

La maladie n'a-t-elle réellement débuté qu'au moment des frissons ? N'y avait-il pas déjà de la diphthérie dans l'arrière-gorge ? La chose est possible, car il est assez fréquent de rencontrer des fausses membranes des amygdales et du pharynx chez des individus qui n'accusent qu'un peu d'abattement et de lassitude.

En second lieu, la trachéotomie n'était-elle pas indiquée ?

Peut-être aurait-on dû la tenter, comme planche unique de salut ; mais on l'aurait faite dans les conditions les plus défavorables possibles, alors que le système ganglionnaire, largement tuméfié, indiquait un empoisonnement profond.

Il faut ajouter qu'il n'y a à ma connaissance aucune diphthérie, soit dans le pays, soit dans les environs.

(Lyon médical),

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE MATIÈRE MÉDICALE

HYGIÈNE. — Inconvénients de l'huile de foie de morue chez les enfants en bas âge. — Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité a soumis récemment à la sanction de l'Académie de médecine un rapport sur les inconvénients de l'huile de foie de morue administrée aux enfants du premier âge. Bien que la commission de l'hygiène de l'enfance, saisie de la question, n'ait pas encore fait connaître son appréciation, nous croyons devoir mentionner les accusations portées contre ce médicament.

Tous les médecins savent quelle influence néfaste exerce sur la santé des jeunes enfants une alimentation défectueuse, et, en particulier, la nourriture animale. Or, les matières grasses conviennent tout aussi peu à l'alimentation du nouveau né que les albuminoïdes (excepté, toutefois, la caséine qui existe normalement dans le lait et se montre parfaitement assimilable.

En effet, dans les premiers temps de la vie, les sucs propres à émulsionner les matières grasses font presque entièrement défaut. Le foie, malgré l'énorme développement qu'il présente dans cette période de la vie, ne sécrète qu'une faible quantité de bile. De plus, les recherches de Langendorf et de Zweifel ont prouvé que chez les jeunes enfants le suc pancréatique ne possède qu'un pouvoir émulsif nul ou peu marqué.

Ces considérations physiologiques font suffisamment comprendre que, loin d'être profitables à l'enfant, les matières grasses, et en particulier, l'huile de foie de morue, ne peuvent que nuire à sa santé, en compromettant gravement l'intégrité de ses fonctions digestives.

Ulcère stomacal chez les tourneurs en porcelaine. — La manœuvre du « *Tournasage* » qui consiste à promener, avec une grande rapidité, à la surface du biscuit de porcelaine, une lame tranchante, n'est pas exempte de dangers pour l'ouvrier qui en est chargé. Cette opération soulève un nuage de poussière de porcelaine, dont les débris aigus et tranchants, aspirés par l'ouvrier et mêlés à la salive, arrivent

dans l'estomac où ils déterminent des lésions analogues à celles de l'empoisonnement par le verre pilé. M. Bernutz (1) a observé plusieurs fois des troubles digestifs, des douleurs vives, des hématemèses abondantes, qui ne connaissent pas d'autre cause. Il y a, en ce moment dans son service, un jeune ouvrier en porcelaine qui présente le cortège symptomatique de l'ulcère simple de l'estomac. Ce malade dit, que des accidents semblables à ceux qu'il éprouve, se produisent souvent chez ses camarades d'atelier. D'ailleurs, dès 1861, M. Archambault a noté des troubles du même genre chez les ouvrières chargées de la vitrification des petits appareils dont on se servait à cette époque pour isoler les fils télégraphiques.

C'est un chapitre d'hygiène professionnelle à ajouter à l'histoire de l'ulcère rond de l'estomac.

THÉRAPEUTIQUE. — Traitement de la blennorrhagie. — Société de Thérapeutique (séance du 25 mai 1881). — La présentation, faite par M. Paquet, pharmacien, d'une nouvelle préparation de copahu, a été l'occasion d'une intéressante discussion sur le traitement de la blennorrhagie.

Gubler avait distingué dans le baume de copahu deux principes agissant séparément, et d'une manière différente l'*huile volatile* qui s'élimine par la respiration et par la sueur, communiquant à l'haleine une odeur accusatrice « plus redoutée de celui qui l'exhale que de ceux qui la flairent », et déterminant une irritation de la peau qui va souvent jusqu'à produire la roséole ou l'urticaire; la *résine* qui passe dans les urines et exerce son action sur la muqueuse des voies génito-urinaires. C'est donc par cette dernière que le copahu agit dans la blennorrhagie, et administrer isolément ce principe c'est éviter aux malades les inconvénients que nous venons de signaler.

Tel est le but que s'est proposé M. Paquet, en préparant les « *capsules balsamiques privées d'huile volatile* », qu'il présente à la Société de Thérapeutique.

A quelle période de la blennorrhagie convient-il de prescrire les balsamiques? La plupart des membres de la Société sont d'avis qu'on doit, au début de la chaudepisse, recourir aux antiphlogistiques et aux émollients. Il sera temps d'employer

(1) *Gaz. des Hôp.*, 18 juin 1881.

les balsamiques lorsque les douleurs auront disparu, que l'écoulement sera devenu muqueux et *filant*, M. C. Paul fait une exception pour l'extrait de cubèbe, qu'il emploie avec succès dès la période aiguë.

Ce médicament n'a donné à M. Féréol que des résultats incertains et variables, aussi prescrit-il maintenant, au commencement de la blennorrhagie, le bi-carbonate de soude, à titre d'antiphlogistique et à la dose de 4 grammes. C'est aussi la pratique à laquelle M. Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, s'est définitivement arrêté.

Traitement du chancre mou par l'acide pyrogallique. — M. Mauriac qui, l'année dernière, avait essayé dans son service l'emploi de cet agent thérapeutique, n'avait pas eu à se louer de son efficacité. MM. Lermoyez et Hitier ont été plus heureux dans les expériences dont ils exposent les résultats dans un mémoire fort intéressant publié par le *Bulletin général de thérapeutique*. Ils ont traité par l'acide pyrogallique tous les chancres mous qui se sont succédé, dans le service de M. Terrillon, à l'hôpital de Lourcine. La préparation à laquelle ils ont donné la préférence est la pommade dont voici la formule :

Amidon: 40 grammes.
Vaseline: 120 —
Acide pyrogallique: 40 —

Une seule application par jour suffit en général pour modifier l'aspect de l'ulcération et amener une cicatrisation rapide. Cette préparation qui, lorsqu'elle est fraîche, ne détermine aucune douleur locale, a sur les topiques ordinairement employés l'avantage de détruire la virulence et par suite la contagiosité du chancre mou. A partir de la seconde application l'ulcère n'est plus inoculable. Les expériences à cet égard ont été nombreuses et sont absolument probantes.

C'est en cela surtout que l'acide pyrogallique nous paraît préférable au nitrate d'argent et à l'iodoforme, car, si nous en croyons les observations publiées par les auteurs, la durée moyenne des chancres ne paraît pas avoir été diminuée.

De la valeur ténifuge de l'écorce de mûrier. — M. le Dr Bérenger-Féraud (1), dont on connaît les recherches

(1) *Bull. gén. de Thérapeutique*.

sur l'action anthelminthique de la *pelletière* (principe actif de l'écorce de grenadier) vient d'instituer des expériences nouvelles dans le but de reconnaître la valeur thérapeutique de l'écorce de mûrier, dont la réputation comme ténifuge est établie depuis des siècles.

Ses essais ont porté alternativement sur le mûrier blanc et le mûrier noir. Il s'est placé dans des conditions tout à fait semblables à celles de ses expériences sur la *pelletière*. Tantôt le malade avait été préalablement soumis au régime lacté, tantôt un purgatif huileux drastique ou salin avait été administré. Les doses ont varié de 16 à 300 grammes, et malgré cette énorme dose de 300 grammes, jamais l'auteur n'a observé d'action ténifuge. Ces essais ont été répétés 12 fois, sur des malades différents, avec une écorce fraîche provenant d'un arbre jeune et vigoureux. Toujours mêmes résultats négatifs. C'est donc un nom à retrancher du catalogue si chargé des médicaments dits anthelminthiques.

De la respiration artificielle dans l'empoisonnement par l'opium (1). — On se rappelle une intéressante observation, lue récemment à l'Académie de médecine au nom de MM. Nicolas et Demouy. Il s'agissait d'un enfant de six semaines, empoisonné par le laudanum, et guéri par la respiration artificielle. Le Dr A. Mignon a été témoin d'un fait semblable chez un enfant de six mois auquel on avait administré, au lieu de sirop de chicorée, une préparation opiacée. Malgré les divers moyens employés pour ranimer le petit malade (café, sulfate de quinine, frictions, flagellations, etc.), son état allait s'aggravant, si bien que la respiration s'arrêta. On fit alors la respiration artificielle par le procédé de Sylvester et on dut la continuer pendant 16 heures sans aucune interruption; aussitôt qu'on suspendait la respiration artificielle, la vie semblait abandonner le petit malade. Ces longs efforts furent couronnés de succès et la guérison complète.

F. LEPRÉVOST,
Interne des hôpitaux.

Formulaire.

Traitement médical des hémorroïdes: (Rev. de Thérapeut.)

1° Entretenir la liberté du ventre;

(1) *Bull. gén. de Thérapeutique.*

1° Laver avec de l'eau froide ou chaude la région anale, après chaque évacuation alvine, puis appliquer la préparation suivante :

Vaseline	30 grammes.
Iodoforme porphyr.	4 »
Poudre d'opium.	0.75 centigr.

M. A.

F. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 12 juillet.

Présidence de M. E. LEGUEST.

Séance courte et d'un intérêt rétrospectif.

M. Hervieux, directeur du service de la vaccine, communique le rapport annuel et prend de là occasion pour recommander vivement au Ministre la vaccination animale.

Le rapporteur fait l'histoire des essais et des luttes qui ont précédé le triomphe de la méthode qu'il préconise. Les essais datent du commencement du siècle. C'est seulement depuis une vingtaine d'années et après la grande discussion qui s'engagea devant l'Académie que la vaccination animale conquiert son droit de cité dans la prophylaxie. La commission académique se livra à des expériences qui lui parurent favorables à l'inoculation pratiquée à l'aide du cowpox. M. Depaul, rapporteur, présenta des conclusions dans ce sens. M. Jules Guérin, membre de la Commission, et qui, en cette qualité, avait signé le rapport, demanda à présenter des observations sur le travail de M. Depaul. Des circonstances indépendantes de la volonté de M. Jules Guérin, tièrent les conclusions en suspens pendant deux années environ.

Alors s'engagea un débat, qui dura plusieurs mois. M. J. Guérin apporta à la tribune académique des faits qui lui avaient été fournis par une grande partie du corps médical de Paris. Il soutenait que la vaccine animale n'avait pas fourni les preuves qu'on devait attendre d'une méthode produite avec des prétentions à la suprématie. Devant le sentiment non dou-

teurs de la Compagnie, M. Jules Guérin releva les conclusions, dans sa pensée, plus libérales et plus en accord avec les faits démontrés scientifiquement, qu'il voulait substituer à celles du rapport. Celles-ci furent donc adoptées.

M. Hervieux se préoccupe moins de rappeler ces incidents que de signaler les progrès, en divers pays, de la vaccine animale. Il suit avec complaisance ces progrès en Belgique, en Hollande, en Allemagne, en Suisse, en Russie, aux Indes, aux Etats-Unis. La conséquence à tirer de cet état de choses, c'est qu'une pratique aussi universellement appréciée, ne saurait être qu'excellente.

M. Hervieux insiste d'ailleurs sur deux points : la proportion triomphante des succès obtenus dans les vaccinations et les revaccinations, et la parfaite innocuité du vaccin de génisse. Ce vaccin a peut-être le désavantage de pouvoir être conservé moins longtemps et transporté moins loin ; mais il a l'avantage d'être plus facile à obtenir (il ne manque pas, en effet, de parents qui se refusent à laisser charger les lancettes sur les bras de leurs enfants), et, en outre, de ne pas exposer les inoculés à contracter des maladies terribles telles que la syphilis.

En dernière analyse, considérant l'efficacité et l'innocuité du vaccin animal, eu égard aux difficultés qu'il offre pour la propagation et la sécurité qu'il présente, le rapporteur demande au ministre de créer dans les départements, à portée des médecins civils et militaires, qui réclament depuis longtemps ce bienfait, des foyers de vaccination animale.

M. Jules Guérin dit que l'Académie vient d'entendre, en faveur de la vaccination animale, un véritable plaidoyer. La science vraie répugne aux plaidoyers.

Depuis la discussion dont il a été fait mention, les opinions de M. Guérin se sont encore fortifiées, d'abord par l'étude attentive des essais qui ont été tentés, ensuite par l'absence de démonstration promise et vainement attendue. La vaccination animale est restée, ce qu'elle était, il y a vingt ans, une pratique suspecte et plutôt de nature à discréditer qu'à recommander la vaccine.

On vante l'abondance et la beauté des pustules qu'elle produit ; il faudrait avant tout être en mesure d'apprécier la valeur du phénomène invoqué ; cette valeur est problématique au point de vue de l'immunité et des effets physiologiques du virus. Il eût été plus utile d'expliquer l'opposition qui partout s'est manifestée contre la méthode ; opposition qui n'a pas cessé, en

dépit des triomphes qu'on enregistre avec trop de complaisance. Il eût fallu ensuite réduire à néant les statistiques que M. Jules Guérin n'entend pas défendre, mais qui accusent l'inefficacité des revaccinations à l'aide du virus animal, et l'opinion, émise chaque jour avec plus d'énergie, et suivant laquelle, les épidémies de variole auraient suivi une marche ascendante parallèle au développement de la vaccination animale.

M. Jules Guérin adjure l'Académie de ne pas faire œuvre de parti pris, d'examiner avec maturité la grave question qui se pose de nouveau devant elle. Aux yeux de M. Guérin, le problème est resté au point où l'a laissé la discussion de 1867. Rien ne s'est manifesté de nature à détruire les scrupules ou la suspicion dont il s'est fait alors l'écho. Il faut craindre de préconiser un moyen, qui, sous prétexte de favoriser le développement de la vaccine, peut lui susciter de graves obstacles.

M. Hervieux proteste contre la qualification de plaider : son rapport se borne à la constatation des faits ; il évite les interprétations ; il ne donne pas la supériorité au vaccin animal ; il le considère comme un précieux auxiliaire pour le vaccin humain ; il montre qu'il a autant d'efficacité et plus d'innocuité.

M. Depaul et M. Jules Guérin échangent quelques observations, relatives à l'histoire de la discussion académique. Nous en avons donné le sens au commencement de cet article.

L'Académie entend en comité secret les propositions de récompense pour les personnes qui se sont vouées à la propagation de la vaccine.

Société de chirurgie.

Séance du 13 juillet 1881.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

M. Nicaise présente un crochet élongateur disposé de telle façon qu'un nerf volumineux puisse être facilement saisi et tiré, mais essentiellement différent de l'élongateur Gillette. Ce dernier, en effet, possède un dynamomètre.

M. Després revenant sur le cas de la malade qu'il a présentée à la dernière séance, expose ses théories sur les récidives dans les cancers du sein. Il les retarde, dit-il, en enlevant largement la tumeur, et en évitant la réunion immédiate.

Discussion sur ce second point à laquelle prennent successivement part le professeur Le Fort qui fait la réunion immé-

diète pour éviter tout travail irritatif dans un organe trop prêt à subir l'inflammation spéciale qui caractérise le cancer.

M. Lucas-Championnière pour lequel le pansement de Lister constitue le grand progrès au point de vue de la réunion qu'il permet d'obtenir si facilement. — **MM. M. Sée, Delens et Gillette.**

M. Després est loin d'être d'accord avec tous les membres de la Société de chirurgie quand il regarde l'adéno-sarcome comme plus grave que le squirrhe du sein.

Vous vous appuyez surtout, dit-il, sur la structure histologique de la tumeur, mais le clinicien ne doit pas admettre sans critique les conclusions du micrographe.

A Paris seulement nous avons cinq écoles d'histologie : l'école du collège de France, l'école de M. Robin, celle du laboratoire de Clamart, enfin les écoles de M. Cornil et de la Charité. Envoyez un morceau de la même tumeur à cinq représentants de ces différents enseignements et vous ne recevrez certainement pas deux appréciations qui se ressemblent.

Servons-nous donc du microscope mais gardons d'en devenir les esclaves.

M. Chauvel fait une communication sur l'amaurose par traumatisme du crâne. Elle est, conclut-il, multiple comme nature, multiple également comme manifestation symptomatique.

M. Le Fort remet à la Société une note très complète de M. le professeur Regnault sur le liquide d'un ganglion du petit doigt, soigné et guéri à l'hôpital Beaujon. La masse gélatineuse constituée par ce liquide est d'après M. Regnault de la mucine absolument pure.

Communication de **M. Terrillon** sur une forme d'otite scléreuse particulièrement décrite par Moos d'Heidelberg. On observerait cette affection chez les employés du chemin de fer, et elle pourrait devenir dans certains cas, comme le daltonisme, très dangereuse au point de vue des signaux.

M. M. Perrier qui soigne les employés de la ligne du Nord n'a rien remarqué de particulier chez eux à ce point de vue. Non plus **M. Tillaux** qui cependant voit bien souvent à Beaujon des employés de l'Ouest. D'ailleurs ses idées particulières sur l'otite scléreuse qui ne se développerait que chez les sujets congénitalement prédisposés, sont difficiles à accorder avec les opinions de Moos.

M. Giraud-Teulon approuve la comparaison établie par M. Terrillon entre cette otite scléreuse et le daltonisme. Si le

daltonisme, dit-il, est ordinairement congénital, il est aussi quelquefois acquis, auquel cas il peut se manifester tout à coup et déterminer des accidents d'autant plus graves que le sujet ne se sait pas malade.

M. Nicaise communique à la Société deux cas de tumeur solide de l'ovaire. L'une des malades a pu être opérée et guérie, la tumeur était constituée par un myôme.

MM. Polaillon et **Perrier** ont observé plusieurs fois des tumeurs analogues.

Gillette rapporte le fait d'un kyste huileux de la région auriculo-mastoïdienne du volume d'un œuf de poule, probablement congénital et guéri par une simple ponction.

L'histoire de ces kystes n'est pas encore faite, dit-il, **MM. Ledentu, Perrin, Malherbe** (de Nantes) en ont vu et communiqué des faits isolés. Il est bon de les imiter afin d'en permettre l'étude d'ensemble lorsque les observations seront suffisamment nombreuses.

M. Polaillon présente un malade, **M. Tumorat**, qui, ferblantier, s'est fabriqué lui-même un bras artificiel en fer-blanc très léger et disposé de façon telle que le malade peut s'en servir pour boire, manger et même faire des armes.

M. Le Fort. — Cet homme a trouvé seul le tirage du dos de l'appareil Petersen. Mais son bras est meilleur que celui de Petersen, car il possède en plus un engrenage qui permet de le fixer dans toutes les positions et un mouvement de rotation très heureux.

Il serait donc bon d'en faire la photographie et de conserver ce modèle.

M. Perrier présente un malade auquel il a enlevé une tumeur du corps thyroïde.

M. Tillaux qui assistait à l'opération considère les incisions longitudinales comme inférieures à celles qu'il a l'habitude de pratiquer. On sait que le chirurgien de Beaujon mène une ligne horizontale au niveau de la partie inférieure de la tumeur et abaisse sur les deux extrémités de cette ligne, ses incisions parallèles au bord antérieur du sterno-mastoïdien, constituant ainsi un couvercle qu'il relève pour pratiquer l'extirpation des parties malades.

Société médicale des Hôpitaux

Séance du 8 juillet 1884,

Présidence de M. BLACHEZ.

Après lecture du procès-verbal de la précédente séance par M. Duguet, secrétaire, le président se lève et en quelques mots émus, rend un dernier hommage à **Maurice Reynaud** qui était un des membres les plus actifs de la Société. Il déplore la perte de cet homme, au génie particulier, qui ne laisse que des amis. Il donne ensuite la parole à M. Besnier pour la lecture du discours prononcé par M. Féréol, le jour de l'inhumation.

M. Martineau. — J'offre à la Société le travail d'un de mes élèves, M. Jules Foulquier, sur la *syphilis du col de l'utérus*. . . L'auteur décrit dans cet opuscule les syphilides papuleuses, érosives et ulcéreuses du col, que nous avons souvent l'occasion d'observer à l'hôpital de Lourcine. Elles sont d'ailleurs déjà connues depuis longtemps : MM. Bernutz et Fournier entre autres ont attiré l'attention sur elles.

Elles sont fréquentes; elles le seraient plus que celles du vagin pour M. Fournier; quant à moi, d'après ma pratique personnelle, je les considère comme aussi fréquentes l'une que l'autre. Le diagnostic en est facile quand on les recherche, car elles ont besoin d'être recherchées. La femme, en effet, les ignore, le plus souvent aussi deviennent-elles une cause facile de contagion.

M. Besnier à propos de la communication faite par M. Martineau dans la dernière séance sur le peptone ammoniacale mercurique a été frappé de l'absence de salivation signalée par le médecin de Lourcine, et cela même après l'administration de 7 milligrammes de mercure soluble. La salivation arrive pourtant facilement après toute médication mercurielle; aussi a-t-il des doutes sur l'absorption réelle du mercure par cette méthode et se demande s'il est éliminé autrement que par la salive, par l'urine, par exemple.

De plus, cette méthode doit-elle être employée à l'exclusion de toute autre, ou réservée pour certains cas particuliers? Comment concilier les injections quotidiennes avec la pratique en ville; car il est évident que ces injections ne peuvent être faites que par le médecin? De plus, cette méthode est-elle la meilleure connue? Il ne faut pas oublier que toute injection

hypodermique comporte ses dangers puisqu'on en a vu, dans les hôpitaux, être suivies de mort subite, qui peut être déterminée par une absorption trop brusque du médicament. Le mercure, entre autres, semble demander à être absorbé lentement.

Dans tous les cas il semble bon à M. Besnier, d'insister sur la façon dont on doit faire l'injection. Il faut avoir la précaution d'introduire d'abord très profondément l'aiguille séparée de la seringue. Si on a soin de dépasser le plus possible la face profonde du derme on n'a jamais d'accidents. Malheureusement ce n'est pas ainsi qu'agissent la majorité des médecins. En introduisant l'aiguille isolément, l'issue de gouttelettes de sang avertit si l'on est entré dans un conduit vasculaire. Le mieux est de pousser l'injection dans les interstices cellulaires des masses musculaires; l'opération est alors aussi peu douloureuse que possible.

M. Dujardin-Beaumetz est entièrement de l'avis de M. Besnier sur le *modus faciendi*. Cependant en procédant de la sorte il n'en observe pas moins des noyaux d'induration durant de un à trois jours. Il pense d'un autre côté que le mélange employé par M. Martineau est un peu fort, puisqu'il contient un quart de substance active. Il n'est pas non plus partisan des injections tous les jours, et ne les veut que deux ou trois fois par semaine. Quant à la salivation, il l'a vue apparaître presque infailliblement après trois injections. Il ne pense pas qu'on doive employer la méthode en question dans toute la pratique hospitalière; mais il est certains cas où on pourrait dire qu'elle s'impose: par exemple quand on a affaire à des soldats qu'il faut guérir malgré eux et qui jettent invariablement toutes les potions dans leur vase de nuit, ou bien encore à la prison de Saint-Lazare. On peut y ajouter les cas de syphilides graves, car on a vu alors certaines de celles-ci disparaître rapidement avec deux ou trois injections tous les huit jours.

Dans tous les cas, c'est une pratique qui ne manque pas d'être douloureuse, même quand l'injection est faite profondément. On a conseillé récemment une autre préparation mercurielle, une sorte d'amalgame dont on injecte une goutte sous la peau. Il en résulte une induration qui dure des mois ce qui suffit pour faire rejeter le procédé.

M. Martineau répond qu'il ne s'est pas aventuré à la légère en présentant à la Société son système. Il avait alors

pratiqué 700 injections et aujourd'hui il en a fait plus de 1,300. Ces injections ont été faites tous les jours après tâtonnements et actuellement il injecte 6 milligrammes de substance active à la fois, se proposant d'aller à 7, 8 milligrammes et plus, pour savoir à quel moment commence la salivation.

M. Martineau répond à M. Besnier que le mercure est parfaitement absorbé puisqu'il a une action des plus manifestes sur la maladie et que de plus le pharmacien du service constate sa présence indiscutable dans les urines des malades soumis au traitement; pourvu toutefois, que la dose administrée ait dépassé 2 ou 3 milligrammes. Donc le mercure est absorbé. Eh bien, sur ces 1,300 injections on n'a pas vu une seule fois survenir de salivation.

Quant à savoir si l'action du médicament est plus rapide administré par cette voie, M. Martineau n'hésite pas à répondre oui. Il a vu des syphilis graves, survenant chez des scrofuleux, des femmes grosses, etc., disparaître promptement avec 6 milligrammes du mélange. Il est d'avis que le médecin seul peut et doit faire ces injections à cause du *modus faciendi* pour lequel il partage entièrement l'avis de M. Besnier. Les aiguilles qui ne sont plus suffisamment acérées dilacèrent les tissus et déterminent des nodus; en prenant les précautions recommandées il n'a jamais eu, sur ses 1,300 cas, ni phlegmon, ni suppuration.

D'un autre côté, M. Martineau répond à M. Beaumetz, que les injections doivent être faites tous les jours et que s'il préconise le mélange que l'on connaît, c'est parce qu'il n'avait pas lieu d'être satisfait de ceux employés jusqu'à ce jour. Sa solution n'est pas trop forte, puisqu'il est arrivé, aujourd'hui, en prenant les précautions susdites, à injecter une solution qui contient 8 milligrammes de médicament actif par centimètre cube sans avoir ni douleurs, ni accidents sous-cutanés.

Le médecin de Lourcine répond à une interrogation de M. Laboulbène qu'il fait ordinairement ses injections dans le dos et qu'il a des malades qui, après en avoir eu trente ou quarante depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la crête iliaque n'ont présenté que très rarement des nodus et jamais ni abcès, ni phlegmon, ni eschare, ni salivation.

M. Besnier tenait à ces affirmations sur un sujet qu'il considère comme très important, car, à l'hôpital Saint-Louis, il arrive que l'on a affaire à des malades réfractaires au traitement habituel. Il existe, en effet, certaines formes de syphilis

secondaire et tertiaire graves dans lesquelles cette méthode pourrait rendre de grands services. De plus, on pourrait peut-être changer ainsi la voie d'introduction d'un grand nombre de médicaments dont on attendrait une action plus prompte et plus énergique.

M. Blachez se propose de conseiller la méthode de M. Martineau à un jeune homme de sa clientèle qui est affecté d'une syphilis grave comme il n'en a jamais vu et qui ne peut supporter aucune des préparations mercurielles ordinaires. Ce sera rendre un immense service à ce pauvre malade, qui a été couturé par la vérole de façon à ne plus avoir presque figure humaine.

M. Martineau se propose de tenir la Société au courant de sa statistique et a pleine confiance dans son procédé bien qu'il ne veuille pas encore affirmer catégoriquement la plus grande promptitude de la guérison.

La séance est levée à 5 heures 10.

F.-A. HUE.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

DES TUBERCULES DE LA MAMELLE,

Thèse de Paris par DUBAR, ancien interne des hôpitaux (1881).

Les tubercules de la mamelle, ainsi que M. Ledentu le fait remarquer, ont toujours été jusqu'à ce jour plutôt soupçonnés que démontrés. On en trouve dans la plupart des ouvrages de pathologie anciens des descriptions, mais celles-ci vagues et confuses. Les connaissances incomplètes d'anatomie pathologique et d'histologie de l'époque jettent sur la nature des produits pathologiques étudiés un caractère d'incertitude inévitable. Astley Cooper et Velpeau parlent bien l'un et l'autre avec assez d'exactitude de ce que le premier désigne du nom de *tumeur scrophuleuse* de la mamelle, de ce que le second appelle tantôt *abcès tuberculeux* tantôt *tubercules proprement dits* du sein. Mais aux faits rapportés manque toujours cette consécration que seul peut donner le microscope.

Nélaton, dans sa thèse d'agrégation en 1839, fait mention de

tumeurs du sein tuberculeuses qu'il aurait vu opérer par le professeur Gerdy. Le manque de détails empêche toute discussion.

Bérard, en 1842, à son concours de professorat, signale quelques exemples de tuberculisation mammaire, tout aussi obscurs quant à la nature de la néoplasie que ceux relatés par Nélaton.

Depuis, en France, ou bien on a passé sous silence dans les traités les chapitres relatifs aux tubercules de la mamelle, ou bien on a répété les quelques pages que Velpeau y avait consacrées. C'est au point que MM. Cornil et Ranvier ont pu dire dans leur Manuel d'histologie pathologique : « On ne connaît pas d'exemple de tubercules de la mamelle. »

Dans la littérature étrangère c'est le même silence ou les mêmes mentions dubitatives. Holmez, Coley, Virchow et Billroth s'accordent à reconnaître que tous les cas de tuberculose mammaire publiés ne doivent être acceptés qu'avec les plus grandes réserves.

Et pourquoi cependant cette immunité incompréhensible des glandes mammaires? Le tissu conjonctif s'y montre en abondance et l'on sait que c'est un des lieux de prédilection du tubercule. Les relations physiologiques et pathologiques qui relient ces glandes chez la femme aux organes génitaux semblent encore être une prédisposition à l'éclosion du tubercule au milieu de leur parenchyme. C'est qu'en effet ce singulier privilège qu'on tendait à leur accorder n'existe pas.

Deux observations absolument probantes, l'une provenant du service de M. Ledentu, l'autre du service de M. Gosselin ont servi à M. Dubar pour établir cette vérité.

Après avoir consciencieusement exposé tout l'historique de la question, M. Dubar précise les lésions qui, selon lui et d'après les anatomo-pathologiques les plus autorisés, doivent seules caractériser le tubercule.

Il rejette et la cellule géante de Schüppel et même le follicule tuberculeux comme pathognomoniques.

Il faut d'autres caractères :

1° *La disposition nodulaire des éléments, qu'elle se traduise par des granulations visibles à l'œil nu ou seulement reconnaissables au microscope;*

2° *L'évolution du processus vers la caséification. Elle doit être d'autant plus accusée qu'on se rapproche davantage*

de la masse morbide. Elle doit procéder dans les nodules du centre vers la périphérie.

3° *L'oblitération rapide des capillaires et les lésions d'endarterite au voisinage des produits pathologiques.*

Les autres caractères tels que structure folliculeuse, existence de cellules géantes n'ont qu'une importance secondaire.

Enfin l'existence de granulations tuberculeuses en d'autres organes ne peut fournir que des présomptions assez vaines.

De cela bien connu, M. Dubar examine l'anatomie pathologique telle qu'elle ressort des observations qu'il a rassemblées et des descriptions classiques.

Il existe dans la mamelle deux variétés d'altérations tuberculeuses : A. *noyaux tuberculeux isolés* ; B. *noyaux tuberculeux adjacents, confluents*.

Dans la première forme peu d'augmentation de volume de la mamelle. Celle-ci contient dans son épaisseur quelques noyaux distincts, jaunâtres ou jaune-grisâtre, des dimensions d'une amande approximativement. Le tissu de la mamelle qui les entoure a gardé sa consistance et sa coloration.

Ces noyaux, enkystés dans une coque fibreuse adventice, subiront lentement la dégénérescence caséuse du centre à la périphérie.

Dans la seconde forme, celle qui a été réalisée dans les deux observations de M. Ledentu et Gosselin, le parenchyme mammaire fatalement tuméfié, induré, largement bosselé, contient des cavités à surface interne molle, tomenteuse, à parois dures infiltrées de nodules gris demi-transparentes.

Dans les deux cavités on trouve les ganglions axillaires indurés et suppurés.

Les tubercules peuvent exister dans les deux mamelles, ce n'est pas la règle.

Voilà pour les altérations macroscopiques. Histologiquement, M. Dubar a trouvé que les granulations étaient surtout répandues dans le tissu conjonctif interlobulaire. Cependant les altérations des lobules sont si nombreuses qu'elles constituent une des lésions les plus importantes dans l'histoire des tubercules de la mamelle. Le rapport des éléments embryonnaires de néoformation avec les acini sont d'ailleurs des plus variables. De son côté l'élément glandulaire des lobules, sous l'influence de la prolifération embryonnaire, s'est développé dans des proportions considérables.

M. Dubar a pu constater au milieu de ces recherches, que

les cellules géantes rencontrées dans les produits tuberculeux, pas plus dans la mamelle que dans beaucoup d'autres organes, ne sont des éléments de nouvelle formation. Elles sont dans la mamelle soit des parois d'acini dégénérés, soit des sections des culs-de-sac glandulaires.

Enfin, les artères et les veines présentent des lésions inflammatoires de la tunique interne qu'on peut rapprocher des endartérites des méninges chez les sujets morts de méningite tuberculeuse.

La tuberculisation de la mamelle peut se diviser en quatre périodes successives : prolifération embryonnaire, dégénérescence vitreuse, puis caséuse et enfin ramollissement.

Dans les noyaux tuberculeux disséminés la zone embryonnaire périphérique au lieu de dégénérer aboutit à la formation d'un tissu fibreux très dense qui enkyste les zones en dégénération.

Toujours le début est insidieux. Un des premiers phénomènes, intérieur même au moment où la malade s'aperçoit de la présence d'indurations dans le sein, est l'engorgement des ganglions sous le bord inférieur du grand pectoral. Ces ganglions suppurent rapidement et restent fistuleux.

Lorsque le chirurgien, ou bien à cause des douleurs ou bien à cause de la tuméfaction anormale de la mamelle, est appelé à faire l'examen de la région, il constate, s'il est en face de *la forme disséminée*, que la mamelle peu volumineuse, mobile sur le plan profond, contient dans son épaisseur des noyaux isolés, non pas lisses à leur surface, mais hérissés de petites granulations, à consistance ferme, causant peu de douleur. La terminaison est mal connue. S'agit-il de *la forme confluyente*, beaucoup moins ignorée ? Les douleurs et la réaction inflammatoire peuvent être très vives ; le sein est augmenté de volume, mais le gonflement n'est pas également réparti. Dans la zone la plus tuméfiée, on circonscrit une tumeur de forme ovoïde à surface mamelonnée assez manifestement fluctuante.

La peau de la région est normale et glisse sur la face antérieure de la glande.

La ponction évacuera un liquide purulent chargé de grumeaux caséux. Fréquemment l'incision de la tumeur, une fois faite, reste fistuleuse sous forme d'un orifice à bords indurés.

A une période un peu avancée, cette région a une physiologie toute spéciale. Sur une partie du sein, volumineuse dans son ensemble, existe une bosselure criblée d'orifices fistuleux.

Sur la paroi antérieure de l'aisselle on voit également des orifices fistuleux au centre de tuméfactions circonscrites. Tout à l'entour la peau est rougeâtre et violacée.

La marche de la maladie est très lente.

Le plus souvent on rencontre en même temps d'autres manifestations de la diathèse, particulièrement vers les organes thoraciques.

Dans un dernier chapitre le diagnostic des tubercules de la mamelle est discuté. M. Dubar les différencie des *indurations inflammatoires chroniques*, suites de mammites aiguës, des *fibromes* plus mobiles et sans retentissement ganglionnaire, enfin des *tumeurs lymphatiques* décrites par Coly, bien distinctes et par leur forme et par leur marche.

Les galactocèles, les lipômes, les adénoïdes de Velpeau ne prêteraient guère à confusion.

Enfin le cancer apparaît à une époque plus avancée de la vie.

Les données histologiques, la persistance indéfinie des fistules et les autres manifestations de la diathèse tuberculeuse permettent presque toujours de formuler un diagnostic précis.

Cette thèse de M. Dubar, fort remarquablement traitée d'un bout à l'autre, terminée par les deux observations qui ont servi de base à son travail, doit compter parmi les plus instructives et devra dans l'avenir être consultée de tous ceux qui voudront connaître les maladies de la mamelle.

NOUVELLES

— DES DANGERS DES MANIPULATIONS ET DES OPÉRATIONS UTÉRINES LES PLUS SIMPLES. — Dans son mémoire par rapport à ce sujet, Engelmann arrive aux conclusions suivantes :

1° Les manipulations utérines nécessitent la plus grande prudence, surtout à un premier examen : même l'organe le plus accoutumé à ces manœuvres peut avoir une sorte de *boutade* sous l'influence de conditions ignorées et s'irriter de l'intervention la plus banale.

2° Aucune manipulation, aucune opération n'est exempte de danger ; et avant d'en entreprendre une, il faut se garder contre certaines conditions physiologiques ou morbides ; la menstruation, la grossesse et l'involution d'un côté ; les suites de la cellulite et de la péritonite de l'autre et, par-dessus tout, des affections aiguës.

On a pu, sans accident, omettre quelquefois ces précautions, mais de temps en temps, l'imprudent se trouve puni.

3° Pendant les opérations, nous devons tenir compte :

a). De la condition sanitaire de la ville. L'existence d'une épidémie, surtout de la fièvre puerpérale, d'érysipèle ou de la diphthérie, contre-indique

absolument une opération ; il semble que le printemps soit la saison la plus dangereuse.

b). Observer une propreté irréprochable, sinon le *listérisme* dans sa pureté, autant qu'il se peut.

4° Après les opérations, même les plus simples, l'opéré doit rester un temps suffisant dans son lit. Le médecin doit imposer cette règle, toute ridicule qu'elle paraisse, à une malade qui n'a ni douleur ni malaise quelconque.

— M. Marchant (Gérard), directeur de l'asile d'aliénés de Toulouse, est mort mardi matin, 21 juin, des suites d'un coup de pistolet tiré sur lui dimanche par un aliéné de son service. M. Marchant était professeur de médecine légale à l'École secondaire de Toulouse, médecin en chef de l'asile d'aliénés, président de l'association locale du département et chevalier de la Légion d'honneur.

— CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Brest, de Rochefort et de Toulon à partir du 1^{er} septembre 1881, dans le but de pourvoir à 14 emplois d'aide-médecin et à deux emplois d'aide-pharmacien.

Le registre d'inscription sera clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

— Une place d'interne en médecine est vacante à la maison nationale de Charenton. Les élèves en médecine doivent avoir toutes leurs inscriptions et un examen de doctorat, avoir été attachés un an, en qualité d'internes, à un service d'aliénés ou d'élèves externes dans les hôpitaux de Paris.

On adresse la demande au ministre de l'intérieur avec certificats d'aptitude à l'appui.

— UNE ÉPIDÉMIE D'HERPÈS CIRCINÉ mettait en émoi, depuis quelques jours, les habitants de la commune de Castelginest, dans les environs de Toulouse.

M. le Dr Ripoll, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Toulouse, fut chargé par M. Merlin, préfet de la Haute-Garonne, de se rendre à Castelginest et de procéder à une enquête.

Il se mit sans retard en rapport avec l'administration municipale et avec M. le Dr Bernard, médecin cantonal, et ne tarda pas à acquérir la certitude qu'il ne s'agissait ni de lèpre ni de toute autre affection épidémique grave. Il y a eu tout simplement transmission d'une maladie de peau contagieuse.

Cette maladie a nom l'herpès circiné. De même que la gale se transmet par un animalcule, l'herpès se communique à l'aide d'un champignon de nature et d'espèce particulières.

C'est une affection purement locale, d'une guérison facile, et qui, dans aucun cas, ne peut compromettre la santé publique.

Le premier cas de contagion s'est produit à la suite d'une barbe faite avec un rasoir qui venait de servir à un militaire atteint du mal en question et récemment arrivé dans le pays.

Il y eut, à propos de cette arrivée, des accolades, des poignées de mains.

Depuis ce moment, aucun fait nouveau de contagion ne s'est produit, et les premiers atteints, y compris celui qui a été la cause de la propagation du mal, sont déjà complètement guéris.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

Dr ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

23 Juillet 1881



APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE

MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

1^{re} PHYSIOLOGIE. — De la circulation veineuse par influence. Note de M. OZANAM, présentée à l'Institut. —

« Le 11 juin 1877, j'adressais à l'Académie un paquet cacheté, destiné à prendre date pour la découverte de la circulation par influence; aujourd'hui les travaux du D^r Franck ayant attiré l'attention sur ce nouveau mode de circulation veineuse, je viens résumer devant l'Académie mes expériences à ce sujet.

» Parmi les causes multiples qui tendent à faire progresser le sang dans les veines, il en est une dont l'importance me paraît considérable et qui n'a pas encore été signalée par les anatomistes : c'est l'influence qu'exerce sur toute veine satellite l'artère qui lui est conjuguée, d'où le nom de *circulation par influence* que je donne à ce phénomène remarquable.

» La plupart des grosses veines sont, en effet, unies aux artères correspondantes par un tissu connectif serré; souvent elles sont renfermées dans une gaine celluleuse commune.

» Les parois veineuses doivent donc forcément ressentir le contre-coup des mouvements artériels, et c'est bien là ce qui arrive réellement.

» *Démonstration de la circulation par influence au moyen du sphymographe.* — Voici comment j'ai été mis sur la voie de cet intéressant phénomène.

» J'explorais avec mon sphymographe à ampoule de mercure le tracé de l'artère crurale au niveau de l'arcade pubienne, sur un sujet fort maigre : je remarquai que la pulsation s'y prononçait en creux au lieu d'être en relief, comme cela a toujours lieu pour les artères. Je restai longtemps avant de

Juliet, T. II, 1881.

10

comprendre cette exception, l'attribuant à une imperfection de l'appareil.

» Mais, ayant vu le phénomène se reproduire à diverses reprises, et remarquant qu'il était surtout marqué lorsque l'instrument glissait et s'appliquait au côté interne de l'artère, je compris qu'il s'agissait là d'un phénomène veineux.

» Je disposai alors deux ampoules sur le même sphygmographe, et, appliquant l'un sur l'artère, l'autre à côté du premier, mais en dedans, sur la veine, je vis alterner au même moment les deux ondulations artérielle et veineuse, s'opérant en sens inverse, car tout ce qui était relief dans la systole artérielle apparaissait en creux dans le mouvement veineux correspondant, et toute dépression diastolique artérielle donnait lieu à une ondulation veineuse. Mais était-ce là une impulsion liée à la circulation du sang ou un simple mouvement de propagation des battements artériels aux tissus environnants.

» Préoccupé de cette question, j'appliquai l'instrument en dehors de l'artère crurale, et je vis qu'en effet ces mouvements de succion y existaient aussi et que naturellement ils devaient s'exercer sur tous les tissus environnant le cylindre artériel; mais ils étaient beaucoup moins accentués du côté externe, rempli du tissu conjonctif, que du côté interne, occupé par la veine, et cela se comprenait facilement, puisque le liquide remplissant la veine pouvait librement fuir devant l'obstacle et revenir quand le vide s'opérait.

» Du reste, l'aspiration et la compression alternatives des tissus d'alentour, bien loin d'être une objection à notre manière de voir, ne fait que la confirmer car ces tissus sont remplis de capillaires veineux et lymphatiques, qui éprouvent dès lors la même influence bienfaisante de la part des artères que les gros vaisseaux veineux.

» Mais le phénomène était-il général? étais-je en présence d'une loi de la circulation ou d'un cas exceptionnel? J'expérimentai dès lors sur la plupart des artères explorables, et je trouvai chez toutes, depuis les plus grosses jusqu'aux plus petites, l'expression fidèle du phénomène observé.

» La *veine cave inférieure* reproduisit le tracé inverse de l'*aorte abdominale*, la *crurale*, la *sous-clavière*, celle des artères correspondantes, et, parmi les petites veines, la *pédieuse* donna le schéma le plus remarquable.

» Si l'on considère en outre que le cœur comprime et vide à chaque battement les veines situées dans son tissu, que les

artères vertébrales battent au milieu de la gaine presque complète que leur forment les veines correspondantes, que les artères du cordon s'enroulent autour de leur veine et la compriment dans tous les sens, on pourra se faire une idée de l'importance et de la généralité du phénomène que j'ai voulu décrire sous le nom de *loi de la circulation par influence*. »

2° PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — Sur le siège de l'épilepsie corticale et des hallucinations. Note de M. J. PASTERNAZKY, présentée par M. Vulpian à l'Institut. — « Le but des expériences qui font l'objet de cette Note est de rechercher : 1° si l'épilepsie corticale dépend réellement de lésions de certaines parties de l'écorce grise du cerveau, et 2° s'il est possible d'indiquer le siège ou l'origine des hallucinations dans le cerveau.

» Quant à l'épilepsie corticale, on sait que M. Hitzig, et après lui beaucoup d'autres expérimentateurs, ont démontré que l'excitation électrique de la zone dite *psychomotrice* du cerveau produit chez les animaux (singe, chien, chat, lapin, renard) des attaques épileptiformes. Après avoir répété ces expériences, j'ai acquis la conviction que, chez les chiens, la zone psychomotrice est plus excitable que chez les autres animaux : chez un chien (bouledogue) j'ai pu produire l'attaque épileptiforme avec un courant faradique très faible (distance des bobines = 250^{mm}). Ces recherches prouvent l'existence de l'épilepsie corticale constatée par la clinique et l'anatomie pathologique.

« Quant aux hallucinations, M. Magnan, en 1874, a démontré que l'injection d'essence d'absinthe dans l'estomac (5^{gr}) ou dans les veines (0^{gr}, 10-0^{gr}, 20) du chien produit au bout de trois minutes une attaque d'épilepsie, suivie d'hallucinations. Ces notions peuvent être le point de départ d'investigations expérimentales relatives non seulement à l'épilepsie corticale, mais encore aux hallucinations. Parmi les théories que les médecins ont émises au point de vue expérimental (recherches de M. Vulpian et d'autres expérimentateurs) et clinique (Meynert), il faut remarquer celle d'après laquelle des hallucinations naissent dans la substance grise qui tapisse les ventricules du cerveau, substance grise de la troisième catégorie de M. Meynert, qui met en rapport les uns avec les autres les noyaux des nerfs des différents organes des sens. L'écorce grise du cerveau, d'après les données actuelles, possède la faculté d'enrayer les mouvements réflexes du corps, de plus

Juillet, T. II, 1881.

41

elle constitue l'*appareil logique* (Meynert) dont les fonctions s'accomplissent avec la conscience et le souvenir, appareil qui produit aussi les impulsions pour les mouvements volontaires de l'animal.

» Avant de faire des expériences nouvelles, j'ai vérifié d'abord les recherches de M. Magnan sur le chien et je me suis convaincu, comme lui, que l'injection d'essence d'absinthe, à la dose de 0^{sr},40, dans la veine saphène de l'animal, produit, après quelques minutes, l'attaque épileptique et des hallucinations. Il importe aussi de dire que, sur les cadavres des animaux, j'ai vérifié les lésions faites dans mes recherches expérimentales.

» Cette méthode est la suivante: chez un chien légèrement éthérisé on fait la trépanation du crâne des deux côtés au niveau de la zone psychomotrice; quand l'éthérisation a disparu, avec un couteau mince, on sectionne horizontalement le cerveau au-dessous de la surface supérieure des hémisphères, puis on laisse en place l'écorce ainsi sectionnée et privée de ses connexions avec la substance blanche sous-jacente. Après quelques minutes, on injecte l'essence d'absinthe, en quantité suffisante, dans une veine saphène, et on met l'animal en liberté. La mort, en général, est survenue au bout de vingt-quatre heures. La nécroscopie du cerveau a montré que toujours l'écorce grise avait été sectionnée au-dessous de la surface convexe des hémisphères du cerveau et que, dans aucun cas, les ventricules n'avaient été touchés.

» Dans toutes les expériences (au nombre de cinq) on a observé les mêmes résultats:

» 1^o La section au-dessous de l'écorce grise des hémisphères du cerveau chez les chiens a produit les phénomènes qui ont été observés par MM. Flourens, Longet, Vulpian, etc., chez les animaux privés de la totalité de leurs hémisphères, c'est-à-dire que l'animal est resté dans un sommeil profond, ne présentant aucun signe d'activité de son « appareil logique » et aucun mouvement volontaire.

» 2^o L'injection d'essence d'absinthe dans les veines de l'animal ainsi opéré, même à haute dose (2^{sr}), ne provoque pas d'attaques épileptiques, ni de convulsions, même au plus léger degré; mais, presque aussitôt (une ou deux minutes) après l'injection, l'animal commence à agir sans aucune excitation extérieure, spontanément, comme si les impressions périphériques existaient en réalité: les yeux grand ouverts, le chien

se jette en avant sur le mur avec des aboiements de colère ; s'il ne peut se tenir debout, il roule ses yeux et agite sa tête avec des gestes d'inquiétude ; ses extrémités sont animées de mouvements coordonnés comme pour courir, et puis, il aboie avec fureur.

» 3° Cet état dure de vingt à trente minutes, après lesquelles l'animal est plongé dans un sommeil profond qui persiste jusqu'à la mort.

» De ces recherches découlent deux conclusions principales :

» 1° L'attaque d'épilepsie provoquée chez le chien par l'essence d'absinthe est sous la dépendance de certaines parties de l'écorce grise des hémisphères du cerveau et, par conséquent, elle est bien réellement de l'épilepsie corticale.

» 2° Les actions évidemment hallucinatoires de l'animal, provoquées par l'injection intraveineuse d'essence d'absinthe, ne peuvent dépendre de la partie de l'écorce grise des hémisphères qui a été coupée et que l'on considère (notamment M. Tamburini) comme le siège des hallucinations.

Si l'on se reporte à certains faits cliniques, ceux, par exemple d'épilepsie et de folie hallucinatoire (Meynert), on peut, je crois, trouver une analogie entre eux et ceux que je viens de mentionner. Par conséquent, on peut dire avec vraisemblance que les hallucinations notées dans mes expériences doivent être attribuées à l'excitation par l'absinthe des centres sous-corticaux sensitifs (Meynert). »

3° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Sur les altérations des nerfs cutanés dans la pellagre.

Note de M. J. DEJERINE, présentée par M. Vulpian à l'Institut. — « Ayant eu l'occasion d'examiner les nerfs de la peau chez deux pellagreaux morts dans le service de M. Hardy, à la Charité, j'ai constaté, au niveau de l'exanthème caractéristique de cette affection, des altérations nerveuses qui, à ma connaissance du moins, n'ont encore été décrites nulle part.

» Les nerfs ont été examinés de la façon suivante : la peau malade (face dorsale des mains) et le tissu cellulaire sous-cutané ont été enlevés une heure après la mort ; les nerfs cutanés dissociés immédiatement ont été placés pendant vingt-quatre heures dans l'acide osmique à 1 pour 200, dissociés de nouveau, lavés ensuite à l'eau distillée, colorés au picrocarmin et montés dans la glycérine.

» L'examen microscopique montre des altérations que l'examen à l'œil nu faisait déjà soupçonner, après l'action de l'acide osmique.

» En effet, après avoir séjourné dans ce réactif, les nerfs avaient pris un aspect grisâtre, bien différent de la coloration noire caractéristique de leur état physiologique. A un faible grossissement (60 diamètres) il est facile de se rendre compte de l'altération considérable subie par les tubes nerveux. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la petite quantité de tubes sains que l'on trouve dans chaque préparation. En effet, la plupart des faisceaux nerveux sont composés presque exclusivement par des gaines vides dans une proportion considérable : en moyenne, pour un tube sain, trente à quarante gaines vides. Dans certains faisceaux même, l'altération est plus prononcée encore : on ne trouve pas un seul tube sain et l'on croirait avoir affaire au bout périphérique d'un nerf sectionné depuis plusieurs mois ou bien à des nerfs de fœtus privés encore de leur myéline et de leur cylindre-axe. Ces gaines présentent les caractères suivants : ce sont des tubes plissés en long par rapprochement de leur paroi et contenant, à intervalle régulier, des noyaux disposés dans le sens de la longueur de la gaine et la renflant légèrement à ce niveau.

» On trouve du reste, dans chaque préparation, un certain nombre de nerfs en voie d'altération et présentant des lésions caractéristiques de la névrite parenchymateuse aux différents degrés de son évolution.

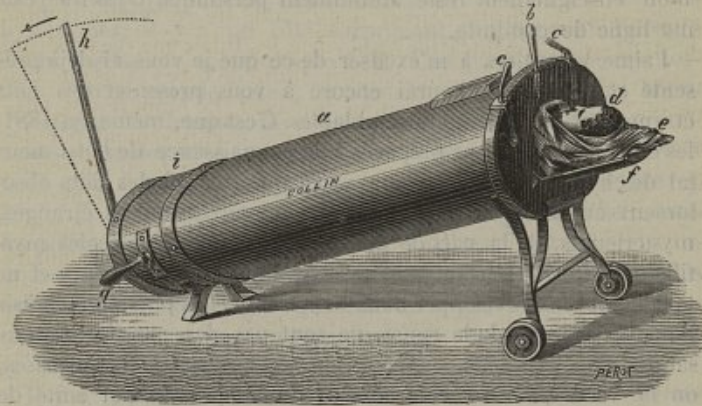
» Ces lésions existaient, chez ces deux malades, au niveau de l'exanthème ; chez l'un d'eux où la maladie était plus ancienne elles étaient plus prononcées.

» Le résultat de mes recherches m'amène à faire rentrer l'exanthème pellagreux dans la catégorie des altérations de la peau d'origine trophique. Dans les deux cas que j'ai observés, le nombre si considérable de gaines vides d'une part, comparé au petit nombre de tubes en voie d'altération et de tubes sains d'autre part, m'autorise à admettre dans ces cas l'existence d'un processus à marche lente. »

4° PHYSIQUE MÉDICALE. Spirophore de M. le Dr WOILLEZ. — Cet appareil, présenté par son inventeur à l'Académie de médecine le 28 juin de cette année, est destiné à provoquer mécaniquement la respiration artificielle.

Enfermer hermétiquement la cage thoracique dans une boîte

creuse assez spacieuse pour permettre l'inspiration et faire alternativement le vide et la compression au moyen d'un soufflet, tel est le principe sur lequel repose l'appareil. Cette idée ingénieuse a été réalisée par M. Collin.



A, Cylindre recevant le corps; B, Poignée servant à manœuvrer le couvercle; C, C, Tiges mobiles pour la fermeture; D, Tête passée par l'ouverture du couvercle; E, Toile imperméable à maintenir appliquée du menton au sinapisme; F, Support de la tête; G, Une des deux poignées pour soulever et entraîner l'appareil; H, Levier pour pratiquer l'aspiration; I, Siège du soufflet aspirateur.

REVUES CLINIQUES

CONFÉRENCES CLINIQUES DE LA SALPÊTRIÈRE

Par M. LEGRAND-DUSAULLE,

Recueillies par M. le Dr TISON.

De l'état mental des hystériques (Suite).

Malgré tout ce que j'ai dit sur l'état mental des hystériques, leurs actes et leur criminalité, je suis loin d'avoir épuisé le sujet, mais je veux continuer cette question en vous apprenant ce que je sais, ce que j'ai vu et ce que j'ai été à même d'observer. Mon enseignement est absolument personnel, je

viens point ici vulgariser les connaissances qui sont dans les livres. Qu'un professeur vulgarise et développe ce qui est connu, c'est son droit et même son devoir, je me trouve avec vous dans d'autres conditions. Je sais et j'ai appris quelque chose. C'est ce quelque que je vous apporte. Qu'il soit écrit ou parlé, mon enseignement reste absolument personnel. C'est du reste ma ligne de conduite.

J'aime volontiers à m'excuser de ce que je vous ai déjà présenté et de ce que j'aurai encore à vous présenter des faits étranges et presque invraisemblables. C'est que, même en 1881, les esprits ne sont pas préparés à la connaissance de l'état mental des hystériques. J'ai voulu vous apporter ici des faits absolument authentiques et présentant des circonstances étranges, mystérieuses, de la part de malades qui depuis des siècles mystifient l'autorité. Il faut que les médecins soient prévenus et ne se laissent plus envelopper dans leur trame. Ces faits non choisis pour les besoins de la cause, ne sont pas des anecdotes amusantes, ils s'imposent, et quand on sera préparé à ces surprises, on ne verra plus les médecins pris au dépourvu par suite de ce manque de préparation. Les étrangetés psychiques de l'hystérie ne viendront plus les convaincre d'impéritie ou d'incompétence.

Vous vous souvenez qu'il y a chez l'hystérique un dédoublement de la personnalité. Il y a un côté raisonnable à son heure et un côté délirant à l'autre heure. Il y a une moitié correcte et une moitié anormale. Vous la verrez tantôt excitée, versant des pleurs et prise de suffocations et de sanglots, tantôt calme, raisonnable, tendre et aimante, alors que deux ou trois heures auparavant, son intempérance de langage la montrait dépourvue de tout sentiment affectif. Nous avons noté cette lésion de la sentimentalité, en présence de la conservation de l'intelligence. C'est comme une sorte de folie à deux.

Justifions cette métaphore qui peut paraître osée.

Chez l'hystérique il y a deux moitiés, d'un côté des actes raisonnables, de l'autre des actes étranges, c'est un amalgame protéiforme. On connaît la folie à deux. Nous en avons parlé l'année dernière à propos des persécutés. C'est la folie d'une personne se communiquant à une autre, vivant dans son intimité. Ces faits se voient entre femme et mari, entre maîtresse et servante, entre mère et fille. L'un est actif, l'autre passif. Celui-ci partage la manière de voir de celui-là. Mais il y a deux malades (voyez mon *Traité du délire des persécutions*, cha-

pitre vi). Le passif peut guérir, si on le sépare de l'actif. Dans l'hystérie, il y a en quelque sorte deux malades en une seule personne; une moitié raisonnable à côté d'une moitié délirante.

Dans la pratique de la médecine, notamment de la médecine légale, il faut se méfier de l'extraordinaire, du merveilleux, de ce qui ne porte pas une explication facile. Dans les procès des hystériques, il y a un côté surprenant, mystérieux. Lorsque l'Administration communique à M. Lasègue et à moi ces dossiers d'une grande valeur contenant des lettres, des récits d'événements étranges, mystérieux, ou s'éloignant de la criminalité normale, nous inscrivons dessus le mot *hystérie*. C'est la piste qu'il faut suivre, c'est là qu'en cherchant on trouve. A Paris, la chose est relativement facile. Mais en province, dans les petits tribunaux, dans les cours d'assises éloignées, dans un milieu différent, on est sujet à erreur. Rappelez-vous que les événements mystérieux, que les faits prétendus merveilleux cachent toujours une inconnue et ne reposent que sur des mensonges et des mystifications.

Il y a quelques années, on a lu dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, l'observation d'un procès dans lequel deux médecins furent sérieusement compromis.

Il s'agissait d'une jeune fille de la Vendée, que chacun croyait paralysée et ayeugle; mais elle ne manquait de rien, on pourvoyait à ses besoins à cause de ses infirmités. Elle se plaignait qu'on la tourmentait toujours.

Un beau jour, cette malheureuse déclare avoir été l'objet d'agressions odieuses de la part de sept individus. Après l'avoir bâillonnée et liée ils s'étaient livrés sur elle à mille atrocités. Ils lui avaient introduit quelque chose de brûlant dans les parties génitales. On vient à son aide et en la plaçant sur le vase, on entendit un bruit étrange. C'était un fragment de fer qui tombait. Le médecin retire du vagin, treize morceaux de fer rouillé de forme oblongue et une autre pièce de fer, du rectum. C'étaient lesdits individus qui après l'avoir bâillonnée s'étaient livrés sur elle et pendant qu'elle s'était évanouie, à ces choses déplorables. Elle en avait reconnu deux qui sur sa dénonciation furent livrés à la justice. Quelques jours après, un autre médecin retire encore deux lames de couteau de 8 à 9 centimètres et un rouleau de fil de fer. On instruit le procès et les deux individus vont passer en jugement quand, sur le rapport des experts, on ajourne. On sentait que ce n'était pas normal.

La justice ordonne de transporter la malade à l'hôpital du canton. Là elle déclare qu'elle n'avait pas été à la selle depuis seize mois mais qu'elle vomit des matières fécales tous les deux ou trois jours.

On la surveille de très près et on remarque qu'elle n'allait point à la garde-robe. Elle avait sous les aisselles de petits gâteaux de matière stercorale qu'elle faisait sécher dans cet endroit avant de les faire disparaître dans sa paillasse. Bref, trois mois après son entrée, on avait la preuve qu'elle faisait de la physiologie comme tout le monde.

Le jour du procès, trois médecins experts se trouvaient en présence. On avait adjoint aux deux premiers, le docteur Merland, mon ancien collègue d'internat à Charenton. Il se sépare de ses confrères, qui croyaient à l'attentat, il affirme que l'on a affaire à une hystérique, qu'il n'y a rien de vrai dans ses accusations. Les morceaux de fer et les lames de couteau ont été introduits par la malade elle-même comme le prouve l'absence de déchirures au vagin et à l'anus. Les deux inculpés sont acquittés en police correctionnelle; le ministère public en appelle, nouvel acquittement. Les deux accusés étaient parfaitement innocents, on avait affaire à une hystérique.

On a découvert la vérité, on a triomphé de l'erreur grâce à un troisième médecin, mais il y a des regrets pour d'autres cas. Je ne connais rien de plus affligeant et de plus instructif que l'observation suivante :

Dans le Jura, une fille de 26 ans, Marie X..., d'une constitution vigoureuse, ayant une grande facilité de riposte, un aplomb imperturbable et une audace inouïe devait épouser Martin qui au dernier moment refusa de contracter cette union. Marie jura de se venger. A cette époque, elle avait déjà souvent éprouvé des attaques d'hystérie pour lesquelles le médecin l'avait soignée. Elle dévora d'abord sa honte. Un matin tous les ceps de vigne furent trouvés coupés dans une propriété appartenant à un magistrat de Besançon. Marie dénonce Martin et son frère. Elle déclare les avoir vus et sur son témoignage, ils sont condamnés. Quelques mois après, un oncle des frères Martin est accusé d'avoir attaqué Marie et de lui avoir donné des coups de couteau. Un médecin est chargé d'un rapport. L'oncle Martin passe en Cour d'assises, il est condamné à cinq ans de réclusion. Ces faits ne parurent pas bien extraordinaires quand peu de temps après cette fille accuse un autre oncle des Martin de l'avoir attaquée et couverte de coups et blessures

qu'elle montre ostensiblement. Le village s'insurge à cette vue et on arrête l'oncle des Martin qui ne doit son salut qu'à la protection des agents de la force publique. Heureusement pour l'accusé, le hasard voulut qu'à l'heure indiquée par Marie, plus de vingt personnes avaient causé avec lui. Il fut acquitté. Une réaction se fit dans le pays, mais elle passa vite. Les parents de Marie avaient une vache, un beau matin elle avait les pis coupés; une autre fois le feu prend à leur maison. Chaque fois on accuse des Martin, mais on n'arrive pas à démontrer leur culpabilité.

Les faits vont toujours grossissant et Marie devient bientôt l'héroïne de la contrée. Mais ce fut bien autre chose quand sa mère annonça qu'elle avait trouvé une couronne de martyre dans la chambre de sa fille. On accourt en foule des environs pour voir la vierge-martyre, on se dispute de minces fragments de la couronne et on ne s'en va pas, sans laisser quelque argent. L'enthousiasme se calme, pour le raviver, la mère prend la couronne et la promène de village en village, battant monnaie partout. Mais bientôt la réaction se produit dans la commune où la méfiance et la malveillance ne tardent pas à éclater. Marie quitte alors le pays, se place comme domestique chez un cabaretier de Gray. Elle est surprise à voler et condamnée. Presque aussitôt graciée à l'occasion d'un grand événement politique, elle rentra dans son pays, où elle épousa un vigneron. Celui-ci ne tarda pas à mourir empoisonné, bien que le fait ne pût être prouvé, et on trouva un faux testament en faveur de sa femme. Celle-ci fut accusée et condamnée à perpétuité.

Ainsi, voilà une hystérique qui, pendant longtemps, s'est jouée de tout un département et a réussi à faire condamner à une peine grave plusieurs membres de la même famille. Vous voyez donc l'utilité qu'il y a pour les médecins comme pour les magistrats à être préparé à des faits de cette nature. Certes, la condamnation des trois Martin, de l'oncle et des deux neveux a été très malheureuse et nous devons la déplorer, mais cet exemple porte avec lui sa consolation; ces faits se sont passés de 1828 à 1835. Se rencontreraient-ils encore aujourd'hui? Je n'en suis pas certain.

Toutefois, il y a quinze ans, Morel, l'un des plus grands aliénistes du siècle, homme très perspicace en médecine légale, mais qui s'est trouvé sur un théâtre trop petit, (car à Paris il aurait rendu de grands services et fait école), a publié l'obser-

Juillet, T. II, 1881.

12

vation d'une hystérique enceinte qui s'est accusée d'avoir été l'auteur principal d'une agression et d'une tentative d'assassinat dirigée contre son mari. Elle l'avait menacé en lui disant : « Un jour, Dieu te punira. » Toujours est-il que peu de temps après, pendant qu'il était dans sa cuisine, son mari reçoit un coup de feu et tombe. La femme s'accuse aussitôt en disant : « C'est moi qui l'ai fait tuer. » Elle est conduite en prison où elle est examinée par Morel. Il la trouve enceinte de quatre mois et il déclare qu'elle n'est pas l'auteur ni la complice de l'attentat. Le mari remis de sa blessure déclare qu'il a la meilleure des femmes et qu'il ne croit pas à sa culpabilité. Cependant jusqu'au jour de l'accouchement, celle-ci se prétend toujours l'auteur du crime. Mais quinze jours après, elle avoue que c'est une plaisanterie. Si l'on avait suivi sur cette première piste, si l'on avait admis les aveux de la femme, la condamnation était certaine, car d'un côté, il y avait un coup de feu resté inexpliqué et, de l'autre, une femme s'avouant coupable. Heureusement pour la justice, Morel s'est trouvé là. En eût-il été de même avec un médecin moins au courant de ces questions ?

Lundi dernier, dans une Société médicale, M. Lasègue a rapporté deux faits fort intéressants. Il en connaît beaucoup lui qui depuis trente ans est en contact quotidien avec les malades de l'infirmerie de la préfecture de police.

Je ne les connaissais pas, mais ils ont leur valeur. Ils montrent que le parquet et l'Administration peuvent recevoir des lettres chargées et qu'il faut beaucoup de flair de leur part et de celui du médecin pour découvrir la vérité.

Il y a quelques années, une jeune hystérique de vingt ans fort belle est envoyée dans une maison de commerce. Là elle rencontre un vieux monsieur qui l'attendait, l'emmène sous un prétexte dans sa voiture et baisse les stores. On arrive dans un hôtel élégant. Le vieux monsieur la conduit dans un appartement qui lui est réservé et lui dit : « Vous remplacerez ma fille que j'ai perdue. »

Une heure après un prêtre se présente, conseille à la jeune fille dans l'intérêt de son avenir, de consentir à tout ce que lui demande le vieux monsieur. Elle refuse formellement. Alors on la séquestre dans un sous-sol noir où la nourriture lui est apportée par un domestique. Au bout de huit jours la jeune fille trouve moyen de sortir, elle raconte l'événement et les habitants du quartier adressent une plainte à la préfecture de

police. Ils disent même qu'ils ont vu la voiture du vieux monsieur. Une enquête minutieuse est prescrite et au bout de six mois on s'aperçoit que l'on a devant soi une hystérique aussi habile que dangereuse.

Voici le second fait.

Le roi Victor-Emmanuel venait de mourir. Une femme déclare à Paris, qu'elle est sa fille naturelle et elle donne des renseignements tellement surprenants que l'ambassade s'en émeut. On consulte la préfecture de police, on l'interroge et les réponses sont si précises qu'on mande par télégraphe un aide-de-camp. Celui-ci est bientôt convaincu, au point d'emmener à Rome cette femme qu'on traite là-bas avec tous les égards dus à son illustre origine. Pendant ce temps, la police de Paris qui n'avait pas cessé ses investigations, découvre que c'est la femme d'un perruquier de la rue de Buci et la fait rendre à son mari.

(La fin prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

Otite moyenne, complication des fièvres éruptives chez les enfants. — Tel est le titre d'un intéressant mémoire lu devant la *Société de Médecine américaine*, par le docteur Blake, de Boston.

Fréquemment, chez les enfants, les fièvres éruptives se compliquent de lésions auriculaires. Sur un grand nombre d'enfants, atteints d'inflammation purulente de l'oreille moyenne, examinés à Massachussetts (Eye and Ear Infirmary), l'auteur a trouvé une moyenne de 36 0/0 dont l'affection de l'oreille était survenue au cours d'une rougeole ou d'une scarlatine.

Dans l'une et l'autre pyrexie, l'inflammation porte sur la muqueuse qui tapisse l'oreille moyenne. Elle se développe pendant la période d'état primitive et évolue rapidement. Aussi est-il important de porter promptement un diagnostic. Entrepris de bonne heure, en effet, le traitement peut diminuer la gravité et la durée du processus inflammatoire, lequel, en raison de l'abondante vascularité de la muqueuse, et de la tendance aux solutions de continuité et à l'ulcération particulière au jeune âge, se montre plus sévère chez l'enfant que chez l'adulte.

Dans la scarlatine, les complications auriculaires peuvent survenir à toutes les périodes de la pyrexie. L'inflammation, d'une manière générale, aboutit souvent et promptement à la purulence.

Tantôt l'otite est simple. Alors elle apparaît de bonne heure s'accompagnant des symptômes habituels des catarrhes de la caisse du tympan. Tantôt elle revêt un caractère particulier. Dans ce cas, son début coïncide avec l'apparition de l'exanthème et elle se traduit cliniquement par une grande élévation de température, une fièvre rémittente d'abord, puis continue. Souvent chez les enfants il se produit des convulsions. La mauvaise humeur et l'insomnie sont de règle. Un signe important se trouve dans l'attitude que prennent les petits malades. Couchés du côté malade, ils pressent leur tête contre l'oreiller, pour calmer la douleur qu'ils ressentent. Celle-ci est probablement due à la distension excessive de la caisse du tympan par un exsudat séreux. Aussi la douche de Politzer, en désobstruant la trompe d'Eustache, permet-elle une évacuation du liquide exsudé et amène-t-elle un soulagement marqué. Souvent cependant la douche est impuissante à calmer la douleur ; c'est que l'obstruction est complète, ou que l'inflammation s'est propagée à la membrane du tympan. Alors c'est en vain qu'on aura recours aux applications émollientes, aux injections opiacées, ou aux gargarismes calmants ; le soulagement n'a lieu que lorsque la membrane du tympan cède spontanément sous la pression intérieure du liquide, qui s'échappe par la solution de continuité. Malheureusement, les désordres anatomiques sont irréparables.

À une période plus reculée, quand la membrane tympanique a résisté, et que la caisse est remplie du pus, le seul remède à tenter est la perforation du tympan, à un point culminant, soit à l'aide d'une lancette, soit avec une aiguille.

L'otite de la rougeole présente également deux types distincts. Le premier ne se différencie en rien de l'inflammation scarlatineuse que nous avons décrite tout d'abord. Elle se produit à la même époque et cède aux mêmes moyens.

La seconde forme est rare. Elle offre ceci de particulier que l'inflammation reste limitée à la membrane du tympan, sans tendance à gagner la muqueuse. C'est pourquoi la douche de Politzer n'est d'aucune utilité. La résolution est fréquente, sans que l'inflammation arrive à la purulence. Dans tous les cas que nous venons de passer en revue, Blake conseille, indépendam-

ment des applications locales l'usage à l'intérieur du bromure de potassium.

En terminant, l'auteur donne un moyen simple et facile de faire cesser la douleur d'oreille dans certaines circonstances. Il suffit de fermer la bouche du petit malade et de souffler assez fortement dans ses narines. Cette douche d'air naturelle suffit quelquefois à la désobstruction de la trompe.

Traitement des maladies organiques du cœur chez les enfants. — Une pratique de plusieurs années a conduit Jünsburg (*Wiener med. Presse.* — *New-York med. Record.*) à penser que chez les enfants les lésions organiques du cœur, même anciennes peuvent être sinon guéries, du moins considérablement améliorées.

Il ne va pas jusqu'à prétendre que les pertes de substances se réparent, que la sténose devient dilatation, mais il croit que, souvent, des lésions cardiaques deviennent incurables pour avoir été trop longtemps négligées.

La digitale et les autres médicaments en usage dans la thérapeutique du cœur, ne conviennent qu'aux cas récents. Au lieu d'agir directement sur le cœur, il est bien préférable quand la lésion est ancienne, de l'atteindre par des voies détournées, par l'intermédiaire de la peau, du foie, des poumons, qui sont avec lui en rapports physiologiques intimes. Aussi les lotions, froides, les bains chauds, l'exercice modéré, et un régime sévère, voilà surtout ce qui doit constituer la thérapeutique des cardiaques,

Si vagues que soient ces indications, elles nous paraissent rationnelles et utiles. Quant à la curabilité des lésions cardiaques, au moins dans une certaine mesure, elle nous paraît hors de doute. Nous en trouvons d'ailleurs la preuve dans la disparition de bruits de souffle dûment constatés, et de troubles fonctionnels graves qui ne reparaissent point.

Greffes cutanées par larges lambeaux. — Wolfe (*Brit. med. Journ.*) rapporte un nouvel exemple de la pratique qui lui avait déjà réussi en septembre 1875. Dans le but de refaire une paupière inférieure, détruite par une brûlure profonde, il emprunta à l'avant-bras de son malade un lambeau de peau mesurant 4 pouces carrés. Après l'avoir taillé de façon à reproduire, sous de plus grandes dimensions, la perte de substance à combler, il le détache complètement, puis le fixe à sa nouvelle place à l'aide de sutures de soie. Des compresses

trempées dans l'eau chaude furent appliquées pendant quelque temps à la surface de la plaie, enfin un pansement antiseptique ordinaire pratiqué. Le troisième soir, le lambeau avait une couleur rosée, sillonnée de lignes bleuâtres. La guérison fut rapide et la déformation diminuée considérablement.

F. LEPREVOST,

Interne des hôpitaux.

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

Société de thérapeutique (Séance du 8 juin). — M. C. Paul signale une intéressante communication de M. Melsens, publiée dans le Bulletin de l'Académie belge. L'auteur, partant de cette idée généralement admise que les bons effets du séjour dans les étables, contre la phthisie pulmonaire, sont dus aux émanations de *carbonate d'ammoniaque* qu'on y respire, a tenté sur lui-même, dans le but de se débarrasser d'une bronchite ancienne, la pratique suivante : Pendant plusieurs jours, il a porté sur la chemise un sachet renfermant de petits blocs de carbonate d'ammoniaque. Dès le premier jour, un mieux sensible se produisit et au bout de quelque temps la guérison fut complète.

Recommandée à ses malades et notamment à un médecin de Bruxelles, souffrant d'une bronchite ancienne avec dilatation des bronches et emphysème, cette pratique si simple a eu les meilleurs résultats.

Tout aussi favorables sont les effets des *bains galvaniques*, dans certaines maladies nerveuses, entre autres, le *tremblement mercuriel*, le *tremblement alcoolique*, la *chorée*, l'*ataxie paralytique*, la *crampe des écrivains*.

Aux observations concluantes communiquées au Congrès de Reims, en 1880, par M. C. Paul, des faits nouveaux sont venus s'ajouter et témoignent hautement de la valeur thérapeutique des bains galvaniques. Il faut savoir, cependant, que l'amélioration ne se fait sentir qu'au bout d'un certain temps. En général, une vingtaine de bains sont nécessaires.

Le tremblement congénital ne paraît pas subir l'influence de cette médication. Les diverses manifestations de l'hystérie y se-

raient, suivant M. G. de Mussy, beaucoup plus sensibles. Pour cette dernière affection, cependant, il est permis de faire des réserves. Ne voit-on pas souvent, ainsi que le fait remarquer M. Féréol, des hystériques jusque-là rebelles à toute médication, guérir sous le coup d'une émotion morale et même sans cause appréciable?

Traitement de la folie par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.— Sous ce titre M. le Dr Voisin publie dans le *Bulletin de thérapeutique* un important mémoire, dont les conclusions, appuyées par des observations nombreuses recueillies soit à la Salpêtrière, soit en ville, méritent d'attirer l'attention des praticiens.

Les médecins sont souvent trop sceptiques à l'égard des douleurs bizarres, de forme et d'intensité variables, dont se plaignent sans cesse les névropathes.

Quand on dit d'un individu : « C'est un hypocondriaque », on croit avoir suffisamment fait pour lui et on dédaigne de combattre des symptômes qui n'existent que dans son imagination malade. Cette manière d'agir est à la fois une faute et une erreur. Il ne faut pas oublier, en effet, que la douleur appelle souvent l'inflammation. Trousseau n'insistait-il pas avec raison sur la nécessité de calmer la douleur abdominale dans la crainte de voir survenir une péritonite? et Woillez n'explique-t-il pas certains cas d'hématocèles retro-utérines par une paralysie vaso-motrice réflexe, due à des névralgies utérines?

Il paraît naturel de penser qu'il peut en être de même des affections du cerveau et de la moelle. Souvent on arrêterait l'évolution des maladies mentales si on tenait davantage compte de l'élément douleur, précurseur et prémonitoire, dans un grand nombre de cas. Or, la morphine est le calmant par excellence. Ce n'est pas seulement un agent prophylactique, elle peut amener la guérison de certaines catégories d'aliénés ainsi que le prouvent les résultats obtenus par M. Voisin : vingt-sept malades traités par les injections sous-cutanées de morphine ont guéri. Sur ce nombre vingt étaient des mélancoliques et hallucinés; trois étaient atteintes de manie hystérique et quatre de folie religieuse, la vésanie la plus rebelle. Les doses maximum employées ont varié de 5 à 8 centigrammes par jour, en deux injections. Par exception, chez une lypémanie gémisseuse on a dû élever la quantité de morphine jusqu'à 60 centigrammes par jour. Un des avantages les plus précieux de ce mode de traitement est la facilité avec laquelle

on peut le faire suivre à l'aliéné, au sein de la famille. La séparation n'est pas nécessaire et ceux-là seuls apprécieront ce bienfait qui savent combien vivaces et profondes restent dans l'esprit des aliénés guéris les haines et les rancunes contre les personnes qui les ont fait séquestrer. De plus cette méthode rend impossible toute omission intéressée ou involontaire dans l'administration des remèdes, puisque c'est le médecin lui-même qui s'en charge.

Ne doit-on pas craindre le morphinisme et ses conséquences. M. Voisin pense que les abus de morphine, quand ils se produisent, sont imputables non au médicament lui-même, mais à la manière désordonnée dont il est administré. Trop souvent on confie à des gardes ignorantes le soin de faire des injections, et le morphinisme est le résultat de ce défaut de méthode et de surveillance.

Les adversaires de la médication préconisée par M. Voisin, lui reprochent encore la production de phlegmons, d'abcès, d'eschares. Quand ces accidents se produisent, ils sont imputables au médecin qui a négligé certaines précautions en apparences futiles, mais qui, en réalité, sont de première importance. On doit toujours se servir d'une solution parfaitement limpide, faite avec de la morphine de bonne qualité, non pas celle que l'on vend dans le commerce, sous forme de trochisques, mais celle qui se présente en cristaux fins et blancs. Les premières gouttes du liquide à injecter sont ordinairement colorées par la rouille et la saleté contenue dans l'aiguille ; il faut donc avant d'insinuer celle-ci sous la peau, faire sortir une petite partie du contenu de la seringue. Une autre question bien digne d'intérêt, c'est la tolérance variable des individus à l'égard de la morphine. C'est une affaire de tâtonnement. On commence par des doses minimales, qu'on élèvera progressivement. Mais il faut bien savoir que l'aliéné qui revient à la santé, se montre moins tolérant à l'égard de ce médicament qu'il ne l'était à la période d'état, l'intolérance devient donc un signe favorable.

Du lavage de l'estomac. — Grâce au perfectionnement et à la simplification de l'appareil instrumental, le lavage stomacal est appelé à prendre une place importante dans la pratique journalière de la médecine. Ce procédé thérapeutique constitue une précieuse ressource contre les affections de l'estomac et tous les médecins qui l'ont expérimenté s'accordent pour en proclamer les heureux résultats et l'innocuité parfaite.

Les instruments nécessaires pour cette opération, sont connus : la pompe de Kussmaul, l'appareil de Dujardin-Beaumetz, le tube-siphon de Faucher, ont déjà été présentés aux lecteurs de la *Revue médicale*. C'est l'instrument de M. Faucher qui nous paraît mériter la préférence d'abord parce que son introduction devient, avec un peu d'habitude, très facile et peut être faite par le malade lui-même, et ensuite parce que son extrême simplicité permet de l'improviser au besoin. Presque partout, en effet, on peut se procurer aisément un tube de caoutchouc long de 1^m,50 environ, et d'un diamètre de 10 à 12 millimètres; et l'on a toujours sous la main un entonnoir qui puisse s'adapter à une des extrémités.

Avant de rechercher les avantages et les indications thérapeutiques du lavage stomacal, établissons-en d'abord le manuel opératoire.

La meilleure position à donner au malade est la position assise, la tête regardant directement en avant, fait avec la colonne vertébrale, un angle à peu près droit. Quelques médecins, cependant, préfèrent renverser en arrière la tête du malade de manière à introduire la sonde verticalement, à la façon des saltimbanques avaleurs de sabres. Chez les malades pusillanimes le décubitus dorsal peut offrir certains avantages. Dans les premières séances, pour établir l'accoutumance et surmonter les spasmes inévitables du pharynx, on se servira de préférence d'une sonde rigide; la sonde œsophagienne ordinaire remplira parfaitement le but. Mais quand au bout de plusieurs séances, le malade sait introduire lui-même, non plus en la poussant, mais par de simples mouvements de déglutition, la sonde rigide, il faut substituer à celle-ci le tube flexible de caoutchouc rouge qui devient l'instrument ordinaire. Pour faciliter le glissement du tube, on pourra l'enduire préalablement d'une couche d'huile, ou mieux de vaseline, dont la saveur est nulle ou peu accusée. Pour la femme, on se servira d'un calibre moindre que pour l'homme.

Une marque tracée sur le tube à 45 ou 50 centimètres de son extrémité libre indique, en touchant les lèvres, que l'estomac est atteint. D'ailleurs on est averti de la pénétration de la sonde par un spasme du cardia qui cède à une légère pression, et par un effort de vomissement. Quelquefois même, mais rarement, il se fait une brusque irruption des gaz et des matières contenues dans l'estomac, dont il faut prévenir les

conséquences en garantissant, à l'aide de serviettes le lit ou les vêtements du malade.

Pour amorcer le siphon il convient d'élever l'entonnoir à un mètre au-dessus du niveau de l'estomac et de le remplir de liquide, jusqu'à concurrence d'un ou deux litres; puis il suffit d'abaisser l'entonnoir jusqu'à l'épigastre pour le voir immédiatement se remplir du liquide injecté, tenant en suspension une certaine quantité de matières.

Au début de la séance, on peut, comme le recommande M. C. Paul, se servir d'eau tiède, pour délayer les matières stomacales. Pour les lavages suivants on emploiera avec avantage une eau alcaline froide. L'eau de Vichy, les solutions d'hypo-sulfite de soude ou les antiseptiques, le thymol, par exemple, sont très recommandables à cet effet.

M. C. Paul conseille l'eau minérale de Sail-les-Bains, laquelle, on sait, contient 0,15 cent. de silicate de soude par litre. On termine l'opération en introduisant dans l'estomac 200 ou 300 grammes de lait, puis, pour combattre la dilatation panine, on comprime l'abdomen des malades à l'aide d'une large ceinture, ou plus simplement, on leur recommande de marcher pendant quelques instants.

Telles sont brièvement résumées les règles opératoires que formule M. C. Paul. Voyons maintenant quels sont les bénéfices qu'on peut retirer de cette pratique.

Elle a pour conséquence immédiate de supprimer la douleur dans les cas de névralgie et de gastrite chronique, de calmer l'oppression consécutive à la dilatation de l'estomac. Elle provoque les garde-robes spontanées, stimule l'appétit, et amène une rapide augmentation de poids.

MM. G. Sée, Bucquoy, Ferrand, C. Paul, ont étendu le champ de l'action du lavage stomacal; et les bénéfices réels qu'ils en ont retirés dans les gastralgies, les vomissements hystériques, les dyspepsies diverses, l'ulcère et le cancer de l'estomac sont véritablement surprenants. Dans ce dernier cas, il est vrai, son action est purement palliative. Mais on ne saurait raisonnablement exiger davantage. M. C. Paul a même utilisé ce moyen mécanique dans un cas d'étranglement herniaire, pour éviter à sa malade, le dégoût des vomissements fécaloïdes.

Ce n'est pas tout; la rapidité avec laquelle le lavage expulse le contenu de l'estomac laisse deviner les services que cette médication mécanique peut rendre au médecin dans les cas d'empoisonnement récent.

Formulaire.

Traitement de la furonculose généralisée (Th. ANGER).

Teinture de colchique de 10 à 20 gouttes.

Tous les matins dans un verre de cognac.

Polion contre la grippe,

Infusion de café..... 120 grammes.

Sulfate de quinine..... 0.60 centigr.

Sirop de térébenthine..... 30 grammes.

M. — Par cuillerée à bouche d'heure en heure.

A répéter pendant quatre jours. (*Revue de Thérap.*)

F. LEPRÉVOST.

Interne des Hôpitaux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 19 juillet.

Présidence de M. E. LEGUEST.

M. Devilliers, président de la Commission d'hygiène de l'enfance, est aussi rapporteur des travaux communiqués pendant l'année à ladite commission. Il commence et achève au milieu d'un bourdonnement général qui couvre les éclats impuissants de sa voix la lecture d'un rapport que nous eussions été heureux d'entendre, et dont hélas! nous n'avons saisi que des lambeaux.

Il s'agit d'abord de la loi Roussel, destinée à assurer contre l'ignorance, l'incurie ou le crime la vie des petits enfants. Comment fonctionne cette loi, comment est-elle appliquée? Mystère et Administration! On aurait désiré pourtant que l'Académie, qui possède un délégué au sein du Comité chargé de veiller à l'exécution de la loi, fût renseignée exactement sur ce qui se passe. Tout sans doute n'est pas pour le mieux, car il nous a semblé que M. Devilliers déclarait que la situation des médecins-inspecteurs était absolument insuffisante: ce qui veut dire qu'on ne paie pas honorablement les praticiens auxquels on confie le soin de faire exécuter la loi, et que l'exécution correspond à peu près au traitement.

M. Devilliers a raison de réclamer, ce serait en vérité fausse

honte aux médecins dont le dévouement est trop souvent désintéressé, de ne pas réclamer de l'Etat, qui accorde dix mille francs d'*indemnité* à tant de personnages pour venir chaque année voter le budget, un salaire honnête pour des services très réels et parfois pénibles.

Le rapporteur passe ensuite en revue les communications adressées à la Commission; rappelons la note de M. Henri Fauvel sur le danger qu'il y a d'employer les biberons qu'on ne lave pas fréquemment à l'eau bouillante : on laisse ainsi s'accumuler dans les tuyaux et l'embout des bactéries, des vibrions, des mycéliums qui altèrent profondément le lait et peuvent en s'introduisant dans l'estomac et l'intestin des nourrissons causer de graves maladies.

Un partisan de l'allaitement artificiel, dont le nom nous a échappé, reconnaît pourtant que ce mode d'alimentation réussit bien rarement dans les grandes villes. C'est dans les familles, c'est à la campagne qu'il faut l'observer pour assister à ses succès; et ces succès sont tels que notre auteur n'hésite pas à le déclarer supérieur à l'allaitement naturel. « Tout doux, s'écrie M. Devilliers; mettons que l'allaitement artificiel, pratiqué avec un soin minutieux et intelligent, dans un milieu parfaitement sain soit préférable à l'allaitement par une nourrice éloignée de la famille, mais n'allons pas au-delà. »

A ce moment des impatiences se manifestent parmi l'auditoire; le bourdonnement devient plus fort, les uns réclament l'élection, les autres demandent la parole, les autres accablés par la chaleur, l'œil hagard, le front ruisselant se bornent à faire des gestes désespérés.

M. le Président. — M. le Rapporteur, combien de temps vous faut-il encore pour achever votre lecture ?

Le Rapporteur feuilletant son manuscrit : Encore dix minutes.

De toutes parts, à la sourdine : Dix minutes ! Dix minutes ! Il n'avait demandé que cela au début !

M. le Président annonce qu'il va être procédé à l'élection d'un membre correspondant national, pour la première division. Les candidats ont été présentés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. L. Pénard, de Versailles ;

En deuxième ligne, M. Lambron de Luchon ;

En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Berchon, de Pauillac .

Mandon, de Limoges,

Mignot, de Chantelle,

Manouvriez, de Valenciennes.

Voici les résultats du scrutin. Sur 65 votants :

M. Pénard a obtenu 53 suffrages,

M. Lambron, 7,

M. Berchon, 4,

M. Mignot, 1,

M. Manouvriez, 1.

Nous applaudissons de grand cœur au succès de M. Pénard. Nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié l'excellente étude de médecine légale qu'il a communiquée, il y a quelques mois à la Compagnie et que nous avons analysée ici-même.

M. Depaul. — J'ai promis, à la séance précédente, que je viendrais aujourd'hui, documents en main, établir les circonstances relatives à la discussion de 1867-69 sur la vaccine animale. En agissant ainsi, je veux rendre impossible désormais toute méprise : « Est-il vrai, comme le prétend M. Jules Guérin, que les conclusions...

M. Jules Guérin. — Les propositions !...

M. Depaul. — Soit, les conclusions-propositions de votre rapport n'ont pas été votées par l'Académie ? » Reprenant alors, avec le bulletin sous les yeux, la suite de la discussion, M. Depaul rappelle les faits tels que nous les avons indiqués : dépôt du rapport, opposition de M. J. Guérin, qui, pendant plus de dix-huit mois, tient en suspens les propositions ; mise en demeure signifiée par le bureau à M. J. Guérin ; discours de celui-ci ; réplique de M. Depaul ; retrait des conclusions que M. J. Guérin a essayé de substituer à celles du rapport ; finalement, adoption au scrutin des propositions du rapport.

M. Jules Guérin défie qu'on puisse signaler dans ses discours ou dans ses écrits, un mot, une ligne qui ne soit pas conforme à la réalité des faits. Il soutient que les propositions du rapport étaient des constatations d'histoire naturelle qui, habilement, évitaient le terrain véritable et ne répondaient pas à la question posée par le ministre. Pour y répondre, il aurait fallu aborder la comparaison de la valeur respective des deux méthodes vaccinales ; il aurait fallu établir par des faits expérimentaux la supériorité ou l'infériorité de l'une sur l'autre. Les conclusions de M. Jules Guérin avaient au moins l'avantage d'être une réponse à la question du ministre.

Sans proscrire, sans préjuger les recherches relatives au vaccin animal, elles déclaraient que la vaccine jennérienne avait fait ses preuves et qu'on attendait encore celles de la vac-

cine animale. « Les preuves, dit en terminant M. Jules Guérin, je les attends toujours ; la pustulation n'est pas une preuve ; la plainte des médecins militaires, auxquels fait défaut le vaccin, n'est pas une preuve ; en fait de preuve je ne trouve dans le rapport de M. Hervieux que la mention de ce fait : un médecin du Calvados a vacciné quatre ou cinq fois avec du cowpox. Mais, encore une fois, il ne suffit pas d'inoculer et de produire des pustules pour démontrer qu'on a conféré l'immunité. »

Comité secret à 4 h. 1/4 pour entendre plusieurs rapports de prix.

Société de chirurgie.

Séance du 20 juillet 1881.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

M. Horteloup lit un mémoire de **M. Béckel** (de Strasbourg) sur la résection antiseptique du genou. C'est une opération beaucoup moins grave qu'autrefois, conclut M. Beckel. Et elle donne presque toujours de bons résultats, si l'on a soin de suivre quelques préceptes sur lesquels on ne saurait trop insister. Ces préceptes, nous pouvons les nommer ainsi : larges incisions ; toilette soignée de l'articulation ; excision de toute la synoviale ; soins hémostatiques minutieux ; réunion parfaite des bords de la plaie ; pas de sutures osseuses. M. Beckel immobilise les membres avec une attelle à pédale, dont il a envoyé le dessin à la Société. Des observations assez nombreuses terminent les mémoires du chirurgien de Strasbourg.

M. Després. — Je n'ai pas eu l'occasion de faire la résection du genou. J'ai vu faire cette opération néanmoins, et dans des cas où elle était indiquée. Mais tous les sujets de M. Beckel n'auraient point dû être opérés. Il ne regarde pas comme un insuccès les faits dans lesquels son malade tuberculeux succombe quelques jours après l'opération à une pleurésie purulente. Mais il fallait prévoir cette mort. Quant aux guéris, je les aurais traités par l'immobilisation, prolongée au besoin deux et trois ans, et je serais arrivé sans opération au même résultat que M. Beckel.

M. Le Fort. — M. Beckel semble croire que la résection du genou est une opération rare. Il la décrit presque comme une chose nouvelle. Je tiens à protester contre cette idée fausse. Si nous ne publions pas toutes nos opérations en France, nous n'en pratiquons pas moins la résection comme à Strasbourg.

C'est ainsi que l'on n'a pas recueilli l'observation de mon opérée de la dernière séance, présentée, vous le savez, à la Société pour une particularité spéciale. C'est ainsi que tant d'autres cas ne sont connus que du chirurgien et des élèves du service.

Le professeur **Le Fort** a d'autant plus le droit de faire cette remarque, qu'il pratique couramment, en effet, des résections dans son service de l'hôpital Beaujon, qu'il prend et conseille toutes les précautions indiquées par E. Beckel, le pansement de Lister mis de côté, bien entendu, et qu'il se sert lui-même, d'appareils à pédales variables suivant les régions, mais immobilisant le membre de la façon la plus absolue, d'ailleurs, comme l'appareil du chirurgien de Strasbourg.

M. Labbé présente une observation de **M. Sorel** sur l'expulsion spontanée d'un fibro-myôme.

M. Lucas-Championnière dépose un mémoire sur la ligature élastique dans les cas de fistule à l'anus.

Ces deux travaux seront l'objet d'un rapport ultérieur.

A propos du procès-verbal, **M. Lefort** proteste contre le nom de thyroïdectomie appliqué à l'opération d'une simple tumeur du corps thyroïde. Il faut réserver cette dénomination pour l'extirpation complète de la glande.

Rapport de **M. Horteloup** sur l'observation d'ovariotomie lue à la Société dans une précédente séance par **M. Beauregard** du Havre.

Cette opération, très intéressante, bien prise, conclut **M. le secrétaire général**, m'inspire cependant deux légères critiques. **M. Beauregard** voulant laisser le pédicule dehors, devait renoncer à cette manœuvre dès qu'il a vu l'utérus tiraillé et les ligaments larges fortement attirés en haut.

Je n'admets pas non plus que la ponction doit toujours être faite pour compléter le diagnostic. — C'est une opération dangereuse — **M. Horteloup** cite plusieurs faits à l'appui de cette idée — et que ne saurait justifier, même le désir de faire un diagnostic précis.

Lecture d'un rapport de **M. Giraud-Teulon** sur une note du docteur Vicati intitulée : *De la guérison du glaucôme par la sclérotomie équatoriale transverse.*

Cette opération qui pour son auteur donnerait toujours le meilleur résultat, ne présente, dit le rapporteur, rien de bien particulier, c'est une paracentèse oculaire, et **M. Lefort** lui-même la pratique. Elle n'a pas encore fait ses preuves. Le nombre des

observations de M. Vicati est insuffisant : il faut attendre plus longtemps avant d'affirmer la guérison complète des malades. C'est une opération d'urgence, en un mot, mais qui ne saurait en aucune façon être substituée à l'iridectomie.

M. Le Fort. — Rien de commun entre mon opération et la sclérotomie du D^r Vicati. Partant d'une idée théorique que je n'ai ni à développer ni à défendre ici, j'introduis entre la sclérotique et la choroïde, dans cet espace qui suivant moi contient le liquide du glaucôme, une aiguille à cataracte. Je vide la cavité sous-choroïdienne et tout est terminé.

L'opération est aussi simple que possible, elle ne présente aucun inconvénient, essayez-en et vous verrez les résultats qu'elle donne. Je l'ai faite trois fois ; les deux premières observations sont insérées dans mon mémoire, quant à la troisième dans laquelle le glaucôme constituait le début d'une ophthalmie sympathique, le malade, qui le matin ne voyait pas les barreaux de la fenêtre, pouvait lire le soir le numéro du lit de son voisin d'en face.

M. Verneuil présente un jeune homme auquel il a réséqué la hanche du côté droit et à propos de cette présentation fait un rapport sur le pansement antiseptique ouvert, le pansement des cas désespérés comme il l'appelle. Il a dû enlever à son malade tous les ganglions de l'aîne, il s'agissait d'une récurrence d'ostéo-sarcome, et la réunion ne pouvait être tentée. La marmite de Lucas-Championnière placée à un mètre de la plaie découverte y versa son nuage d'eau phéniquée tiède, six heures par jour, et le malade guérit presque sans fièvre, sans réaction inflammatoire.

La même méthode, poursuit M. Verneuil, m'avait donné déjà le résultat le plus inattendu dans un cas de violent traumatisme du genou chez un jeune volontaire de Compiègne. L'articulation avait été ouverte par un coup de pied de cheval, le malade avait une fièvre intense, du subdélirium et je me disposais à faire la résection du genou. J'essayai du pansement antiseptique ouvert et dès la projection des premiers nuages phéniqués le malade éprouva un tel bien-être, une amélioration si notable qu'il ne voulût plus qu'on cessât la pulvérisation. Le succès fut complet, trois semaines après, le jeune soldat faisait le voyage du Nord et rentrait dans sa famille.

Enfin je pourrai vous montrer un amputé auquel je dus laisser une grosse éponge dans le canal médullaire du fémur, son état général était détestable ; la plaie avait l'aspect le plus

mauvais. Sous l'influence du pansement antiseptique ouvert, je le vis revenir rapidement à la santé, les lambeaux rosés et de belle nature se comptèrent avec la plus grande facilité du jour où je pus retirer l'éponge et mon malade guérit contre toute prévision.

Je termine en disant que le pansement antiseptique ouvert donne encore les meilleurs résultats dans les cas de brûlures de mauvaise nature à suppuration fétide et abondante.

M. Farabeuf, qui est, dit-il, un fanatique de la réunion par première intention, regrette de la voir délaissée dans cette nouvelle méthode. Il l'observait pourtant encore récemment chez un enfant du service de M. Lannelongue et auquel ce chirurgien avait dû réséquer la hanche et il l'observait dans des conditions telles que sept semaines après l'opération il ne restait plus qu'une cicatrice linéaire.

M. Tillaux, à propos de l'hémorrhagie secondaire signalée par M. Verneuil dans une de ses observations, tient à revenir sur la méthode hémostatique qu'il préconise. Tordez vos artères, dit-il, et vous n'aurez jamais de pertes de sang. Pour qu'une hémorrhagie se déclare après la torsion il faut qu'il survienne une gangrène de toute la région.

Quant à la réunion immédiate des plaies, il faut toujours la faire quand on le peut. C'est aussi l'opinion de **M. Gillette** et les deux chirurgiens citent quelques faits personnels à l'appui de leur assertion.

M. Ledentu fait des distinctions. En principe, dit-il, je suis partisan de la réunion immédiate, mais quand je crains la gangrène, soit que j'ampute pour supprimer un membre sphacélé, soit que j'intervienne dans un cas de violent traumatisme, je me contente d'appliquer des sutures de maintien. La réunion immédiate ne saurait être obtenue, en effet, dans les cas de ce genre.

C'est aussi l'opinion de **M. Verneuil** pour lequel la réunion immédiate n'a de raison d'être que depuis la découverte des méthodes antiseptiques. Tous les vieux chirurgiens y renonçaient, dit-il : Velpeau, Gonelin, Denouvilliers, Broca, Verneuil. Sédillot, à la fin de sa carrière, disait en exagérant sa pensée qu'il faudrait tailler le cône du moignon à l'envers. Vous voulez de la réunion immédiate quand même ! Mais réunissez-vous les bords d'une plaie contuse du cuir chevelu ? Pourquoi réunir les bords d'une amputation traumatique ? Faites-vous une périnéoraphie dans le cours de l'état puerpéral ?

Pourquoi demander à des lambeaux d'alcoolique, de diabétique, d'albuminurique la vitalité que vous refusez aux tissus d'une accouchée?

Que prouve un succès contre les insuccès nombreux auxquels vous vous exposez? Et puis que risque votre malade dans le cas de réunion secondaire? Si vous ne réussissez pas dans vos tentatives de réunion immédiate, au contraire, vous lui faites courir le plus grand danger. Sachons donc comprendre les indications générales.

Incidemment s'engage une discussion entre MM. Tillaux et Farabeuf sur les différents procédés de désarticulation de l'épaule. La méthode par lambeau externe de Dupuytren a pour M. Tillaux plus de valeur qu'on ne le pense. Deux fois il a été amené à la pratiquer par nécessité : elle lui a donné les meilleurs résultats. Aussi ne l'indique-t-il plus comme une méthode d'exception aux élèves qui suivent ses cours, et la choisira-t-il lui-même de préférence à la raquette dans tous les cas qui se présenteront désormais.

M. Farabeuf demeure partisan de la raquette.

Il craint, dit-il, le clapier qui se forme fatalement entre la cavité glénoïde et la face interne du lambeau de Dupuytren. Et puis, dans la méthode à lambeau, externe on lèse trop facilement l'artère circonflexe.

La séance est levée à 6 heures.

F. JOUIN.

Interne des hôpitaux.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies de l'utérus, de l'ovaire et des trompes considérées principalement au point de vue du diagnostic et du traitement, contenant un appendice sur les maladies du vagin et de la vulve, par A. Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (1).

Tous les médecins connaissent ce traité magistral des maladies des femmes et ils savent les services qu'ils peuvent en attendre dans certains cas parfois difficiles qui se rencontrent dans la pathologie utérine. Aussi ne parlerions-nous

(1) Deux volumes in-8°. Troisième édition avec 516 figures dans le texte. Librairie Asselin, place de l'École de médecine.

pas de cette troisième édition, si l'on n'y trouvait toutes les améliorations imposées par le niveau actuel de cette partie de la science et de la pratique médicales. On sait avec quelle rapidité les faits nouveaux s'accumulent aujourd'hui et les conséquences qui en résultent, soit pour une meilleure interprétation de certaines affections obscures, soit pour un traitement plus rationnel apporté à des cas réputés jusque-là incurables. Sous ce rapport, la gynécologie a fait plus de progrès peut-être, qu'aucune autre branche des sciences médicales. Les résultats obtenus aujourd'hui par l'ovariotomie, par l'opération de Porro, etc., n'en sont-ils pas les témoins irrécusables ?

Les praticiens trouveront la troisième édition de ce *Traité pratique*, au niveau de l'état actuel de la science. Mais qu'il nous soit permis de dire aux jeunes médecins et aux étudiants que ce livre essentiellement pratique et didactique sera leur meilleur guide dans l'étude de cette partie de la pathologie qu'on abandonne à tort aux spécialistes. Il contient, en effet, sur les différents modes d'exploration et de traitement des détails clairs, simples, abondants et toujours rehaussés par une figure qui ne peut laisser aucun doute dans l'esprit, soit sur la position à donner à la malade, soit sur la manière de tenir et de manœuvrer l'instrument. En terminant, signalons comme chapitres particulièrement importants ceux qui sont relatifs à la tératologie, à la dysménorrhée et à la stérilité. Cette dernière question, si intéressante dans la pratique, a été exposée avec une ampleur de vues et de détails telle qu'on pourrait facilement la détacher pour en faire un petit traité spécial. Une table analytique des matières et une table alphabétique très détaillée permettent de trouver, aussi facilement que dans un dictionnaire, l'article qu'on veut consulter ou le renseignement dont on a besoin.

Dr Y...

VARIÉTÉS

Lettre à M. Ernest Desjardins, membre de l'Institut, sur le collyre divinum et sur le cachet de M. Tarquinius Florentinus trouvé à Bavi.

BIEN CHER MAÎTRE.

En lisant, avec l'attention et l'intérêt que je porte à tout ce qui vient de vous, votre quatrième lettre à M. le Dr Edouard

Fournié (1), j'ai eu connaissance de la note consacrée par M. le Dr Eugène Fournier au collyre *divinum* du cachet de D. Gallius Sestus (2). Lorsque j'ai publié ce monument, jusque-là inédit, j'ai proposé l'interprétation suivante : « Le mot *divinum* ne donne aucun renseignement sur la nature du collyre qu'il désigne ; c'est une de ces dénominations emphatiques, fort en usage chez les médecins de l'antiquité ; il faut l'ajouter à la liste déjà longue de ce genre d'épithètes : *isotheon* (3), *isochrysum* (4), *atimeton* (5), etc. On aurait tort d'y voir une preuve de charlatanisme ; les médecins les plus sérieux citaient ces noms sans y rien trouver de surprenant ; on en relèverait, chez Galien seul, une liste interminable : ἱερὰ δυνάμεις θαυμαστικὴ (6), ἀνικητὸς ἄστηρ (7), κολλύριον ὃ Προτεὺς ᾧ οὐδὲν ἴσον (8), etc. (9). » Mon excellent ami Héron de Villefosse et moi, dans un mémoire fait en collaboration, et sous presse en ce moment (10), nous avons cru devoir conserver cette interprétation. Vous-même, en approuvant ma conjecture, lui avez donné l'autorité de votre savoir (11). Je profiterai de l'occasion qui m'est offerte, cher maître, pour vous remercier de la bienveillance avec laquelle vous avez, ici même, jugé mes modestes travaux ; je regarde comme un honneur et comme un encouragement non médiocres que vous ayez toujours accepté les lectures et commentaires des cachets que j'ai publiés, soit seul, soit en collaboration avec M. Héron de Villefosse.

L'inscription en question est ainsi conçue :

D GALLI SESTI
DIVINV AD ASP

Decimi Galli(i) Sesti divinu(m) ad asp(ritudines).

« Collyre divin de D. Gallius Sestus contre les granulations des paupières. »

(1) *Revue médicale française et étrangère*, n° 22, 28 mai 1881, p. 785.

(2) *Ibid.*, n° 47, 20 novembre 1880, p. 716.

(3) *Grotefend*, n° 64.

(4) *Id.*, n° 107.

(5) Sichel. *Cinq cachets inédits de médecins oculistes romains*, p. 11.

(6) Galien, t. XIII, p. 804, édit. Kühn.

(7) *Id.*, t. XII, p. 761.

(8) *Id. ibid.*, p. 787.

(9) *Bulletin critique, Cachets inédits de Magillius et D. Gallius Sestus*, p. 15 du tirage à part.

(10) *Notes sur quelques cachets d'oculistes romains* (troisième article), pour paraître dans le *Bulletin monumental*.

(11) *Revue médicale*, n° 46, 1880, p. 680.

Au sujet de ce collyre, M. le Dr Eug. Fournier cite le texte suivant de Pline: « ... *Cynocephalam herbam quae in Aegypto vocaretur Osiritis, divinam et contra omnia veneficia* (1), et en rapproche un passage du Pseudo-Apulée:

« *Graeci cynocephalon dicunt, alii antirrhinon... Prophetas osireostaphen: ad epiphoras oculorum* (2). « Il ressort de ces deux passages, conclut M. le Dr Fournier, qu'une plante de l'antiquité, dédiée en Egypte à Osiris, a été qualifiée chez eux de *divinam*, et qu'elle était employée contre les maladies des yeux. » Il s'ensuit que le « *divinu(m)* ou mieux *divin(am)*, inscrit sur un des cachets de D. Gallius Sestus » est l'herbe appelée par Pline *cynocephalia*.

Je ne crois pas que le texte de Pline soit bien interprété; Pline ne dit pas que la plante *cynocephalia* était dédiée à Osiris, ni qualifiée *divinam* par les Egyptiens; citons le texte en entier: « *Quaerat aliquis quae sint mentiti veteres magi, quum, adolescentibus nobis visus, Apion, grammaticae artis, prodiderit cynocephalam herbam, quae in Aegypto vocaretur osiritis, divinam, et contra omnia veneficia: sed si tota erueretur, statim eum qui eruisset mori.* — Vous pouvez vous faire une idée des mensonges des anciens mages; le grammairien Apion, que j'ai connu dans mon enfance, n'a-t-il pas écrit que l'herbe *cynocephalia*, appelée en Egypte *osiritis*, est *divina* (nous dirons tout à l'heure comment nous comprenons ce mot), bonne contre tous les maléfices et que celui qui l'arrache tout entière meurt aussitôt. » L'herbe est donc appelée *osiritis* (3) par

(1) Pline, H. N. XXX, vi, 2.

(2) *De medicaminibus herbarum*, c. 86.

(3) *Osiritis* nous semble être mis ici pour *Osiridis*, génitif de *Osiris*; il suffit d'ouvrir le recueil des inscriptions d'Algérie de M. L. Renier pour constater, dans le latin africain, les fréquents changements de *d* en *t*, et réciproquement: *herba Osiridis* signifierait donc *herbe d'Osiris*, c'est ainsi qu'on dit encore aujourd'hui dans le langage populaire: *herbe de saint Benoît* (*geum urbanum*), *herbe à la Vierge* (*narcissus poeticus*)... etc. Il n'est pas surprenant que les Égyptiens aient donné le nom d'un dieu à une plante magique ou même médicinale, la médecine, chez ce peuple, ayant toujours été mêlée à la magie.

L'observation que nous venons de faire au sujet du *d* changé en *t*, dans le latin africain, nous suggère une autre pensée: les éditeurs modernes de Pline ont abandonné la leçon *Osirites* donnée par plusieurs manuscrits; en prenant le *d* pour un *t* on aurait *Osirides*, c'est-à-dire fils d'Osiris. Or, le fils d'Osiris est *Anubis*, le dieu si souvent représenté sur les monuments égyptiens avec une tête de chacal ou de chien et que, pour cette raison, Virgile (*Aen.*, VIII, 698) appelle *latrator Anubis*. Ne serait-il pas naturel que les Égyptiens, donnant un nom de dieu à l'herbe magique et médicinale *cynocephalia* eussent choisi, par analogie, le nom du dieu cynocéphale, fils de leur grande divinité

les Égyptiens, et non consacrée à Osiris, et c'est Apion, et non pas les Égyptiens, qui la qualifient *divina*. Le sens de ce dernier mot me paraît ressortir du contexte : Pline, pour montrer jusqu'à quel point les magés abusaient de la crédulité publique, cite les mensonges d'Apion au sujet de l'herbe cynocephalia; il s'agit de magie, l'herbe en question est propre contre les maléfices, on ne peut l'arracher sans mourir; l'épithète *divina* doit avoir ici un sens analogue; dans des textes appartenant à la meilleure latinité, *divinus* signifie : prophétique, qui prédit l'avenir, divinatoire; Apion a écrit que l'herbe cynocephalia est divinatoire. Voilà ce qu'a dit Pline.

Divina n'est donc pas un nom de la plante, c'est une épithète qui lui est appliquée d'une manière absolument accidentelle; il n'y a pas lieu, par conséquent, de rapprocher le *divinum* de notre cachet du *cynocephalion* de Pline du Pseudo-Apulée; et, comme nous en étions d'accord, sur la pierre, *divinum* signifie collyre divin, c'est-à-dire d'une efficacité souveraine.

Voulez-vous, cher maître, avant que nous passions au cachet de Bavai, me permettre une observation. Vous citez la liste Mowat et en faites la base de votre numérotage des cachets d'oculistes. Après bien des recherches, M. Héron de Villefosse et moi sommes arrivés à la conclusion qu'on ne connaît pas 161 cachets d'oculistes. Peut-être y a-t-il, dans cette liste, des confusions entre des cachets et de simples empreintes, peut-être, et je serais porté à le croire, son auteur ne l'a-t-il pas rédigée d'une façon définitive et pour la publicité. Il serait à désirer qu'elle fût imprimée et connue; jusque-là, il me semble qu'on ne peut, pour le public, compter que les cachets publiés ou au moins indiqués; un numérotage autrement établi peut amener des erreurs et des confusions.

Au moment où vous publiez dans la *Revue médicale* le nouveau cachet de Bavai, je le communiquais à la *Société nationale des Antiquaires de France*, après l'avoir étudié avec mon collaborateur habituel, M. Héron de Villefosse (1); nous ignorions

Osiris? Ce simple rapprochement pourrait-il donner quelque crédit à la leçon *Osirites*? Je m'arrête sur ce terrain dangereux, n'étant pas philologue. J'indique simplement l'idée qui m'est venue à l'esprit; à d'autres de voir ce qu'il en faut penser.

(1) Je reproduirai ici le texte du cachet de Bavai, pour les lecteurs qui n'auraient pas, sous la main le n° 22 de la *Revue médicale*.

1° M. TARQ FLOREN

M. Tarquinii Floren(tini) dialepidos

DIALEPIDOS

que vous vous en occupiez en même temps que nous. Ce cachet n'offre de nouveau que le nom du médecin et le collyre *diacisias*. Le gentilicium *Tarquinius*, nouveau dans la liste des oculistes, ne l'est pas dans l'épigraphie. Il se retrouve même dans une inscription funéraire de Bavai que vous avez publiée, porté par une femme et abrégé de la même manière que sur notre cachet :

D M
Q, POMP. CRISPO
TARQ. SECVNDAE
POMP. VICTOR
PARENTIB. FECIT (1)

Quant au collyre *diacisias* notre interprétation diffère de la vôtre. Nous ne nous étions pas arrêtés au mot grec διαχυσίς ni au collyre résolutif. Il nous avait semblé que la terminaison du mot indiquait un nom au génitif, gouverné par la préposition δια et désignant l'ingrédient dont est composé le collyre, comme dans δια λεπιδος, δια γης σαμίας, etc. Partant de ce principe, nous avons cherché quelle pouvait être la substance indiquée par *cisias*. C'est le mot *lierre* (κισσός), qui nous a paru présenter l'interprétation la plus satisfaisante. Les médecins anciens faisaient du lierre un usage fréquent; dans de nombreux passages, Celse (2), Pline (3), Dioscoride (4), Galien (5), Oribase (6), Aetius (7), prescrivent ou énumèrent ses propriétés. Aucun texte, il est vrai, ne nous indique que le lierre ait été spécialement employé pour les yeux, mais, parmi ses propriétés, beaucoup lui sont communes avec les substances qui entrent le plus souvent dans la composition des collyres.

2° M. TAR. FLOREN PENICILLVM	<i>M. Tarq(uinii) Floren(tini) penicillum.</i>
3° M. TARQ. FLOREN DYASMYRNES	<i>M. Tarq(uinii) Floren(tini) diasmyrnes.</i>
4° M. TAR. FLOR DIACISIAS	<i>M. Tarq(uinii) Flor(enlini) diacisias.</i>

(1) *Monuments de Bavai*, p. 22 et pl. II.

(2) Celse, *Medicina*, II, xxxiii.

(3) Pline. H. N., XXIV, XLVII, XLIX.

(4) Dioscorides, Περὶ ὕλης ἱατρικῆς l. II, ccx, p. 328 du t. I, édit. Kühn.

(5) Galien, Περὶ τῆς τῶν ἀπλῶν φαρμάκων κρᾶσεως καὶ ὁνύμεως, l. VII, 29, p. 29 du t. XII.

(6) Oribase, *Medicinalium collectorum*, lib. XV, c. 1, lettre C, col. 500 A, édition Etienne.

(7) Aetius, *Tetrabiblos* I, sermo 1, a littera K incipientia, col. 34 A, édit. Etienne.

Celse le cite avec *vinum*, *acetum*, *rosa*, *olea*, *melinum*, si employés par les fabricants de collyres, dans une liste de substances *quae simul reprimunt et refrigerant* (1); c'est, suivant Pline, un topique contre les ulcères de toute nature : « *Illinitur decocta quaecumque (hedera) in vino omnium huiusmodi generi, etiamsi cacoethe sint* (2). » On sait combien fréquemment le vinaigre était employé; nous avons relevé sur les pierres, plusieurs collyres *dioxus*; or Pline attribue au lierre les propriétés du vinaigre : « *eadem natura, quae aceto, ei est* (2). » M. le Dr Moquin-Tandon résume ainsi les vertus que les anciens prêtaient aux feuilles de lierre : *on les croyait vulnérables et détersives; on les recommandait aussi dans le traitement de la teigne et de la gale. — Administrées en décoction, en bains locaux. On employait aussi les fruits mûrs et pulvérisés dans du vinaigre ou du vin blanc* (4). — *Résine de lierre. . . . on s'en servait aussi en fumigations* (5). » Dioscoride (6), Galien (7) et d'autres (8) nous apprennent que les résines, et particulièrement l'encens, étaient employés en *fuligo* et en fumigation pour combattre plusieurs affections soit des yeux, soit d'autres parties du corps. Aujourd'hui le lierre a perdu sa vogue (9) mais des traces nombreuses des anciens usages sont restées dans la médecine populaire et dans ce qu'on est convenu d'appeler des « remèdes de bonnes femmes » (10).

Il n'est pas surprenant que le lierre, aussi souvent employé, ait donné son nom à un collyre; Marcellus le fait entrer dans la composition d'un médicament (*acopum*), nommé pour cette raison, *διὰ χιτταῖον*, et d'une efficacité rare : « *si quae doluerint corporis partes, perunctae et confricatae sanitati cito restituentur* (11). »

(1) *De medicina*, II, xxxiii.

(2) H. N. XXIV, XLVII, 4.

(3) *Ibid.*, 1.

(4) A. Moquin-Tandon, *Éléments de botanique médicale*, II^e partie, I, I, ch. XI, § 15, n° 19, p. 196.

(5) *Id. Ibid.* Liv. II, ch. VII, § 7, n° 6, p. 352.

(6) Dioscorides *loc. cit.*, I, LXXXV, p. 89 du t. I.

(7) Galien *loc. cit.*, VII, xi, 15, p. 61 du tome XII.

(8) Cf. Aetius, *Tetrabiblos* I, sermo III, cap. CXLIV, col. 145 B-D.; Paulus Aegineta, *De re medica*, I, VII, cap. XXII, col. 693 B-G, édit. Etienne.

(9) H. Bossu, *Traité des plantes médicinales*, t. II, p. 285.

(10) « *Folia hederæ ad ambusta et ulcera quævis conducere creditur et hodie in Suecia*. Linnaei, *iter per Gothiam occid. Suec.*, p. 201, apud Curtium Sprengel, *Commentarius in Dioscoridem*, II, c. CCX.

(11) *De medicamentis*, XXXVI, col. 411 G, édit. Etienne.

Theodorus Priscianus donne, de son côté, la formule d'un *acopum* nommé *diacissum*, mais d'où le lierre est absent (1).

Un collyre qui emprunterait son nom au lierre, devrait, nous ne l'ignorons pas, se nommer régulièrement, en grec, διὰ κισσοῦ, et, en latin, *diacissus* ou *diacissi* et non *diacisias*, mais on sait combien ces noms, en passant du grec dans un latin plus ou moins barbare, étaient défigurés souvent, soit par l'ignorance de l'oculiste, soit par celle du graveur de la pierre; pour citer un exemple, n'avons-nous pas les collyres : *diamisyos*, *diamissus*, *diamysus*, *diamysum*, *diaglaucen* et *diaglaucu*? L'auteur du traité attribué à Apulée mentionne un nom du lierre qui se rapproche davantage du nôtre : *cission* (2). Restent les deux S du mot grec, dont un seul se retrouve dans *diacisias*; n'avons-nous pas sur la pierre de Bouguenais, le collyre *diagesamias* pour *diagessamias* (3)? Ce ne sont pas les seuls exemples offerts par les inscriptions d'une simplification de ce genre. D'ailleurs, nous pouvons nous dispenser d'y recourir. Étienne d'après Hezychius (4), indique le mot κισός, comme synonyme de κισσός, or, κισός se transcrit en latin *cisus*, de telle sorte que la transcription régulière du nom de collyre διὰ κισσοῦ serait *diacisi*.

Voilà, cher maître, les observations que je désirais vous soumettre; vous les lirez, je l'espère, avec votre bienveillance habituelle. Veuillez agréer, cher maître, l'expression de mes sentiments de bien affectueux respect.

Collège de Juilly, juin 1881.

H. THÉDENAT.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du Président de la République en date du 7 juillet 1881, rendu sur la proposition du ministre de l'agriculture et du commerce, sont promus ou nommés dans cet ordre :

A la dignité de grand-croix. — M. Pasteur (Louis), membre de l'Institut. — Travaux récents et nouvelles découvertes d'une grande importance concer-

(1) *Ad Eusebium de physica scientia*, lib. IV, p. 311 b, édit. Aldus.

(2) *Parabulum medicamentorum scriptores antiqui*. — L. Apuleii de *medicaminibus herbarum*, cap. xcviij, p. 273, Norimbergae et Altorfii.

(3) Klein, n° 121.

(4) Étienne, au mot Κισός, édit. Didot : Κισός, idem quàm κισσός, Hezych. *testo, species herbarum*.

nant les moyens propres à prévenir les maladies contagieuses, le charbon, la rage, etc. — Grand officier du 20 octobre 1878.

Au grade de commandeur. — M. Coulier (Paul-Jean), pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé des armées à Paris. Officier du 4 mars 1872; 36 ans de services, 3 campagnes.

Au grade d'officier. — MM. Brouardel (Paul-Camille-Hippolyte), professeur à la faculté de médecine de Paris, membre du comité consultatif d'hygiène publique. Chevalier du 16 mars 1872. — Martres (Jean-Antoine-Baptiste-Élisabeth-Achille), médecin-major de 1^{re} classe au 21^{me} régiment d'artillerie, Chevalier du 29 décembre 1865; 36 ans de service, 8 campagnes. — Malval (Baptiste-Odilon-Marcelin), médecin-major de 1^{re} classe à l'hôpital militaire de Cambrai. Chevalier du 30 septembre 1863; 30 ans de services, 12 campagnes. — Grimaldi d'Esdra (Vincent), médecin-major de 1^{re} classe au 22^{me} régiment d'artillerie. Chevalier du 11 août 1867; 35 ans de services, 9 campagnes.

Au grade de chevalier. — MM. Chamberland (Charles-Edouard), agrégé de l'Université, docteur ès sciences; a secondé M. Pasteur dans ses recherches sur les maladies contagieuses. Services exceptionnels. — Chatin (Joannes), professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie, directeur du laboratoire de micrographie du Havre; services exceptionnels. — Roux (Pierre-Paul-Emile), aide de clinique à la faculté de médecine de Paris; a secondé M. Pasteur dans ses recherches sur les maladies contagieuses. Services exceptionnels. — Pinchard (Jean-Abel), médecin-major de 1^{re} classe au 6^{me} régiment d'artillerie, 21 ans de services, 5 campagnes. — Claudot (Maurice), médecin-major de 1^{re} classe à l'hôpital de la Charité, à Lyon; 18 ans de services, 10 campagnes. — Madamet (Alfred), médecin-major de 1^{re} classe à l'hôpital de Bayonne; 20 ans de services, 7 campagnes. — Salomon (Alfred), médecin-major de 2^{me} classe au 18^{me} régiment de chasseurs; 20 ans de services, 6 campagnes. — Perron (Frédéric), pharmacien-major de 2^{me} classe à Cherchel; 16 ans de services, 12 campagnes. — Le docteur Gillet (Henri-Marie), médecin en chef de l'hospice de Melun, chargé du service médical des salles militaires; 33 ans de services. — Le docteur Léon (Hugues-Henri), médecin civil requis, chargé du service de santé de l'infirmerie-hôpital du fort Barraux (Isère); 27 ans de services. — Le docteur Drouineau, chirurgien en chef des hospices de la Rochelle; 47 ans de services publics.

— LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS, dans sa séance du 9 juillet, a voté l'inscription au budget d'une somme de 20,000 fr. destinée à la création d'une chaire de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

— L'un des pavillons de l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart, qui, depuis longtemps déjà, menace ruine, va être très prochainement reconstruit. Il serait à désirer aussi que le bâtiment du Musée, qui est en mauvais état et menace de s'effondrer, fût également réédifié.

Le rapport, présenté à ce sujet au conseil municipal par M. le Dr Bourneville, invite, de plus, l'administration de l'Assistance publique à faire procéder régulièrement à la désinfection des corps envoyés à l'amphithéâtre et à l'enlèvement quotidien des débris de cadavres. C'est pour ces restes humains que la commission, dont notre confrère est rapporteur, renouvelle encore une fois le vœu relatif à la crémation des corps qui ont servi aux études anatomiques.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.



APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE

MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

CHIMIE MÉDICALE. — Faits sur lesquels s'appuyait ma théorie de l'albuminurie lorsque je la communiquai à l'Académie des sciences de Paris, en 1851, et conséquences déduites à cette époque, par M. Édouard ROBIN. — Les urines deviennent albumineuses :

1° Dans le croup ou diphthérie laryngée ;

Dans les hydropisies ascites ou hydropisies abdominales très développées ;

Dans les cas de bronchite capillaire et d'emphysème pulmonaire donnant lieu à une forte dyspnée ;

Dans la phthisie pulmonaire, surtout compliquée de pneumonie entraînant un embarras considérable dans la respiration ;

Dans l'état de gestation de la femme, suffisamment avancé, suffisamment développé, pour que la circulation abdominale embarrassée, la respiration gênée, déterminent une hématose difficile ;

C'est-à-dire, dans les maladies, dans les états particuliers où une diminution très notable de combustion est entraînée par une respiration très incomplète.

2° Dans la cyanose, quelle qu'en soit la cause.

Et dans les affections du cœur arrivées à un degré tel, que les malades soient maintenus dans un état permanent de demi-asphyxie ;

Par conséquent, dans les cas où un obstacle à la circulation du sang, un vice de conformation du cœur empêchent l'hématose d'être aussi complète ou aussi rapide que dans les circonstances habituelles.

Juillet, T. II, 1881.

13

3° Dans les accès d'éclampsie, si remarquables par la gêne considérable qu'ils apportent à la circulation et à la respiration (alors, il est vrai, l'albuminurie précède en général les accès; mais ils ne manquent jamais de la rendre plus abondante);

4° Dans le choléra (MM. Hermann, de Moscou, Simon, de Berlin; Michel Lévy et Rostan), maladie entraînant une diminution considérable dans la combustion lente, et par suite dans la température propre;

5° Dans les lésions spontanées ou traumatiques des centres nerveux déterminant un abaissement de température, une diminution notable de combustion (Brodie et Henckel) (1);

6° Dans le diabète, maladie où, assez souvent au moins une lésion analogue paraît être primitive; où d'ailleurs la grande abondance de sucre dans le sang entrave la combustion des matières albumineuses et l'hématose, où enfin, d'après l'observation de M. Bouchardat (*Gazette des Hôpitaux* de 1851, p. 555), la température s'abaisse de 1 à 2 degrés chez les sujets fortement atteints;

7° Dans l'espèce d'épuisement du fluide nerveux qui caractérise l'état désigné sous le nom de *courbature*, et qui doit alors entraîner une diminution considérable dans la calorification, dans la combustion lente;

8° Dans la suppression artificielle ou naturelle de la perspiration cutanée, suppression diminuant d'une manière sensible la capacité d'absorption du sang pour l'oxygène, pouvant amener une sorte d'état demi-asphyxique, en tout cas un abaissement considérable de la température du corps qui ne peut manquer de produire une forte diminution dans les phénomènes de combustion lente.

C'est ainsi que les urines deviennent albumineuses sous l'influence d'enduits artificiels imperméables recouvrant toute la surface de la peau (M. Fourcalt, M. Magendie); et que le phénomène n'est pas rare dans les maladies (la rougeole, la scarlatine, la variole) où les fonctions de la peau peuvent être fortement entravées.

Par une cause analogue, l'urine est albumineuse à la suite des refroidissements très considérables de la surface du corps occasionnés par le froid extérieur.

Enfin, la maladie de Bright, où les urines sont toujours albumineuses, est attribuée précisément à plusieurs des causes

(1) Voir Olivier, *Traité des maladies de la moelle épinière*, 3^e édition, Paris, 1839, p. 142.

que je viens d'indiquer comme capables de déterminer le passage de l'albumine dans les urines ; savoir :

Les maladies du cœur ;

Les altérations du foie, et, quelle qu'en soit la cause, le ralentissement ou la suspension du cours du sang dans l'abdomen ;

L'impression subite d'un froid très vif ;

Les alcooliques pris habituellement en forte proportion ;

La phthisie pulmonaire compliquée de dyspnée, etc. ;

La physiologie comparée fournit aussi quelques données utiles :

En général, les urines des mammifères ordinaires et celles des oiseaux ne contiennent pas d'albumine. Parmi les reptiles, au contraire, les batraciens, du moins les grenouilles, si remarquables par la faible élévation de leur chaleur propre, rendent une urine où toujours se trouve de l'albumine (M. Dumas).

Il reste à constater que les urines deviennent albumineuses sous l'influence des agents qui, suivant moi, protègent à un degré considérable contre la combustion lente. Je possède peu de faits à cet égard :

Les urines deviennent albumineuses dans les anesthésies prolongées, et dans les empoisonnements lents par l'acide cyanhydrique ;

L'état habituel d'ivresse y prédispose à un degré remarquable ;

Elles prennent parfois, tout à coup, cet état chez des syphilitiques soumis à un traitement mercuriel.

Quand l'activité de la combustion dans le sang, trop faible pour brûler toute l'albumine qui, à l'état normal, doit disparaître dans un temps donné, laisse diminuer la vitalité générale, la tonicité des tissus facilite les infiltrations et permet à une portion plus ou moins grande de matière albumineuse de passer en nature dans les urines, c'est autant de matière organique qui échappe à la transformation en urée ou en acide urique ; la proportion d'urée des urines albumineuses doit, par conséquent, se trouver d'ordinaire moindre qu'à l'état normal. C'est, en effet, ce qui a lieu dans les maladies suivantes, les seules, à ma connaissance, où des expériences aient été faites ; savoir : la phthisie pulmonaire, les maladies de la moelle épinière et de l'encéphale (Brodie et Henckel) ; la bronchite aiguë générale avec dyspnée très intense ; la maladie de Bright (Bostoc, Christison). C'est aussi ce qu'on observe, à l'état

Juillet, T. II, 1881.

normal, chez les batraciens : leur urine contient à peine des traces d'urée.

Ainsi donc, que la manière dont la diminution de combustion opère, pour déterminer l'albuminurie, soit ou non celle que j'ai signalée, un fait semble désormais acquis à la science, c'est que toute diminution très notable de combustion dans le sang (1), *toute altération très notable de l'hématose entraîne l'albuminurie.*

Les expérimentateurs trouveraient là un précieux moyen de direction dans les nouvelles recherches.

Faits en général postérieurs à la communication faite à l'Académie des sciences de Paris, en 1851, de ma théorie sur l'albuminurie. — Tout ce qui précède est extrait de ma note communiquée, en 1851, à l'Académie des sciences de Paris. Voyons maintenant si, comme j'avais alors été porté à le croire, la théorie était réellement propre à bien diriger dans les recherches ultérieures.

Par le degré d'hématose, *le fœtus des mammifères* se rapproche des animaux à sang froid : il a des urines albumineuses, et elles sont en outre remarquables par l'absence complète d'urée. (Prout, Mac-Clintock, Virchow).

Influence des maladies à diminution forte d'hématose. A l'agonie, les mouvements respiratoires et les contractions cardiaques s'affaiblissent beaucoup, les poumons s'engouent, en un mot, l'hématose est considérablement réduite. L'observation l'a montré : cet état paraît d'ordinaire entraîner l'albuminurie. (M. Gubler).

Comme la phthisie, l'hydrothorax et la péricapnémie sont des maladies où des entraves souvent très prononcées sont apportées au jeu de la respiration et où le dégagement d'acide carbonique dans l'expiration s'affaiblit en effet : ce sont aussi des maladies albuminuriques. Le fait est particulièrement remarquable dans la péricapnémie, et le phénomène y est proportionnel à l'étendue de l'hépatisation.

L'infection putride, l'érysipèle congénère de l'infection purulente, les érysipèles étendus et graves, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, le typhus ou fièvre des hôpitaux, etc., maladies remarquables par la diminution dans l'hématose, sont

(1) Il aurait fallu mettre dans « l'économie » mais ce n'est là que très secondaire. L'opinion ici émise était, à l'époque, celle de la plupart des chimistes français, de M. Dumas, par exemple.

également remarquables par la fréquence de l'albuminurie. Cette disposition des urines, est même, on le sait, l'un des caractères les plus constants de la fièvre typhoïde, et, d'après l'observation de Finger, le tissu rénal peut alors conserver son identité.

Par une cause analogue, la suette miliaire diminue notablement l'hématose et rend le sang fluide : c'est une des maladies à urines albumineuses.

L'ictère est souvent produit par les causes de diminution forte et rapide dans l'hématose. Eh bien, cette maladie n'attire pas seulement l'attention par des urines présentant une coloration brune plus ou moins foncée, due à la présence de la matière colorante de la bile, elle l'attire aussi par l'albuminurie.

Un excès permanent de graisse dans le sang manifeste une diminution d'hématose dans ce fluide; et, comme le montrent les urines chyleuses, l'albumine peut, sous cette influence, passer dans les urines avec les matières grasses.

Les bronchites aiguës répétées, les rétrécissements de l'artère pulmonaire sont des maladies qui diminuent l'abondance de l'oxygène dans le sang : ce sont des maladies souvent albuminuriques, et il en est de même de tous les accidents dyspnéiques très prononcés.

La chlorose, type de l'anémie pathologique, diminue notablement le chiffre des globules, et l'albuminurie est souvent l'un des symptômes de cette maladie.

La goutte est une maladie à diminution d'hématose manifestée par la production d'acide urique et d'urates; de vives douleurs peuvent à leur tour rendre plus intense la diminution d'hématose : conformément à ma théorie, c'est une maladie souvent accompagnée d'albuminurie (Gubler).

La gravelle rouge, le rhumatisme, souvent maladies à diminution d'hématose et à grandes douleurs, accompagnent souvent l'albuminurie.

Que l'altération dérive de la tuberculose, de la syphilis, du cancer, de la morve, de l'intoxication palustre, de la scrofule ou d'autre cause, toutes les cachexies ont cela de commun qu'elles ralentissent la formation des globules et diminuent d'une façon prononcée les combustions respiratoires. Toutes rendent la tonicité plus faible et finissent par faire passer l'albumine dans les urines.

Dans la méningite, la nature et le siège de la maladie, la somnolence, le coma, les nausées, les vomissements, les con-

vulsions semblent indiquer des troubles marqués dans l'hématose. (Voir au livre III de mes *Travaux de réforme dans les sciences médicales*, ma théorie sur les purgatifs et les vomitifs). De fait, suivant le professeur Rosenstein, l'albumine apparaît en général dans l'urine dès les premiers jours de la maladie, et l'effet a lieu chez les adultes comme chez les enfants.

Influence des purgatifs et des vomitifs. Suivant ma théorie à leur sujet, quantité de purgatifs et de vomitifs exercent leur pouvoir en déterminant une diminution plus ou moins forte et rapide dans l'hématose. Il était donc tout naturel que l'action des purgatifs drastiques fût souvent accompagnée d'albuminurie: et c'est en effet ce que l'observation a souvent fait constater. L'azotate de potasse, lui-même, peut rendre les urines albumineuses quand on l'administre soit à fortes doses prises en peu de temps, soit à petites doses qui agissent pendant longtemps.

Influence des anesthésiques. D'après ma théorie, les anesthésiques liquides sont des agents qui protègent contre la putréfaction après la mort et contre l'hématose pendant la vie. Or, conformément à ce qu'on savait pour le chloroforme et plusieurs éthers, il est maintenant reconnu pour l'hydrate de chloral qu'il est antiputride après la mort; qu'il ralentit fortement les phénomènes de combustion pendant la vie; que donné plusieurs fois de suite, à dose élevée, il cause des nausées et des vomissements; qu'il amène le relâchement des tissus; que, pris à l'intérieur pendant longtemps, il peut entraîner l'albuminurie, l'anasarque et une forme d'empoisonnement comparable à celui de l'ergotine (M. Smith, *Boston medical and surgical Journal*).

Le café noir est antiputride, sédatif, mais d'une médiocre énergie, et comme l'indiquent mes principes, il peut à hautes doses, rendre le sang plus noir, diminuer l'exhalation d'acide carbonique et la production d'urée, devenir diurétique et déterminer le passage de l'albumine dans les urines. A l'intensité près, il en est de même pour la fuchsine pure, et surtout arsénicale: elle conserve les matières animales après la mort, elle protège contre l'hématose pendant la vie, et toujours alors elle peut entraîner l'albuminurie.

Composés métalliques. Ceux d'entre les nombreux sels des métaux proprement dits qui n'absorbent pas l'oxygène, sont en général antiputrides après la mort et poisons pendant la vie. Au point de vue de mes théories, la mort qu'ils entraînent, les symptômes qui la précèdent manifestent à divers degrés l'opposition à l'hématose. Tous, sans doute, peuvent causer l'al-

buminurie, du moins le nombre de ceux pour lesquels ce pouvoir est reconnu a considérablement augmenté depuis l'époque où j'ai donné ma théorie. Alors je n'avais de faits confirmatifs que pour les mercuriaux, on signale maintenant comme susceptibles d'entraîner aussi cette affection : les composés solubles d'antimoine et de plomb (M. Ollivier), des composés d'argent (M. Liouville), des sels de cadmium, l'azotate d'uranium, des sels de cuivre, des composés d'arsenic, les chlorures d'or et de palladium.

Influence des affections morales. Le fait est bien reconnu, les affections morales tristes et profondes peuvent apporter dans l'hématose une diminution considérable. Le fait est bien reconnu aussi, ces affections peuvent causer la diurèse, des évacuations intestinales, des vomissements, l'albuminurie, (Prout, etc.).

Influence de l'eau introduite à l'intérieur. Qu'on injecte dans les veines une quantité d'eau un peu forte, le sang devient très fluide, une diminution considérable est apportée dans l'hématose et s'accompagne d'un effet calmant très marqué. Comme dans les cas précédents, la forte sédation s'accompagne du passage de l'albumine dans les urines (Expériences de feu M. Magendie). Les résultats ont été vérifiés par M. Hermann.

L'homme étant très ingénieux quand il s'agit de trouver des raisons qui, donnant à l'erreur des apparences de la vérité, lui permettent de rester aussi longtemps que possible dans les voies de la routine, j'ajouterai des preuves plus directes encore.

Influence des absorbants de l'oxygène, des agents que l'on regarde comme déterminant l'expulsion de ce gaz et la raréfaction de l'air. Dans les empoisonnements par le phosphore, agent énergique d'absorption de l'oxygène, l'abondance de ce gaz dans le sang diminue à un point très marqué, la diminution est d'ailleurs manifestée par un changement de couleur prononcé, par l'augmentation frappante de la graisse, par celle du foie et, conformément à ma théorie, elle peut l'être aussi par des vomissements. Que devient alors l'albumine du sang? Elle passe dans les urines (M. C. Schultzen, *Journal de pharmacie et de chimie* pour 1867, tom. V, p. 476).

Il serait intéressant de voir si le même passage ne s'effectue pas sous l'influence de l'acide pyrogallique pris à l'intérieur, etc.

D'après les expériences de Claude Bernard, le gaz protoxyde de carbone fait avec l'hémoglobuline une sorte de combinaison relativement plus fine que celle qui est produite par l'oxygène,

en sorte que, quand on le respire, il tend à se substituer à ce dernier gaz autour des globules et conséquemment à diminuer l'hématose. La respiration en est-elle effectuée à doses non toxiques, on ne tarde pas, en effet, à obtenir des signes d'une telle diminution : la température s'abaisse, la quantité d'urée devient moindre dans les urines, tandis que l'acide urique y augmente (M. Ritter). Eh bien, là encore, mes principes trouvent une confirmation : le gaz protoxyde de carbone est conservateur des matières animales mortes et sa respiration cause l'albuminurie (1).

Sur les hautes montagnes du globe, la raréfaction de l'air devait affaiblir l'hématose. En réalité, la sang y devient plus foncé en couleur, fréquemment le foie se congestionne, les vomissements indiqués par mes principes se manifestent quand la transition est brusque, et, la raréfaction de l'air est opérée artificiellement, l'urée diminue dans les urines (M. Bert). Qu'arrive-t-il au sujet de l'albumine du sang? Sur les très hautes montagnes, l'albuminurie est bien plus fréquente qu'au niveau des mers (voir les travaux de mon ancien et très intelligent élève M. Jourdanet, aujourd'hui l'une des célébrités médicales du pays (2)).

Les faits que nous venons d'exposer, démontrent on ne peut mieux, l'exactitude de notre théorie et nous osons espérer que leur publication ne sera pas inutile, soit au point de vue de la théorie elle-même, soit au point de vue du progrès qu'elle peut faire réaliser.

(1) Dans ses expériences multipliées sur l'alimentation des vaches par une nourriture chargée de substances toxiques (mercuriaux, arsénicaux), M^r le Dr Labourdette a reconnu que, parmi les phénomènes d'empoisonnement qui se manifestent presque toujours avant que la tolérance puisse avoir lieu, l'albuminurie est un symptôme qui apparaît le premier et disparaît le dernier. (*Gazette des Hôpitaux*, de 1859, p. 197).

(2) D'après les expériences de M. Bert, la respiration d'un air soumis à une pression trop forte produit sur l'économie un effet qui offre une grande analogie avec celui que détermine un air trop raréfié : la dépense d'oxygène et l'inhalation d'acide carbonique diminuent, la proportion d'urée s'abaisse; il en est de même pour la température du corps, le sucre passe dans les urines et la mort peut survenir. Pourquoi n'a-t-on pas cherché à voir si, dans de telles conditions, l'albuminurie ne survient pas ?

REVUES CLINIQUES

REVUE DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Par M. HUE, Interne des hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — *Rachitisme intra-utérin.* — On apporte, il y a quelque temps, à la consultation de **M. Ledentu**, un enfant de 3 jours, gros, replet, qui présentait comme affection la plus saillante une fracture de l'humérus gauche. Cette fracture était accompagnée d'un gonflement osseux considérable. Les deux cuisses étaient courbées et augmentées de volume, les deux jambes tuméfiées, pliées comme coupées en deux et réunies par une espèce de pseudarthrose. Les os des avant-bras étaient aussi tuméfiés en certains endroits. Les côtes présentaient un léger chapelet et, en un point, une fracture avec crépitation. Les parents ne s'étaient pas aperçus que les fractures se fussent produites pendant l'accouchement et personne ne l'avait remarqué. L'enfant était vraisemblablement venu ainsi au monde. Il ne présentait aucune trace d'éruption sur la peau, et M. Ledentu pense qu'il s'agit, dans ce cas, d'un rachitisme intra-utérin avec fractures ayant donné lieu, par place, à des pseudarthroses, et étant restées sans trace de consolidation en d'autres endroits.

Prostatite-périp prostatite suppurée. — Un malade du service de M. Ledentu a présenté un cas remarquable de cette affection. Il s'agit d'un homme de 36 ans qui, ayant eu une blennorrhagie à 23 ans, l'avait soignée avec des injections d'eau blanche fortes et répétées. Au mois de janvier dernier, ayant éprouvé de la difficulté et de la douleur dans la miction, il recommença le même traitement. Il en résulta une douleur très vive au périnée qui s'établit peu à peu et fut suivie d'impossibilité d'aller à la selle. Le canal était libre puisqu'il recevait une sonde n° 21. Mais le passage de cette sonde déterminait une douleur dans la profondeur. La vessie restait dilatée au-dessus du pubis, se vidait mal; les testicules étaient sains; il n'y avait rien à la poitrine. Au toucher rectal, on trouvait le lobe gauche de la prostate absolument sain; il n'en était pas de même du lobe droit. Ce lobe était, en effet, remplacé par une tuméfaction énorme, dure, très douloureuse par places et remontant tellement haut que le doigt avait peine à atteindre

son extrémité supérieure. On ne sentait pas de points ramollis, mais le volume seul était si considérable qu'il suffisait à expliquer les difficultés de la défécation.

S'agissait-il d'une tuberculisation de la prostate? Non, puisqu'il n'y avait rien aux testicules ni probablement à la vessie, il n'y avait pas eu d'hématuries. L'inflammation subaiguë ou chronique simple ne pouvait être mise en cause, étant donnés l'âge du malade et l'unilatéralité de la lésion. L'évolution était bien rapide pour un sarcôme; la tumeur était d'ailleurs un peu trop étalée, plaquée. M. Ledentu, tout en réservant son diagnostic, pensa plutôt à une inflammation aiguë, et fit appliquer des sangsues au périnée. Quelques jours plus tard la masse s'était ramollie, on put l'ouvrir avec un bistouri à lame étroite et cachée et donner issue à un verre de pus environ. M. Ledentu pense que la vésicule séminale droite a été le point de départ de l'affection, ce qui explique son unilatéralité. Quant à la cause, il est probable que les injections n'y ont pas été entièrement étrangères.

HOTEL-DIEU. — Corps mobiles articulaires.—

M. Richet a consacré une clinique récente à l'étude de la pathogénie et du traitement de ces affections à propos d'un malade de son service. Ce jeune homme de 19 ans avait eu, six ans auparavant, pendant un mois environ, les deux genoux tuméfiés et douloureux. Un mois avant l'entrée à l'hôpital, la même chose était survenue au point de gêner la marche et de faire boiter le malade. Il n'avait jamais éprouvé, comme la plupart de ceux atteints de la même affection, de douleur vive, brusque, arrêtant subitement la marche et déterminant même la chute. Le genou était volumineux et distendu par du liquide. Sur le côté externe de la rotule on sentait un corps arrondi, lisse, du volume d'une amande, mobile, surtout dans l'extension; mais impossible à faire passer entre les surfaces articulaires, ce qui expliquait l'absence de douleurs vives. Le malade, contrairement à l'habitude, ne connaissait pas l'existence de ce corps articulaire.

Le traitement de cette affection a passé par bien des phases. Les anciens enlevaient simplement les corps articulaires comme des corps étrangers; il en résultait souvent des arthrites suppurées d'une gravité telle que le membre devait être sacrifié ou que le patient succombait en quelques jours. J. Bell fut le chef d'une réaction complète contre ce procédé. On essaya alors

de les fixer, chose assez difficile, au moyen de l'anneau de Glooch, et de les rendre inoffensifs par l'immobilité. L'anneau de Glooch ne remplissant pas toujours exactement son but M. Richet s'est bien trouvé de le modifier en y ajoutant des petites pointes qui fixent encore mieux les tissus, et déterminent, autour du corps mobile arrêté, une inflammation adhésive dont on peut modérer l'intensité à son gré.

M. Richet, ayant pu suivre les malades à qui il avait appliqué le traitement par l'anneau à pointes, a pu voir leurs corps articulaires se résorber comme dans la méthode de Goyrand (d'Aix) ou celle de Dufresnes. On connaît cette dernière méthode; c'était la plus récente avant l'arrivée du pansement antiseptique. Elle consiste à faire une incision sous-cutanée à la synoviale et à faire passer le corps étranger, par cette ouverture, dans le tissu cellulaire sous-cutané. On sait encore quelles difficultés les chirurgiens les plus habiles ont souvent rencontrées dans son exécution; difficultés dues à la grande mobilité des corps articulaires qu'ils se proposaient d'opérer.... Depuis l'apparition du pansement de Lister on va hardiment à la recherche du corps mobile, sans avoir peur d'ouvrir l'articulation. M. Richet a employé ce dernier moyen devant ses auditeurs, en observant toutefois d'ouvrir le moins possible l'articulation et d'empêcher l'air d'y entrer. Le corps du délit était pédiculé. Après son extraction la plaie fut réunie par deux points de suture métallique et on fit deux ligatures au catgut. Le tout fut accompagné de l'observance la plus exacte des règles antiseptiques. Les jours suivants, il se produisit de l'inflammation et de la suppuration au niveau de cette plaie, sans que l'articulation parût atteinte. La suppuration remonta même jusqu'au milieu de la cuisse et nécessita le passage d'un drain. A ce propos M. Richet s'est élevé contre l'infailibilité du pansement de Lister et a raconté qu'il avait vu déjà avec ce pansement de l'infection purulente survenir chez un de ses malades et l'emporter.

Pour ce qui est de la pathogénie des corps mobiles articulaires, M. Richet s'est depuis longtemps rallié à la théorie de Laënnec. Les corps étrangers se forment en dehors de la synoviale, peut-être aux dépens des noyaux cartilagineux contenus normalement dans ses franges. De là ils progressent peu à peu vers la cavité articulaire, probablement appelés par le vide qui s'y produit sans cesse et ont une grande tendance à s'ossifier.

Hôpital de Lourcine. — Épilepsie d'origine utérine. —
Juillet, T. II, 1881.

M. Terrillon, chirurgien de Lourcine, a eu sous les yeux un bel exemple de cette affection rare sur laquelle il a publié une note dans les *Annales de gynécologie*.

Une femme de 23 ans était entrée à l'hôpital à la fin de 1880, pour une vaginite. Cette femme, fille d'épileptique, avait eu des attaques d'épilepsie vraie à partir de l'âge de 7 ans. D'abord irrégulières, les attaques devinrent bientôt aussi exactes que les règles, qu'elles précédaient de 1 à 3 jours. Une première grossesse ayant eu lieu à 21 ans, les attaques se montrèrent beaucoup plus souvent, au point d'apparaître plusieurs fois par jour, dans les derniers temps de la gestation. L'accouchement fut aussi normal que possible, mais l'enfant mourut bientôt de convulsions. Avec le rétablissement des règles reparut l'exactitude mensuelle des attaques. A 23 ans, un peu avant d'entrer à Lourcine, nouvelle grossesse, nouvelle recrudescence des attaques d'épilepsie, qu'on put observer plusieurs fois par jour à l'hôpital. Elles duraient environ une heure, survenaient brusquement, sans aura. A une période comateuse, courte, pendant laquelle il n'y avait cependant ni écume à la bouche, ni pro-nation du pouce, mais bien pâleur caractéristique, succédait la période clonique composée de secousses peu étendues des membres; puis le tout se terminait, parfois par des pleurs, toujours par un grand abattement. Rien chez cette malade ne rappelait l'hystérie ou l'hystéro-épilepsie et la compression des ovaires n'amenait aucun résultat. Le 31 janvier elle accouchait d'un enfant mort, les suites de l'accouchement furent simples et un mois après elle n'avait pas eu de nouvelles attaques bien caractérisées.

M. Terrillon estime qu'en présence du rapport très direct qui existe chez cette femme, entre les phénomènes utérins et les accès d'épilepsie, il est difficile de ne pas croire à l'influence des organes génitaux sur les apparitions des attaques. On les voit en effet devenir plus fréquentes ou apparaître au moment où l'utérus est le siège d'un travail physiologique plus actif; à l'époque des mois, pendant la grossesse. Dans tous les cas le fait est rare ou du moins a-t-il été rarement signalé; il serait bon que les praticiens qui en observent de pareils enrichissent la science de leurs observations. Laissons la parole à M. Terrillon qui conclut ainsi :

« Le seul point qui mérite de nous arrêter un instant consiste à faire voir les rapprochements qu'on peut établir entre les faits de cette nature et ceux dans lesquels les grandes attaques

d'hystérie sont influencées d'une façon très nette par l'excitation ovarique. Or, nous savons qu'en présence de malades atteints gravement par cette affection, et dans la santé paraît compromise, les chirurgiens américains, à l'exemple de Battey, n'ont pas craint de pratiquer l'ablation des ovaires, afin d'enlever le point de départ des attaques hystériques, trop souvent renouvelées. N'ayant aucunement l'intention de discuter la valeur ou l'opportunité de cette opération, nous ferons seulement remarquer que la chirurgie peut être entraînée, à un moment donné, à pratiquer une opération de même nature pour des cas d'épilepsie dont l'aura semble partir des ovaires ou des organes génitaux. Cette conclusion pourrait paraître d'autant plus logique que nous connaissons des faits nombreux dans lesquels l'épilepsie ayant pour point de départ une irritation nerveuse périphérique, soit traumatique, soit simplement due à une névralgie essentielle, a été guérie presque instantanément après destruction de l'affection locale d'où partait l'aura épileptique. Nous nous contentons de poser la question sans chercher davantage à approfondir les solutions qui peuvent lui être données et que l'avenir seul permettra de trouver. »

A. H.

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

Du traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de quinine et la quinoïdine. — Trousseau dans son *Traité de thérapeutique* s'exprime ainsi : « Jamais un accès de fièvre ne sera prévenu, même par le sulfate de quinine, aussi sûrement que si le médicament a été administré très longtemps avant l'invasion du paroxysme. » Grisolle se montre plus affirmatif encore : « Il importe, si l'on veut prévenir sûrement l'accès, que le médicament soit pris douze à seize heures au moins, avant l'invasion probable de la fièvre. Il n'y a nul inconvénient à administrer la quinine fort loin de l'accès ; c'est ainsi que dans les fièvres quartes, j'ai plusieurs fois donné, avec un succès complet, le fébrifuge, *soixante* et même *soixante-douze* heures avant la fièvre. »

M. le Dr Augé, de Reuilly (1), bat en brèche ce précepte, qui ne repose que sur des considérations empiriques, de l'administration éloignée du sulfate de quinine. D'accord en cela avec Gubler, Hirtz et Niemeyer, il prescrit l'administration de ce médicament, à une période bien rapprochée de l'accès et correspondant au maximum d'action de la quinine.

« D'après Gubler, le sulfate de quinine dissous apparaît, au bout d'une demi-heure, dans les urines, c'est donc qu'il commence à pénétrer dans la circulation quelques minutes à peine après son ingestion dans l'estomac. De plus, le *quinisme* arrive à sa plus grande intensité une ou plusieurs heures après l'introduction de ce sel dans les premières voies. Il estime à deux heures le temps nécessaire à la production des effets physiologiques de la quinine, quand rien ne s'oppose à son absorption. Les conditions étant moins favorables à l'approche d'un accès fébrile, il est vraisemblable que le délai de trois heures ne serait pas excessif.

Ce délai de trois heures représente une juste moyenne, mais ne saurait convenir à tous les cas.

Chez les enfants, la circulation plus rapide favorise l'absorption; aussi l'ingestion du médicament deux ou trois heures avant l'accès est-elle de règle. Chez les vieillards, au contraire, l'absorption plus lente exige un délai plus considérable, 4 heures environ.

Les diverses préparations quinquiques n'agissent pas également vite; on sait que la solution est plus absorbable que la poudre de quinine, et que sous cette dernière forme, l'action du médicament est plus sûre qu'en pilules, lesquelles se retrouvent souvent intactes dans les fèces.

M. Briquet a démontré que le sulfate de quinine, introduit à peine dans l'estomac, purge à la dose de 50 ou 60 centigrammes, et que son influence purgative nuit à son action fébrifuge. D'où le précepte de l'associer à l'opium, qui, de plus, enraye son action irritante sur l'estomac. C'est à cette dernière qu'on doit attribuer les troubles digestifs qui surviennent après l'usage des préparations quinquiques, et leur ont mérité dans le public une fâcheuse réputation. On évite tous ces accidents en administrant soit immédiatement avant, soit après le médicament, un bouillon ou un potage clair qui étend la

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 30 avril 1881.

solution de l'alkaloïde, en atténue les effets irritants et en favorise l'absorption.

Enfin, il faut savoir qu'un état morbide de la muqueuse stomacale, tel qu'il se rencontre quelquefois après les premiers accès de fièvre intermittente, peut contre-indiquer l'administration du sulfate de quinine. Cette contre-indication ne s'étend pas, on le comprend, à ces cas graves qui nécessitent une prompte répression.

La préparation à laquelle M. Augé s'adresse de préférence est le sulfate de quinine en poudre, au moins chez les adultes et les enfants au-dessus de trois ans. L'infusion de café torréfié bien sucrée, constitue un véhicule qui plaît à ces derniers.

Chez l'adulte, quand on n'a pas de pain azyme sous la main, un moyen très facile, surtout à la campagne, consiste à tremper dans l'eau bouillante, pendant quelques secondes, une large feuille d'oseille non trouée. Cette feuille ainsi assouplie est étalée sur une cuiller à bouche; la quinine en est soigneusement enveloppée, et le bol une fois formé, est avalé aisément à l'aide d'un peu d'eau.

Enfin, chez les très jeunes enfants, l'auteur adopte un sirop de quinine, renfermant 1 gramme de ce sel pour 100 grammes de véhicule chez les enfants à la mamelle et 1 gr. 50 pour ceux au-dessus de 3 ans.

Contre la fièvre intermittente *quotidienne*, M. Augé prescrit 50 centigrammes de sulfate de quinine à prendre, en deux doses égales, la première quatre heures, la seconde deux heures avant l'accès.

Chez les enfants de 3 à 10 ans, la dose sera réduite à 20, 25 et même 30 centigrammes.

Enfin, aux enfants du premier âge, on donnera tous les jours deux cuillerées à café de sirop de quinine.

Dans la fièvre tierce, le mode d'administration et les doses restent les mêmes les jours de fièvre; les jours d'apyrexie, on administre matin et soir 25 centigrammes du médicament.

La fièvre *quarte*, une des plus rebelles au traitement, est justiciable de la médication quinique faite avec méthode : 50 ou 70 centigrammes le jour de l'accès, en deux doses, l'une quatre heures, l'autre deux heures avant l'accès.

Chaque jour d'apyrexie, le malade prendra de 25 à 30 centigrammes de quinine matin et soir, pendant deux séries entières de fièvre et d'apyrexie.

Puis, pendant les deux séries suivantes, on remplace avec avantage la quinine par quelques cuillerées de vin de quinoïdine.

La quinoïdine doit sa réputation, comme fébrifuge, au Dr Burdel, de Vierzon. On la retire des eaux mêmes qui ont servi à la fabrication du sulfate de quinine.

On la trouve dans le commerce sous la forme d'une résine incristallisable de couleur brune et d'une saveur amère. La modicité de son prix (0,25 c. le gramme), lui a valu le nom de *quinine du pauvre*.

La quinoïdine se trouve sous forme de poudre, de pilules, de dragées et de teinture. Le vin blanc, un sirop, du café, du lait, sont des véhicules fort convenables.

La dose, variable avec l'âge du sujet, est de 0,10 centigrammes pour les enfants à la mamelle; de 0,20 à 0,30 centigrammes pour les enfants de 2 à 6 ans, de 0,30 à 0,50 pour ceux de 7 à 12 ans; enfin chez les adultes on peut aller jusqu'à 1 gramme, 1 gramme 30.

Ce médicament est surtout précieux contre les récidives. La préparation la plus commode est assurément la teinture, dont chaque gramme représente 0,10 centigrammes de quinoïdine pure. Le vin, malgré sa saveur un peu amère, est accepté très facilement par les malades.

Le travail que nous venons de résumer brièvement est appelé à rendre de véritables services aux praticiens, et nous ne doutons pas que la petite presse médicale elle-même, si maltraitée par l'auteur du mémoire, ne contribue à vulgariser les idées de M. Augé sur le mode d'emploi du sulfate de quinine.

Procédé commode pour faire des fumigations de teinture d'iode dans certaines affections. — M. Noël Guéneau de Mussy fait remarquer que l'action si puissamment résolutive de l'iode en commande l'usage dans un grand nombre d'affections congestives et inflammatoires à forme subaiguë ou chronique. Mais il est des circonstances où son application directe sur l'organe malade rencontre quelques difficultés; dans les affections de la caisse du tympan, par exemple, la membrane du conduit auditif tolère malaisément les applications de teinture d'iode. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'il a imaginé un procédé qui, sans offenser les tissus, les met en contact avec l'agent médicamenteux.

Pour réaliser ces conditions, M. Guéneau de Mussy fait une boulette très dense et très serrée de coton iodé, il l'enveloppe de ouate, de manière à faire un petit tampon sphéroïdal que l'on introduit dans l'oreille, en ayant soin que la couche la plus épaisse de l'enveloppe ouatée corresponde à l'orifice externe du conduit auditif. L'iode contenu dans le coton s'exhale, à travers la ouate qu'il jaunit légèrement, dans le conduit auditif, et fait à la membrane du tympan une atmosphère iodée. Au bout de vingt-quatre à trente-six heures, le coton iodé, est décoloré, et il faut le renouveler.

M. Guéneau de Mussy a eu l'occasion d'employer cette médication, l'an dernier, chez un malade arthritique qui, à la suite d'un refroidissement, accusait, en même temps qu'une céphalée intense, des troubles de l'ouïe que le docteur Tillaux attribuait à un commencement de sclérose du tympan, avec saillie exagérée de la tête du marteau. Le malade accusait des bruits de cascade et de fusillade continuels, et il présentait une singulière modification de l'ouïe qui affaiblissait chez lui la perception des sons délicats, comme le tic d'une montre qu'il n'entendait plus qu'à une très petite distance de l'oreille, tandis que les sons forts, comme la vibration de la voix, ou ceux qui sont accompagnés du choc des solides, comme les bruits de pas, le roulement d'une voiture, retentissaient avec un éclat fort exagéré. Il semblait à ce malade, disait-il, qu'il parlait dans une cloche de verre ou qu'il marchait sur une voûte. On eût dit que la partie tactile du son, si on peut parler ainsi, impressionnait plus vivement l'oreille qui en percevait moins les autres qualités; de même qu'il peut y avoir photophobie avec obscurité de la vision.

Après avoir persisté pendant cinq ou six semaines, ces symptômes, sous l'influence des fumigations d'iode, s'atténuaient rapidement et disparurent définitivement au bout de quatre ou cinq semaines, après avoir subi quelques exacerbations qui paraissaient bien dues à l'impression du froid. Depuis lors, le malade a retrouvé toute la finesse de ses facultés auditives, et quand il éprouve quelques douleurs dans l'oreille ou dans le pharynx, qui est chez lui le siège d'une angine glanduleuse, il revient à ces applications de coton iodé, qu'il n'avait cessées d'ailleurs que graduellement, c'est-à-dire en les employant d'une manière intermittente, après en avoir fait pendant cinq ou six semaines un usage continu.

M. Guéneau de Mussy a eu encore recours à ce même procédé

dans plusieurs cas de métrite parenchymateuse et il en a obtenu de bons résultats.

De l'introduction des aliments et des médicaments par les narines. — Dans une des dernières séances de la Société de thérapeutique, M. Fernet propose, quand le passage des aliments par la bouche est impossible, de les faire prendre par le nez. Voici en quoi consiste ce procédé.

Le malade étant couché sur le dos, le haut de la poitrine et la tête légèrement élevés par les oreillers, on introduit dans la partie postérieure de l'une des narines, l'extrémité effilée d'une cuiller ou le bec en biseau d'une cafetière ou du biberon dont on se sert dans les hôpitaux; puis on verse doucement le liquide: celui-ci glisse sur le plan incliné que forment le plancher des fosses nasales et la face supérieure du voile du palais, et arrive ainsi directement dans le pharynx, où il provoque le mouvement de déglutition.

A mesure qu'on verse ainsi la boisson alimentaire d'une façon continue, on entend et on voit le malade avaler à intervalles réguliers: si la manœuvre est bien conduite et assez lentement, aucun incident n'entrave l'opération, et le repas n'offre pas plus de difficultés et n'exige pas plus de temps que si les aliments pouvaient être administrés par la bouche. Quelquefois, lorsque le liquide est versé trop vite ou quand la sensibilité du pharynx est trop émoussée pour que l'excitation provoque le mouvement réflexe de déglutition, quelques gouttes du liquide s'égarent dans le larynx et amènent des secousses de toux; mais cet inconvénient, auquel on remédie d'ordinaire en agissant très doucement, n'apporte pas un obstacle sérieux à l'opération.

M. C. Paul. — Le moyen proposé par M. Fernet a été employé, il y a une dizaine d'années, par M. Morel, professeur de thérapeutique à Bruxelles.

M. Créquy connaissait parfaitement ce moyen et il l'a perfectionné dans un cas récent, pour l'appliquer chez une femme qui avait été prise d'accès éclamptiques, suivis d'état maniaque, après son accouchement. Pour faciliter l'introduction par la narine des substances alimentaires ou médicamenteuses que cette femme refusait absolument d'avaler, M. Créquy plaçait dans le nez de la malade un petit tube en caoutchouc très flexible, de la grosseur d'un porte-plume, et le poussait au-delà du voile du palais. Puis, sur l'autre extrémité de ce tube, il

montait un entonnoir qui servait de récipient aux substances à faire ingérer. En aplatissant plus ou moins le caoutchouc entre les doigts, on enrayait ou accélérail la chute du liquide de l'entonnoir dans la gorge.

Du traitement mécanique de la douleur. — M. le docteur Mortimer-Granville (de Londres), supposant que la douleur dans les névralgies est le fait de vibrations d'une espèce particulière sur le trajet du nerf, avait eu l'idée pour la combattre de déterminer par des chocs répétés une série de vibrations contraires.

Guidé par ce raisonnement, cet ingénieux observateur avait d'abord essayé de traiter la névralgie trifaciale en frappant le nerf à coups redoublés avec le marteau de Bennett. Le succès de cette expérience ayant dépassé toute attente, il fut conduit à construire un instrument qu'il appelle le percuteur et qui est destiné à frapper de vingt à soixante fois par seconde le nerf douloureux ; cet instrument a été essayé à Londres dans les services de M. Renger et Gowers, et à Paris dans le service de M. Ball, à l'hôpital Laënnec.

Le percuteur arrête incontestablement certaines névralgies, mais d'une manière habituelle on les voit réapparaître après un temps de repos plus ou moins long. A l'état normal le percuteur tend à produire l'anesthésie sur les points auxquels il est appliqué,

Plus récemment M. Boudet (de Paris) dans un article inséré dans le *Progrès Médical*, dit avoir traité avec succès les douleurs par l'application du diapason. Ce procédé paraît supérieur à l'emploi du percuteur de Mortimer-Granville. A l'avenir de démontrer si nous avons réellement un moyen prompt, efficace et commode pour combattre la douleur, dans quelques-unes de ses innombrables manifestations. (*Lyon médical*).

F. LEPRÉVOST,

Interne des hôpitaux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 26 juillet.

Présidence de M. E. LEGUEST.

M. le Président annonce la mort de M. Armand Moreau, membre de la section d'anatomie et de physiologie.

M. Sappey est invité à donner lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe du regretté défunt.

Ce discours rend un hommage mérité au caractère élevé, aux qualités du cœur chez M. Armand Moreau ; il exprime avec simplicité le zèle pour la science, la modestie rare, les habitudes laborieuses qu'il a toujours pratiqués ; il raconte sa vie qui fut tout entière dans ses travaux de physiologie. M. Sappey rappelle les recherches de M. Moreau sur la vessie natatoire des poissons, comment il montra que, contrairement aux idées reçues, ce n'est pas par des contractions musculaires, mais par l'effet des pressions variables du milieu que cette poche se gonfle ou se serre et favorise la descente ou l'ascension de l'animal dans les couches différentes des eaux qu'il habite. Armand Moreau publia aussi un mémoire très remarqué sur la voix des poissons. Plus récemment, nous l'avons entendu exposer devant l'Académie le résultat de ses expériences relatives à l'action de diverses substances purgatives sur l'intestin. Pendant vingt années, il vécut à côté de Claude Bernard, dans le laboratoire du maître dont il était devenu le confident et l'ami. L'Académie lui confia l'honneur de la représenter aux obsèques de l'illustre physiologiste.

M. Armand Moreau a succombé à une affection des centres nerveux. Il était âgé de cinquante-huit ans.

M. Bouis a été chargé cette année du rapport au ministre de l'agriculture et du commerce sur les services des Eaux minérales. Après les compliments obligés envers l'Administration supérieure à propos de l'exposition des eaux minérales en 1878 (car n'oublions pas que le rapport concerne cette année), le document académique rappelle avec raison que la France non seulement n'a rien à envier, ni à demander aux pays étrangers en fait d'eaux minérales, mais encore qu'elle possède de ces

eaux une collection unique pour la richesse, l'abondance, la variété, les services à rendre à la thérapeutique.

M. Bouis, au nom de la Commission, constate que le concours établi en vue de provoquer de la part des jeunes médecins des études sur les eaux thermales n'a pas donné les résultats espérés ; il exprime le vœu qu'on examine de nouveau la question ; peut-être faudrait-il modifier les conditions du concours.

Le rapporteur passe ensuite en revue les travaux adressés à la commission. Mettons tout d'abord à part 51 rapports de médecins-inspecteurs. On connaît les formules, un peu vides, selon nous, qui remplissent ces documents. Arrivons aux mémoires, manuscrits ou imprimés et faisons notre choix, imitant en cela, M. Bouis, qui a voulu ménager l'attention de l'Académie. Cette attention ne se prodiguait pas du reste et les conversations, après la lecture du discours funèbre, ont pris leur petit train habituel.

Signalons donc : l'étude très complète de M. Ad. Nicolas sur les eaux de la Bourboule, leur histoire, leur origine, leur nature, leur action physiologique ; le travail de M. Soury sur le traitement alcalin (Vichy) du diabète, de la goutte et de la gravelle ; il y a là sur le mécanisme profond du diabète et les modifications qu'y apporte le traitement alcalin des vues nouvelles, que le rapport n'entend pas consacrer de son autorité, mais qu'il déclare ingénieuses et très dignes d'attention. Nous mentionnerons enfin une publication de M. Japhet, médecin-inspecteur des eaux d'Enghien ; le rapport la qualifie d'excellent programme d'études d'hydrologie ; il signale avec éloge dans la brochure de M. Japhet l'histoire des eaux d'Enghien, la description des appareils perfectionnés, installés dans l'établissement de cette station, les considérations de l'action physiologique des eaux sulfureuses en général et des eaux d'Enghien en particulier.

Les propositions de récompenses ont été réservées pour être lues en comité secret suivant l'usage. Nous commettrons pour nos lecteurs l'indiscrétion que leur doit tout journaliste qui se respecte.

Cette année, il n'y aura pas de médaille d'or, mais seulement des médailles d'argent et de bronze et des mentions honorables. M. Japhet est proposé le premier pour une médaille d'argent. Bien que ce soit la première récompense obtenue sur ce terrain par notre confrère et que d'ordinaire l'Académie ne

décerne aux débutants que les honneurs du bronze, on a pensé qu'il fallait faire exception à la règle en ce cas.

La vaccination contre le charbon nous apparaît aujourd'hui sous les traits de **M. Boutet**, de Chartres, membre correspondant de l'Académie, et membre de la Commission instituée dans le département d'Eure-et-Loir pour combattre le charbon.

Après les fameuses expériences de Pouilly-le-Fort, dans lesquelles M. Rossignol, vétérinaire faillit s'illustrer à l'égal de M. Pasteur pour ses opinions sur les causes de la mort d'une brebis vaccinée, plusieurs objections surgirent tendant à mettre en doute la valeur du procédé vaccinateur. On disait, entre autres choses, que les doses des inoculations pastoriennes étaient trop faibles, que l'énergie du virus naturel contenu dans le sang était beaucoup plus grande que celle du virus artificiel ou *en bouillon*. Il paraît que les cultivateurs de la Beauce se montrèrent sensibles à ces critiques. M. Pasteur, soit qu'il fût trop occupé de sa candidature à l'Académie française, soit qu'il se sentit passé à l'état de demi-dieu et dédaignât de se commettre avec de simples mortels, consentit à déléguer un de ses aides, M. Roux, aux Beaucerons incrédules. Que dis-je incrédules ? J'ai entendu rapporter par des personnes dignes de foi que ces incrédules-là ne demandaient qu'à faire éclater l'ardeur de leurs convictions pastoriennes d'une manière plus saisissante que les vétérinaires de Pouilly-le-Fort. Ce serait, comme on voit, le fin du fin de la flatterie scientifique et vaccinale. Mais ce n'est qu'un bruit sans consistance. Passons.

Apparemment, du moins, M. Pasteur fut traité non sans quelque dureté à la ferme du Lambert (près Chartres). Le préfet nomma une commission ; celle-ci prétendit imposer à M. Pasteur un programme d'expériences. M. Roux, le chargé d'affaires du maître, accepta les conditions suivantes :

En même temps qu'on inoculerait à doses massives (un volume équivalent à la moitié de la seringue de Pravaz) et avec du sang pris sur un animal mort de charbon, seize moutons beaucerons bien portants, on traiterait de la même manière dix-neuf moutons du troupeau d'Alfort, vaccinés il y a un mois environ et supposés réfractaires.

Le résultat, annoncé par M. Boutet, a été ce-ci : les dix-neuf moutons d'Alfort sont restés absolument insensibles à cette épreuve ; sur les seize moutons beaucerons trois mouraient le lendemain de l'inoculation, sept le surlendemain, cinq suc-

combattaient un peu plus tard, un seul a survécu. L'autopsie a démontré que le charbon était bien dans tous les cas la cause de la mort. Conclusion de la Commission et de M. Boutet: les inoculations pastorienes confèrent l'immunité; mais... pendant combien de temps? C'est ce qu'il faudra déterminer par des expériences ultérieures.

Mais... ajoutons-nous pour notre compte au prix de quel péril pour l'hygiène publique, c'est ce qu'il conviendrait d'examiner sans retard et ce que l'avenir ne tardera pas à nous révéler.

Quoi qu'il en soit, M. Pasteur, ainsi que M. Bouley l'a déclaré dans la dernière séance de l'Académie des sciences, pour cette première campagne et dans la crainte que des maladresses ou des imprudences ne discréditent son procédé, veut qu'il n'y ait d'autres vaccinations exécutées que celles auxquelles présideront les personnes qu'il désignera. Nous y voilà donc arrivés; c'est plus qu'une faculté, une université délivrant des diplômes, c'est une secte, c'est une église ayant pour pape M. Pasteur qui tend à se former. L'église pastorienne a son *credo* tout prêt; M. Colin a pris soin, sans se douter du rôle prophétique qu'il jouait, d'en rédiger le *Syllabus*; il est tout au long dans les bulletins de l'Académie sous forme d'anathèmes. Nous aurons bientôt les fidèles et les excommuniés dans le domaine scientifique. Et ce pauvre M. Toussaint, celui que M. Bouley appelle à juste titre le *précurseur du Maître* (ne riez pas; tous ceux qui ont assisté à la dernière séance de l'Académie des sciences ont pu entendre ces paroles) que deviendra-t-il? J'ai quelque pressentiment qu'on en fera un hérétique. Les précurseurs sont gênants.

M. Bouley fait un rapport verbal sur un mémoire de M. Mond, de Lyon. L'auteur prétend avoir pénétré la cause mystérieuse qui produit la rage; il s'étonne qu'on tarde autant à l'Académie à se rendre à sa démonstration; il gourmande le ministre au nom de l'intérêt général; le ministre se rejette sur l'Académie, laquelle se rejette sur M. Bouley. Celui-ci explique très clairement la théorie amphigourique et surannée de M. Mond, qui attribue la rage à la contrariété des instincts génésiaques chez le chien.

M. Gautier, avec un véritable talent d'exposition, rend compte des études qu'il est en train de faire sur les venins de serpents.

Il décrit les phénomènes qui se manifestent chez un oiseau

de petite taille, mordu par un cobra : étonnement, stupeur, coma, affaissement, mouvements, convulsifs, puis tétaniques, mort vers la douzième minute.

Le venin agit chimiquement. La preuve c'est que l'action est proportionnelle à la dose.

Ce n'est pas un ferment qui agit dans le venin ; la preuve, c'est qu'après l'avoir humecté d'eau on peut le chauffer pendant 3 heures à 125° sans détruire sa toxicité.

Ce n'est pas une substance albuminoïde qui agit dans le venin ; si, en effet, on retire ces substances de la masse du poison, celui-ci n'en conserve pas moins ses propriétés meurtrières.

M. Gautier, voulant essayer quelles substances seraient susceptibles de neutraliser le venin, a pris le parti de mélanger ces substances avec le poison et de pratiquer avec le mélange des injections sous-cutanées.

Le tannin, le perchlorure de fer, le nitrate d'argent ne neutralisent pas le venin.

Les essences de menthe, de thym, de camomille, d'ail, l'ammoniaque en dissolution, le carbonate de soude ne neutralisent pas le venin, mais en retardent les effets.

La potasse caustique et la soude caustique seules ont la faculté de supprimer dans le venin l'énergie toxique.

Au contraire, l'action du suc gastrique a pour effet de rendre le venin avec lequel on le mélange plus assimilable et d'accroître son pouvoir meurtrier.

Outre des corps neutres, les venins renferment des alcaloïdes, et comme les venins sont sécrétés par des glandes analogues aux glandes salivaires, M. Gautier a été conduit par ce rapprochement à rechercher dans la salive humaine la présence des alcaloïdes. Elle a été constatée. Ces alcaloïdes agissent, comme on sait, de la manière la plus toxique, seulement la salive humaine est sept ou huit mille fois moins venimeuse que celle du serpent.

N'est-ce pas là l'explication de la maladie nouvelle, avec microbe en 8, découverte il y a quelque temps par M. Pasteur ?

A propos d'observations de **MM. Dujardin-Beaumetz et Colin**, d'Alfort, **M. Gautier** fait remarquer que l'innocuité des venins ingérés dans l'estomac tient sans doute à la destruction de leur principe toxique par les acides biliaires que sécrète le foie. Enfin il y a deux catégories de venin ; les uns, ceux des serpents, sont neutres et l'ammoniaque n'a sur eux qu'un

effet de ralentissement ; les autres, ceux des insectes, sont acides et l'ammoniaque peut les neutraliser.

Mardi prochain, l'Académie tiendra à 3 heures sa séance publique dans le local de la rue des Saints-Pères. On y lira : 1° le rapport général sur les concours ; 2° la liste des lauréats ; 3° le programme des concours de l'année prochaine.

Société de chirurgie.

Séance du 27 juillet 1881.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

La séance est ouverte à 3 h. 45.

M. Després présente au nom de **M. Fleury** (de Clermont), un calcul de l'urèthre, de dimensions peu communes, extrait par une incision périnéale. M. Fleury, en envoyant le calcul et l'observation, demande avis à la Société. Doit-il, en présence de la plaie énorme qu'a nécessitée l'extraction de ce corps étranger, laisser le soin de la guérison à la nature seule, ou mettre, dès maintenant, une sonde à demeure afin d'assurer une large perméance de l'urèthre ? Le canal était, auparavant, susceptible de recevoir une sonde métallique ordinaire avec laquelle on pouvait heurter la pierre. Celle-ci, en forme de poire allongée, mesure 0^m,03 de longueur et l'opération remonte à huit jours déjà.

M. Tillaux laisserait le malade parfaitement tranquille et considérerait comme une faute d'introduire un corps quelconque dans le canal.

M. Després est d'avis contraire. Il pense qu'il serait très bon de laisser une sonde pendant une dizaine de jours de façon à donner à la plaie le temps de se refermer. On pourrait ainsi éviter un rétrécissement, ce serait autant de gagné.

M. Tillaux réplique qu'il s'agit en réalité d'une taille périnéale, puisque le calcul a été extrait par le périnée, et que, dans la taille, tous les chirurgiens sont d'avis de ne jamais introduire de sonde à demeure. On ne le fait guère que dans des cas particuliers, alors qu'il y a contusion plus ou moins prononcée du périnée.

M. Ledentu admettrait que l'on mit une sonde s'il y avait eu rétrécissement antérieur à l'opération ; mais ce n'est pas là le cas. Aussi est-il de l'avis de M. Tillaux.

M. Duplay pense de même et croit que M. Fleury doit laisser les choses telles quelles.

M. Després insiste sur ce qu'on a incisé la portion membraneuse de l'urèthre, qu'on a été obligé d'employer une dilatation énorme de la plaie, ce qui a dû déterminer des lésions analogues à la contusion du périnée. Au reste, de deux choses l'une, ou il y aura guérison, ou il y aura fistule. S'il reste une fistule, il faudra en arriver à mettre une sonde à demeure. Pourquoi ne pas commencer par là ?

M. Gillette se souvient avoir eu à traiter, à Beaujon, un malade atteint d'un calcul de l'urèthre. Après une extraction périnéale laborieuse, on mit une sonde à demeure. Il en résulta des souffrances atroces et le lendemain il y avait un commencement d'infiltration urinaire. M. Gillette fut obligé d'enlever la sonde. Le malade guérit avec un rétrécissement qui fut traité ensuite.

Rapport. — M. Terrillon lit un rapport sur un travail de **M. Richelot** intitulé : *De l'extirpation des angiômes pulsatiles*. Longtemps redoutée à cause des hémorrhagies, parfois terribles, auxquelles elle donnait lieu, l'extirpation fut remplacée, comme méthode de traitement, par des injections coagulantes. Celles-ci, fait remarquer M. Richelot, pour être plus commodes, plus avantageuses, n'en sont pas moins remplies de dangers, et il rapporte, à l'appui de son dire, deux cas récents où le chirurgien s'est bien trouvé de substituer l'extirpation aux injections coagulantes.

La première a trait à une femme de vingt-cinq ans qui portait une tumeur érectile énorme. Longtemps stationnaire, cette tumeur devint pulsatile. On fit une première injection interstitielle de perchlorure de fer, sans grand résultat; puis, à un intervalle assez long, trois autres injections analogues. A la quatrième, il se produisit une embolie pulmonaire qui donna lieu à une syncope des plus graves, et M. Verneuil se décida à pratiquer l'extirpation de la tumeur. L'opération fut faite avec une perte de sang minime qui ne fut pas supérieure à celle que l'on a dans une amputation de jambe. La malade guérit.

La seconde observation concerne un jeune homme de vingt-quatre ans qui se présenta avec une tumeur pulsatile du volume d'un œuf, située vers la région temporale. Une bande d'Esmarch enroulée autour du crâne en arrêtait les battements, ce qui porta d'abord à essayer de vider par aspiration cette tumeur qui semblait isolée des vaisseaux.

La tentative fut infructueuse; elle se remplissait à mesure qu'on la vidait. L'extirpation fut alors pratiquée par M. Ver-

neuil. On fut obligé de laisser quatorze pinces dans la plaie.

La guérison fut rapide et, deux mois après, une solide cicatrice remplaçait l'angiôme. L'artère temporale qui était notablement dilatée revint à son calibre ordinaire et devint à peine perceptible.

Dans ces cas, l'extirpation constitue donc une méthode précieuse qui ne fait pas courir aux malades les mêmes dangers que les injections coagulantes. Si elle réussit dans les cas graves, elle est bonne aussi dans les cas simples. Au contraire, les injections traînent la guérison en longueur, échouent quelquefois et ouvrent la porte aux récidives.

— Il est difficile de se prononcer encore définitivement, mais la commission croit que l'extirpation est une méthode qui doit être prise en sérieuse considération et propose l'insertion du travail de M. Richelot dans les archives, ainsi que l'adjonction de l'auteur à la liste des candidats.

M. Verneuil ne regarde pas encore l'extirpation comme une méthode de choix ; mais elle lui a donné dans les deux cas, qui font la base du mémoire de M. Richelot, des résultats magnifiques.

Il a pu observer ce fait important : que tous les vaisseaux qui arrivaient en se dilatant à la périphérie de la tumeur et constituaient comme les rayons d'une tête de Méduse, s'atrophiaient, disparaissaient alors que l'on avait circonscrit la tumeur elle-même par une incision. De plus, il a eu à faire beaucoup moins de ligatures qu'on ne le croirait.

M. Després se rappelle qu'on a publié l'observation d'une opération de ce genre faite dans les hôpitaux en 1858 ou 1859.

M. Guéniot. — Vers 1866, alors que je remplaçais Broca à l'hôpital Saint-Antoine, j'eus à soigner une énorme tumeur pulsatile de la région temporale. On avait essayé la compression qui avait déterminé la formation d'une eschare. Il était évident qu'à la chute de cette eschare nous aurions à parer à une hémorrhagie des plus abondantes. Je proposai d'entourer la tumeur d'un cercle métallique qui comprimerait les vaisseaux afférents et efférents et permettrait de faire sans danger des injections coagulantes interstitielles. Quelques jours après, il se produisit une hémorrhagie de 300 grammes environ ; il fallut faire l'extirpation. Cette opération fut menée avec toutes les précautions nécessaires ; les ligatures faites à mesure, etc. Malgré tout, à un moment donné, il y eut une hémorrhagie d'une abondance telle qu'on ne peut mieux la comparer qu'aux

hémorrhagies que l'on rencontre dans certains accouchements. J'opérai alors le plus vite possible, puis j'appliquai fortement la paume de la main sur la plaie. Il me fallut ensuite faire plus de vingt ligatures pour lesquelles je rencontrai une véritable difficulté à saisir les artères béantes dans l'épaisseur du cuir chevelu. Les suites de l'opération furent simples : 15 jours ou 3 semaines après la malade sortait de l'hôpital avec une petite plaie suppurante. Néanmoins, malgré ce succès, je préfère encore la méthode des injections.

M. Trélat. — L'extirpation peut rendre de grands services. J'eus à faire, un jour que je remplaçais M. Alphonse Guérin, à une de ces tumeurs érectiles dont il est facile de suivre la rapide transformation en anévrisme cirsoïde. La tumeur avait envahi l'index, le médium et la paume de la main. La ligature de l'humérale fut sans effet, et l'amputation de l'avant-bras seule put amener la guérison. Dans ces cas on gagne beaucoup à agir promptement par l'extirpation.

M. Verneuil, dans la seconde opération qu'il a pratiquée n'a presque pas perdu de sang. Cela tient d'abord à la bande qu'il avait appliquée autour du front, puis à ce qu'il procédait avec une grande prudence, ne s'avancant que centimètre à centimètre, en mettant des pinces sur les vaisseaux.

M. Tillaux ne pense pas qu'on puisse faire de l'extirpation une méthode générale. Mais il n'a eu qu'à s'en louer dans un cas d'énorme tumeur pulsatile de la fesse. A côté de cela il a guéri, par une simple injection de perchlorure, une énorme tumeur pulsatile qui occupait la joue d'un enfant.

Dans tous les cas, si on veut faire l'extirpation, on a à sa disposition de meilleurs moyens que le bistouri ; il serait préférable d'employer le thermo-cautère et surtout l'anse galvanique.

Rapport. — **M. Monod** lit un rapport sur un mémoire de **M. Meyer** sur la *greffe cutanée*, destinée à parer aux ectropions considérables.

M. Berger. — J'ai eu l'occasion de faire cette opération une fois entre autres pour une malade qui, depuis la paupière inférieure jusqu'à la lèvre supérieure ne présentait qu'une vaste plaie due à un loup. L'œil était atteint de kératite vasculaire et impropre à la vision ; j'eus un moment l'idée de l'énucléer. On me poussa à transplanter un lambeau cutané sur la joue. Jugeant la méthode italienne réellement intolérable, je fis d'abord la suture des paupières que je libérai par

une incision profonde dans la joue; puis, ayant dessiné un lambeau cutané dans la fosse sus-épineuse, je le disséquai, aussitôt l'avivement fait. Afin d'enlever le tissu cellulaire sous-cutané et de n'avoir que le derme, je le nettoyai sur un plateau chauffé, j'en coupai un coin parce qu'il me semblait trop grand, et je l'appliquai rapidement sans sutures. On le recouvrit de protectrice et on le maintint au moyen d'un pansement légèrement compressif. Le lambeau prit un aspect grisâtre qu'il avait conservé le sixième jour. Il adhérait sur presque toute la circonférence. La partie externe tombait, je l'excisai, elle se mit à saigner et presque instantanément le lambeau entier devint rose. Dans la suite, au centre, il y eut une exfoliation insensible et le reste se rétracta considérablement; au point que le grand diamètre se réduisit de 11 centimètres à 3 et le petit de 3 1/2 centimètres à 7 millimètres. A la paupière supérieure, la cicatrice s'était faite rapidement; je ne doute pas qu'il n'en eût été de même pour l'inférieure et que la suture palpébrale seule n'eût amené un résultat assez satisfaisant. Cette suture, d'ailleurs, avait déterminé la cessation des douleurs et une légère amélioration dans l'opacité de la cornée.

Je répondrai aux conclusions de M. Monod que je ne crois pas nécessaire de dessiner d'avance le lambeau; on peut le tailler approximativement. Je considère comme une précaution essentielle de le dépouiller de tout tissu cellulaire sans le laisser refroidir. Enfin il me semble que les sutures sont inutiles et que la simple contention bien faite, sans compression, doit suffire, pourvu, toutefois, que toute la surface soit bien appliquée sur l'avivement.

M. Gillette a tenté un jour de reformer un nez avec la peau du bras d'un autre malade, dans des circonstances particulières. Ayant eu à enlever un nez atteint d'épithélioma et en même temps à amputer un bras, il endormit ses deux malades, enleva d'abord le nez de l'un, puis prit un lambeau sur le bras de l'autre avant de l'amputer et tenta la transplantation. L'insuccès fut total. Dans l'ectropion, la suture des paupières seule peut parer à bien des cas.

M. Ledentu a vu aussi des résultats extraordinaires obtenus par cette simple méthode. Il a actuellement dans son service une infirmière qui était atteinte d'un ectropion considérable de la paupière supérieure, au point que la fente palpébrale était dirigée très obliquement en dehors et en haut. Il a mobilisé la paupière difficilement en la décollant des tissus de cicatrice qui

la retenaient, puis a fait la suture palpébrale. Un an après, la fente palpébrale était beaucoup moins oblique. Ces jours derniers, afin de la rendre horizontale, il a passé une sonde cannelée horizontalement sous la paupière inférieure, en partant de l'angle interne de l'œil et a incisé tout droit la moitié de cette paupière inférieure. L'autre moitié, externe, a été comprise dans une anse de fil élastique que M. Ledentu n'a serrée que ce matin.

Société médicale des Hôpitaux

Séance du 22 juillet 1881,

Présidence de M. MILLARD.

A propos du compte rendu, **M. Constantin Paul** demande à **M. Martineau** s'il croit que les injections de peptone mercurique faites au voisinage des lésions syphilitiques graves aient plus d'action sur elles que faites à distance.

M. Martineau n'a pas cherché cette action locale. Il est persuadé que le mercure a une action générale suffisante pour modifier rapidement les accidents quels qu'ils soient. Depuis la dernière séance, grâce aux 40 injections qu'il fait par jour; il est arrivé au chiffre de 1,900. Il injecte 7 milligr. à la fois à ses malades sans avoir aucun inconvénient, et sans que la salivation se soit montrée; déjà même il a commencé à injecter 8 milligr. A ceux qui prétendent que c'est là un procédé douloureux, il objectera ce fait que 7 ou 8 malades sortis de son service avant complète guérison reviennent d'eux-mêmes tous les matins, se faire faire des injections.

MM. Constantin Paul et **Dumontpallier** provoquent encore quelques explications sur des points de détail sur cette nouvelle méthode de traitement, points déjà longuement discutés dans les séances précédentes.

Anévrismes dans les cavernes des tuberculeux.

— **M. Damaschino** fait une présentation de pièce ayant trait à ce sujet, sur lequel il a déjà attiré l'attention du corps médical. Dans quatre cas nouveaux d'hémoptysie foudroyante, observés chez des phthisiques, il a trouvé invariablement ces lésions anévrismatiques. Dans un cas surtout la tumeur anévrismale avait le volume d'un petit œuf; c'est cette tumeur que **M. Damaschino** présente à la Société. Cet anévrisme étant ouvert en deux moitiés, on constate d'abord une bande blanchâtre qui consti-

tue la paroi d'une poche concentrique autour de laquelle sont déposées des couches de caillots stratifiés tout à fait analogues à ceux que l'on rencontre ordinairement dans l'intérieur des anévrysmes types. Ici, ce qui est remarquable, c'est que la poche est entourée de caillots sanguins stratifiés et non les caillots entourés de la poche. L'anévrysme a été trouvé dans le lobe inférieur du poumon, faisant saillie dans une énorme caverne. Il était formé aux dépens d'une artère assez volumineuse, une branche de troisième ordre de l'artère pulmonaire, pouvant avoir environ trois millimètres de diamètre. La perforation en était obturée par un caillot cruorique.

Voici, en résumé, l'histoire de la malade qui présentait ces lésions : Il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans, entrée à l'hôpital pour une tumeur blanche du poignet. Elle toussait et, à l'auscultation, on trouva des signes de lésions du parenchyme pulmonaire au début. L'évolution de la maladie fut rapide, puisque trois mois après l'entrée existaient déjà des cavernes. La malade était depuis un mois à l'hôpital quand se produisit la première hémoptysie; d'autres lui succédèrent toutes les six semaines ou tous les deux mois. Bientôt elles devinrent très fréquentes et très abondantes; ce sont elles qui ont enlevé la malade par le mécanisme que l'on connaît : le sang épanché battu avec l'air ayant déterminé l'asphyxie. Le sang s'épanchait et se stratifiait dans la caverne en dehors de l'anévrysme proprement dit, dont la paroi interne était composée par les tuniques de l'artère.

M. Cornil rappelle que tous les vaisseaux au voisinage des cavernes sont atteints habituellement d'endartérite.

Hypertrophie des amygdales. — **M. Cornil** communique à la Société le résultat de ses recherches histologiques récentes sur un cas d'hypertrophie des amygdales. Les organes qui ont servi à cette étude mesuraient 0^m,05 dans leur plus grand diamètre.

Leur examen histologique est intéressant en ce qu'il permet de considérer les lésions non seulement comme lésions locales, mais comme lésions de scrofule.

A l'état normal, les cryptes des amygdales sont tapissées par une muqueuse séparée de la trame fibreuse par une couche de follicules clos analogues à ceux de l'intestin. Ces follicules sont enveloppés de tissu réticulé au milieu duquel sont semés des corpuscules lymphatiques. Dans l'hypertrophie, au lieu des papilles dressées de la surface, recouvertes d'épithélium, on trouve une muqueuse aplatie, à surface lisse. Le tissu conjonctif

sous-muqueux n'a plus la ténuité de l'état normal, il se compose de faisceaux conjonctifs très abondants, denses, séparés par des cellules plates. Dans le tissu conjonctif qui sépare les follicules clos, même épaississement très marqué. Au milieu de ce tissu ainsi altéré, rampent des vaisseaux atteints aussi, ayant leurs tuniques épaissies; l'externe surtout est trois, quatre, cinq fois plus épaisse et les faisceaux y sont entourés de quelques cellules plates. Du côté du tissu réticulé, augmentation de volume des follicules eux-mêmes. Ces follicules présentent, dans leur partie centrale, des lésions des cellules qu'ils renferment.

On sait qu'à l'état normal les follicules sont remplis par un reticulum emprisonnant des cellules rondes munies d'un noyau avec points brillants; auxquels éléments il faut ajouter une petite quantité de substance protoplasmique. — Dans l'hypertrophie, les follicules, augmentés de volume, acquièrent jusqu'à un millimètre de diamètre; leur noyau possède 2 et 3 nucléoles. La substance protoplasmique est plus abondante, granuleuse, et renferme des granulations graisseuses. Là encore, dans le follicule, on rencontre une surabondance de fibres conjonctives.

En résumé, l'hypertrophie tonsillaire est caractérisée par trois choses.

- 1^o L'état plat, lisse de la muqueuse.
- 2^o L'hypertrophie conjonctive générale.
- 3^o Une lésion particulière des follicules clos.

Comme conclusion M. Cornil admet qu'il s'agit de lésions telles que la guérison par les moyens médicaux en est fort difficile, et que le plus souvent on doit recourir à l'amygdalotomie.

Si l'on transporte ces données dans le domaine de la pathologie générale, elles peuvent servir à élucider les rapports de la tuberculose et de la scrofule. Personne, en effet, ne contestera à l'hypertrophie tonsillaire le droit d'être rangée dans ce que l'on entend par manifestations scrofuleuses.

— Or, dans les altérations tuberculeuses des follicules clos, on rencontre toujours des cellules géantes, au nombre de 1, 2 ou 3 dans chaque follicule. Rien de pareil dans ce qui vient d'être décrit.

La ressemblance, pour la scrofule et la tuberculose, consiste dans l'altération du tissu réticulé et l'augmentation des granulations.

La différence est marquée par la présence, dans un cas, l'absence, dans l'autre, des cellules géantes.

Péritonite aiguë, suppuration par l'ombilic, guérison. — **M. Legroux** présente un malade qui est entré à l'hôpital Laënnec, le 7 avril, dernier avec tous les signes d'une péritonite aiguë généralisée : fièvre ardente, prostration, etc. Le traitement fut énergique et 10 jours après il y avait de l'amélioration. Le jeune malade, homme de 19 ans, avait été à l'Hôtel-Dieu avant de venir à Laënnec et y avait été traité pour des coliques saturnines qui avaient duré un mois environ. Les symptômes observés par M. Legroux étaient bien ceux d'une péritonite aiguë généralisée. Il crut d'abord à une poussée aiguë de péritonite tuberculeuse ; d'autant plus qu'il y avait de l'expiration prolongée au sommet gauche et une pleurésie peu abondante du même côté.

Sur ces entrefaites, un mois après l'entrée, apparut à l'ombilic une tumeur molle, qui s'ouvrit d'elle-même trois jours après, et donna issue à une notable quantité de pus. A partir de ce moment, l'amélioration fut constante et rapide. De 76 livres qu'il pesait à son entrée, le malade est aujourd'hui parvenu au poids de 116 livres, a bon appétit et se porte à merveille. La perforation ombilicale, après être restée fistuleuse pendant un certain temps, s'est refermée au moyen de bourgeons charnus. On peut en voir actuellement la cicatrice à la partie supérieure de l'ombilic. Il est à remarquer que ce n'est pas là l'endroit par lequel se vident de préférence les collections purulentes intra-abdominales ; elles affectionnent bien plutôt le pourtour de l'ombilic.

Le diagnostic pouvait hésiter entre une péritonite aiguë généralisée et une péritonite localisée ou encore un abcès de la paroi. M. Legroux est persuadé qu'il s'est agi d'une péritonite aiguë généralisée dont le pus s'est spontanément fait jour par l'ombilic et qui est entièrement comparable aux pleurésies purulentes des enfants qui s'ouvrent au dehors dans les espaces intercostaux.

M. Féréol après avoir examiné le malade, n'est pas absolument persuadé. On sent, à gauche de l'ombilic, un empâtement qui rappelle les péritonites locales.

M. Legroux insiste sur son diagnostic, bien que plusieurs points de l'observation tels que les douleurs préliminaires, prises à l'Hôtel-Dieu pour des coliques saturnines, semblent parler en faveur d'adhérences préalables, d'inflam-

mation lente. Ce qui militerait encore ici contre le diagnostic, c'est l'âge du malade, plus élevé que celui des sujets chez lesquels Blaijeau et M. Féréol ont pu observer des cas analogues. Néanmoins, M. Legroux croit qu'un enfant ou un jeune homme de cet âge peut suppurer du péritoine tout entier et guérir.

M. Vallin a vu des phlegmons de la cavité de Retzius donner lieu à des symptômes analogues et s'ouvrir à l'ombilic.

M. Legroux répond que rien, chez son malade, n'a pu faire croire à un phlegmon de la cavité prévésicale qui est une inflammation limitée, débutant par un ensemble de phénomènes qui lui est propre.

La séance est levée à 5 h. 20.

F.-A. HUE.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — Par décrets en date du 13 juillet 1881, sont nommés :

Au grade d'officier : M. le Dr Peter (Charles-Félix-Michel), médecin de l'hôpital de la Pitié à Paris, médecin des hôpitaux depuis 1866, membre de l'Académie de médecine et professeur à la Faculté. Chevalier depuis 1870. Titres exceptionnels.

Au grade de chevalier : MM. les Drs Abadie (Jean-Marie-Charles), médecin à Paris. A suivi les armées comme chirurgien d'ambulance pendant la guerre de 1870-1871 et a été fait prisonnier sur le champ de bataille. A fondé en 1871, une clinique spéciale pour les maladies des yeux. Nombreux et importants travaux scientifiques. Titres exceptionnels. — D'Hôtel, médecin de l'hospice civil de Charleville (Ardennes); 22 ans de services. Belle conduite dans les épidémies et pendant la guerre de 1870-1871. — Péronne (Charles-François), médecin du bureau de bienfaisance de Sedan (Ardennes). S'est particulièrement distingué dans les ambulances pendant la guerre de 1870-1871. Titres exceptionnels. — Marfan, membre du conseil général de l'Aude, membre et secrétaire de la commission départementale, conseiller général depuis 1871, médecin en chef de l'hospice de Castelnaudary et membre des principales commissions administratives du département. Exerce depuis de longues années la médecine avec autant de distinction que de désintéressement. Titres exceptionnels. Perronnier (Joseph-Arnoux), président de l'Association des médecins de la Drôme, médecin de l'hospice de Romans; 54 ans de services. — Timbal-Lagrange (Edouard), pharmacien à Toulouse (Haute-Garonne), professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Toulouse depuis 1856, membre du conseil central d'hygiène de la Haute-Garonne depuis 1862, inspecteur des pharmacies depuis 1864; 25 ans de services. — Les Drs Bienfait (Nicolas-Jules), médecin à Reims, membre du conseil général de la Marne. Exerce la médecine à Reims depuis 33 ans. Ancien adjoint, membre du conseil municipal depuis 1870 et du conseil général depuis 1871. Membre du conseil départemental de l'instruction et président de la Société

des médecins du département. Noyel (Paul-Jean), médecin au Faouët (Morbihan). En exercice depuis 61 ans. Belle conduite dans les épidémies. Soins gratuits donnés constamment à la population pauvre ainsi qu'aux militaires et à leurs familles. — Gruzu (Auguste), médecin de l'hôpital de la Seyne (Var), médecin de la Société de secours mutuels des ouvriers attachés aux chantiers de construction, membre de la commission d'hygiène, médecin inspecteur des écoles. A créé un cours d'histoire naturelle dans les écoles de la Seyne et des conférences d'hygiène pour les ouvriers. Belle conduite pendant l'épidémie cholérique de 1865; 16 ans de services multiples. Titres exceptionnels.

— Un concours public s'ouvrira à Alger le lundi 21 novembre 1881 pour la nomination à quatre places d'élèves internes en médecine et en chirurgie de l'hospice civil de Mustapha. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au samedi 19 novembre 1881, à 4 heures du soir.

— Le prix de la Société des sauveteurs de la Seine, a été décerné, dans la séance générale annuelle de dimanche, à MM. les docteurs Perrier et Passant.

— HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de médecins du bureau central.* — A la suite de ce concours, MM. Albert Robin, Roques et Balzer ont été nommés médecins du Bureau central. Le jury, à l'unanimité, voulant donner à M. Barth un témoignage de satisfaction, exprime le désir qu'il soit inscrit au procès-verbal que M. Barth a obtenu le même nombre de points que MM. Roques et Balzer (*Extrait du Bureau central*).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés : 1^{er} aides d'anatomie titulaires à la Faculté de médecine de Paris, pour une période de trois années à partir du 1^{er} octobre 1881 : MM. Barette, Walther, Verchère, de la Personne, Leclerc, Pousson, Berne, Guinard; 2^{es} aides d'anatomie provisoires pour une année, à partir du 1^{er} octobre 1881 : MM. Chaput, Clado, Tuffier, Damalis.

— M. le Dr Moreau (François-Armand), directeur-adjoint au Laboratoire de physiologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris et membre de l'Académie de médecine, a succombé, le 20 juillet 1881, à l'âge de cinquante-huit ans.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Statistique du 1^{er} avril au 1^{er} juillet 1881,

Par M. le Dr PASSANT.

Nombre de malades par arrondissement.

			Report	478
1 ^{er}	33	11 ^e		154
2 ^e	36	12 ^e		62
3 ^e	54	13 ^e		89
4 ^e	64	14 ^e		108
5 ^e	60	15 ^e		91
6 ^e	51	16 ^e		22
7 ^e	42	17 ^e		112
8 ^e	22	18 ^e		94
9 ^e	47	19 ^e		62
10 ^e	67	20 ^e		142
A reporter...	476	TOTAL.....		1.412

Maladies observées.

Angines et laryngites.....	98	Report.....	693
Croup.....	42	Accouchement. Délivrance.....	117
Coqueluche.....	8	Affections cérébrales, Paralysies	69
Corps étranger de l'œsophage..	1	Convulsions. Éclampsie.....	57
Asthme.....	30	Névralgie.....	35
Affections du cœur.....	54	Névroses.....	69
Bronchites aiguës et chroniques	58	Épilepsie.....	18
Pleuro-pneumonie.....	58	Aliénation mentale.....	6
Congestion pulmonaire.....	10	Alcoolisme. Delirium tremens..	19
Affections et troubles gastro-in-		Tétanos.....	1
testinaux ..	108	Hydrophobie.....	1
Choléra.....	2	Rhumatisme.....	20
Cholérine.....	15	Affections éruptives.....	33
Dysenterie.....	2	Fièvre intermittente.....	2
Athrepsie.....	5	Fièvre typhoïde.....	20
Coliques hépatiques, néphrétiques,		Hémorrhagies de causes inter-	
saturnines.....	58	nes et externes.....	64
Hernie étranglée.....	13	Plaies. Contusions.....	85
Rétention d'urine.....	21	Fractures, Luxations, Entorses..	36
Orchite.....	2	Brûlures.....	4
Mérite, Métro-péritonite.....	21	Empoisonnements.....	10
Métrorrhagie.....	35	Asphyxie par le charbon.....	6
Fausse couche.....	52	Suicide.....	4
		Mort à l'arrivée du médecin..	44
A reporter.....	693	TOTAL.....	1.412

Les hommes entrent dans la proportion de.....	36 %	Les enfants au-dessous de 3 ans entrent dans la proportion de.....	14 %
Les femmes entrent dans la proportion de.....	50 %		

Résumé de l'année 1881

La moyenne des visites par nuit est de.....	15 1/2	Visites du 2 ^e trim. de 1880...	1.421
Pour le trimestre correspondant de 1880 elle était de..	15 6/10	Visites du 2 ^e trim. de 1881...	1.412
		Différence en moins....	9

— NÉCROLOGIE. — M. le Dr Clozel de Boyer, vient de succomber à la suite d'une angine diphthéritique contractée à l'hospice des Enfants-Assistés.

— Le concours pour le clinicatophthalmologique de la Faculté de médecine de Paris vient de se terminer. M. le docteur Bellouard a été nommé chef de clinique titulaire.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

6 Août 1881

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES DE LONDRES

(De notre correspondant spécial)



A MM. les rédacteurs de la Revue

Londres, le 3 août.

MES CHERS AMIS,

Le Congrès est ouvert. En présence de S. A. R. le prince de Galles, sir James Pajet, le président, a prononcé le discours inaugural. Les sections ont constitué leurs bureaux, mais les travaux ne commencent pas avant demain. Et cependant, que d'impressions déjà je pourrais vous communiquer sur les deux premières journées de notre séjour à Londres.

Ces impressions ne sont pas toutes, certes, également bonnes. J'ai même été choqué de certaines particularités sur lesquelles je me propose de revenir longuement dans une prochaine lettre. J'ajoute vite que les reproches s'adressent plutôt à l'institution même du Congrès qu'au Congrès de Londres lui-même. Nos voisins d'Outre-Manche font, en effet, les choses de leur mieux, et nous n'avons, jusqu'ici, que des compliments et des remerciements à adresser aux hautes personnalités du monde médical anglais, avec lesquelles il nous a été donné de nous trouver en rapport.

Hier, mardi 2 août, de 10 heures du matin à 6 heures du soir, inscription des membres et distribution des billets au bureau du Comité de réception au Royal College of physicians, Pall Mall East. Nous sommes au moins deux mille et, cependant, cette inscription s'effectue dans les meilleures conditions. Trois bureaux sont installés dans une grande salle : le premier s'occupe des Anglais. Aux deux autres, les Français et les Allemands trouvent des employés qui parlent correctement leur langue et leur donnent, fort gracieusement, tous les renseignements désirables.

Août, T. II, 1881.

46

On nous remet ensuite un *members ticket*, avec lequel nous pouvons désormais faire reconnaître notre qualité de membre du congrès, — un programme, en français, des travaux et des fêtes, — enfin un énorme volume in-octavo de 718 pages, dans lequel sont résumées en trois langues — anglaise, française et allemande, — les communications adressées aux différentes sections.

Certes, ces résumés sont loin d'être toujours parfaits, et nous pourrions en donner ici des exemples. Mais l'idée du volume n'en est pas moins excellente. Et l'on devine combien l'exécution a dû en être difficile, quand on sait qu'il y a quinze jours encore on recevait des communications.

Tous nos compliments donc à M. Williams Mac-Coe. Nous ne sommes pas habitués en France, il faut bien le reconnaître, à de pareils tours de force.

Le même mardi, 2 août, de 3 à 6 heures, réception des Membres du Congrès par les Comités exécutif et de réception au Royal College of Physicians. La cérémonie consiste simplement en une interminable promenade dans une grande salle entre deux buffets abondamment chargés.

Des rosettes rouges à la boutonnière désignent les membres des comités. Très aimables ces messieurs, qui parlent notre langue avec la plus grande facilité et nous indiquent les noms des médecins anglais les plus entourés. Nous voyons ainsi sir James Paget, Henri Thompson, le professeur Lister, W. Bowman, Jonathan Hutchinson, Mac-Cormac, le docteur West, Spencer Wels, notre aimable compatriote le docteur Vintras et beaucoup d'autres dont les noms nous échappent.

Les Français sont nombreux. Les professeurs Le Fort, Trélat, Verneuil, Panas, Bouchard, Charcot sont particulièrement remarqués. Nous saluons au passage MM. Féréol, Jules Guérin, Dujardin-Baumetz, Lancereaux; tous les spécialistes connus de Paris sont présents. Nous rencontrons M. Poncey de Cluny et quelques autres médecins militaires.

Aux extrémités de la salle, c'est-à-dire près des buffets, se groupent les Allemands. Ils sont venus en nombre considérable, et nous sommes vraiment surpris d'en rencontrer autant. Ils entourent leurs personnages et tout particulièrement Virchow; c'est un petit vieillard à tête fort intelligente, fort expressive, mais dure et antipathique. Près de lui se tient un autre Prussien qui porte en médaillon de cravate la photographie de sa dame. Ce monsieur mange d'un fort bon appétit. Un Alle-

mand peut aller à un Congrès, mais il n'oublie pour cela ni sa famille ni son estomac.

Mercredi, 3 août.— Première réunion générale à St-James's Great Hall, sir William Jenner, Bar., K.-C.-B., président du Royal College of Physicians, et président du Comité général *ex officio*, ouvre la séance à 11 heures. M. Mac-Cormac, secrétaire général honoraire, lit le rapport du comité exécutif.

Sir J. Risdon-Bennett, président du Comité exécutif propose la constitution du Congrès et l'élection des officiers. Puis il souhaite en notre langue la bienvenue aux étrangers. Tous nos remerciements à sir Bennett. Nous ne doutons pas de « l'intention qu'ont les médecins anglais de rendre notre séjour à Londres utile et agréable » et de nous « accorder une hospitalité digne de la grande nation qui nous reçoit ». Le choix exclusif qu'il fait de la langue française pour s'adresser aux étrangers nous en est un garant tout particulier.

Après sir Bennett, le professeur Douden, président du Congrès de 1879, prend la parole pour seconder ces propositions.

Discours du prince de Galles.

Discours inaugural du président du Congrès.

Sur la tribune se tiennent, à côté du prince et du président de section, un grand nombre de notabilités médicales cosmopolites. Les Allemands, salués à l'entrée par les applaudissements bruyants de leurs compatriotes sont en très grand nombre.

Nommons Virchow, Eczmark, Langenbeck, Folkmann.

A trois heures, réunion et constitution des sections.

Au moment où je vous écris une seconde réunion générale a lieu à Saint-James's Great Hall. Le professeur Virchow y prononce un discours sur « la valeur des expériences pathologiques ».

Que n'a-t-on confié ce sujet à un chirurgien de son pays !

Agréiez, etc.

F. JOUIN.

Interne des hôpitaux de Paris.

APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE
MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE APPLIQUÉE. — Nouveau procédé pour les injections dans l'oreille moyenne à travers la trompe d'Eustache, par le Dr ROUSTAN, professeur agrégé à Montpellier.

Nous reproduisons cet article, publié dans la *Gazette des sciences médicales de Montpellier*, pour tenir nos lecteurs au courant des progrès que réalise l'art si difficile de l'otologie. Cependant nous devons ajouter que nous ne partageons pas les idées de l'auteur, pas plus dans ses critiques que dans l'invention de son procédé. C'est dire que nous aurons à traiter cette question dans un des prochains numéros. E. F.

Associée à l'auscultation de l'oreille et à l'examen de la membrane du tympan, dit M. Roustan, la douche d'air dans la caisse est d'une absolue nécessité pour éclairer le diagnostic des chirurgiens; elle est employée chaque jour dans la thérapeutique des maladies de l'oreille moyenne, pour aérer et débayer la trompe et la caisse, pour distendre les adhérences, pour prévenir les ankyloses, pour mobiliser les membranes. Il serait donc d'une très grande importance pratique de posséder un moyen simple et facile de faire ces injections.

Depuis la découverte du cathétérisme par Guyot (de Versailles), en 1724; depuis son perfectionnement par Cleland, en 1741, les avantages de la douche d'air étaient parfaitement connus; fort peu de médecins cependant l'employaient dans leur pratique.

Lorsque, en 1863, Politzer publia son procédé, ce fut un véritable enthousiasme: une ère nouvelle allait commencer pour les maladies des oreilles. On n'a qu'à consulter les nombreux travaux qui ont paru depuis cette époque pour apprécier l'immense progrès accompli par ce seul fait: la découverte d'un procédé pratique pour faire des injections dans la caisse.

Tous les desiderata sont cependant bien loin d'être comblés, comme je me réserve de le démontrer dans la discussion des avantages et des inconvénients des divers procédés; l'immense majorité des médecins délaisse la méthode de Politzer aussi bien

que le cathétérisme; pour eux, elle n'est pas assez simple, et ils n'ont pas assez confiance dans le résultat.

Je crois qu'il est du devoir de chacun de chercher à perfectionner les moyens employés, surtout quand on peut crier bien haut que ces moyens sont les seuls d'une efficacité réelle dans la plupart des surdités. En présence d'une maladie de l'oreille, quelle qu'elle soit, on voit tous les jours un grand nombre de praticiens hésiter, avouant leur ignorance à eux-mêmes et aux malades; aussi pour eux le mot surdité est toujours associé à l'adjectif incurable. Cette conclusion est déplorable dans ses résultats, d'autant plus qu'au début la plupart des surdités sont curables. Les maladies des oreilles sont très fréquentes chez les enfants, ce que beaucoup de médecins ignorent; elles se manifestent par de la fièvre, de l'agitation, quelquefois des convulsions, des méningites, des vomissements; les douches d'air peuvent éclairer le diagnostic en même temps qu'elles servent au traitement; la surdité-mutité n'est, à son début, qu'une surdité souvent curable.

Je vais décrire rapidement les différents procédés de *Valsalva*, de *Toynbee*, de *Politzer*, de *Lucæ*, de *J. Gruber*; ils sont tous utiles à connaître et rendront des services aux praticiens. D'un autre côté, en suivant pas à pas la marche d'une idée, en voyant le but à atteindre et les efforts tentés pour y parvenir, on saisit mieux les indications que l'on devrait remplir.

A. LE PROCÉDÉ DE VALSALVA consiste dans un effort violent pour se moucher, alors que les narines sont hermétiquement fermées. Le sujet devra faire, d'abord et avant tout, une profonde inspiration, puis il fermera le nez et la bouche d'une manière aussi complète que possible; il fera enfin un mouvement d'expiration forcée. L'air, ne trouvant pas d'issue, s'engagera dans la trompe d'Eustache, si elle est libre, et arrivera ainsi dans la cavité tympanique.

B. LE PROCÉDÉ DE TOYNBEE est basé sur l'aspiration, sur la tendance au vide qui se produit dans la cavité naso-pharyngienne au moment de la déglutition. Quand on veut l'employer, on dit au malade de se boucher le nez de son mieux, pendant qu'il exécutera un mouvement de déglutition. On a prétendu, à tort, que l'orifice pharyngien des trompes s'élargissait sous l'influence des muscles élévateurs du voile du palais. Lucæ (*Arch. de Path. anat. phys.* tom. LXIV, pag. 238) a vu deux cas de destruction syphilitique du nez; il était très facile de constater de visu qu'à chaque soulèvement énergique du voile du palais

par la déglutition ou par la phonation il y avait fermeture, non ouverture, de l'orifice de la trompe.

Avec ces réserves, je dois faire l'éloge de ce procédé, qui est le seul qui puisse aspirer les liquides et les gaz qui se trouvent dans la cavité de la trompe. Loin de contrarier les procédés d'insufflation, ce procédé sera un corollaire nécessaire, j'aurais pu dire un correctif utile. Il est d'une exécution facile et n'a aucun inconvénient : il ne congestionne pas comme celui de Valsalva ; mieux que ce dernier, il est applicable aux enfants et aux malades. On pourra l'employer pour le diagnostic de la perméabilité du tympan ; de plus, le patient accusera une sensation particulière à la diminution de pression dans l'oreille moyenne. L'auscultation n'apprend rien, pas plus que pour le procédé de Politzer ; les bruits de déglutition masquent les bruits dus aux mouvements de l'air dans l'oreille.

C. Le PROCÉDÉ DE POLITZER se pratique en introduisant dans une narine un tube sur lequel on serre l'aile du nez, pendant qu'on oblitère l'autre narine aussi bien que possible. On insuffle de l'air par ce tube au moment précis où le malade exécute un mouvement de déglutition. L'air que l'on insuffle ne peut s'échapper d'aucun côté, il s'engage donc dans les trompes d'Eustache. A propos du procédé de Toynbee, j'ai admis, d'après les observations de Lucæ, que l'acte de la déglutition et la tension du voile du palais qui en est la conséquence resserraient l'orifice de la trompe bien loin de le dilater.

L'insufflation peut se faire par la bouche ; le plus souvent on se sert d'un ballon en caoutchouc analogue à celui que l'on emploie pour donner la douche d'air au moyen de la sonde. Les spécialistes se servent d'un instrument bien meilleur, la pompe à compression, qui permet d'envoyer une douche d'air d'une grande force.

D. Le PROCÉDÉ DE LUCÆ et le PROCÉDÉ DE J. GRUBER ont été inspirés par les inconvénients du procédé de Politzer, par sa complexité, par ses difficultés d'exécution. Ils conservent de ce procédé sa méthode d'oblitération des narines et l'insufflation par la poire ou la pompe ; ils changent sa méthode d'oblitération de la cavité naso-pharyngienne. Le mouvement de déglutition est trop rapide, il fallait trouver un moyen pour obtenir une tension plus durable du voile du palais.

— Lucæ conseille de faire répéter la lettre *a* pendant qu'on presse le ballon insufflateur.

— Gruber a remarqué, dans un grand nombre d'expériences,

que l'air provenant d'une forte expiration ne peut sortir ni par les narines, ni par la bouche, si l'on applique la partie postérieure de la langue sur la voûte palatine. Cet effet se produit par la prononciation des syllabes *hack, heck, hick, hock, huck*. Il suffit donc, pour que l'air insufflé dans les narines ne puisse passer ailleurs que dans l'oreille, de faire répéter ces syllabes au moment de l'insufflation. Il croit que l'on peut graduer la force de la pression suivant la syllabe que l'on fait prononcer; l'air passerait d'autant plus facilement dans l'oreille, que la voyelle interposée entre les lettres *hck* serait plus rapprochée de l'*u* et plus éloignée de l'*a*. De plus, il affirme que lorsque le malade incline la tête, de manière que l'oreille malade soit plus élevée que l'autre, le courant d'air ne passe que dans celle qui est la plus élevée. En faisant des réserves pour les affirmations qui semblent incomplètement démontrées, on peut dire que ce dernier procédé est efficace; je le crois seulement beaucoup moins simple que le procédé de Politzer: il demande un malade assez intelligent. Il n'est pas en effet très facile de prononcer comme il le faut les quatre lettres *huck*, et de maintenir sans interruption le soulèvement du palais qu'elles ont mission d'amener.

E. NOUVEAU PROCÉDÉ. — Tel était l'état de la question, lorsqu'en 1876 (*Société de Chirurgie*, pag. 683; — *Rapport Horteloup*) je communiquai à la Société de Chirurgie une note sur un nouveau procédé, consistant principalement dans l'insufflation nasale pendant l'expulsion violente de l'air par la bouche. L'injection de l'air peut se faire non seulement par le médecin, au moyen de la poire ou de la pompe, comme dans le procédé de Politzer; mais aussi, ce qui est particulier à mon procédé, elle peut être faite par le malade, qui, en soufflant dans le nez par l'intermédiaire d'un tube recourbé quelconque, pourra se passer de la poire en caoutchouc et de la pompe à compression.

Lorsqu'on souffle vivement, le voile du palais se soulève et obture hermétiquement la cavité naso-pharyngienne; ce soulèvement est fort peu actif, c'est-à-dire que les contractions musculaires y entrent pour fort peu. Les différences de pression au-dessus et au-dessous du voile du palais suffisent pour expliquer ce soulèvement. Cela est d'une très grande importance, puisque cela nous donne la raison pour laquelle, dans ce mouvement presque passif, l'orifice de la trompe est dilaté, tandis qu'il est resserré, diminué par la contraction des muscles du voile du palais au moment de la déglutition ou de la phonation.

On utilisera les données précédentes pour les irrigations na-

sales, dites de Weber, lorsqu'on voudra éviter sûrement la déglutition du liquide injecté, qu'il serait quelquefois dangereux d'introduire dans l'estomac. Dans tous les cas où j'ai voulu employer la douche nasale, j'ai réussi facilement, grâce au conseil de respirer fortement, que j'avais soin de donner au malade. Sans cela les malades échouaient, avalaient les liquides injectés et abandonnaient les lavages dans la crainte d'un empoisonnement.

Pour tirer du nouveau procédé tout ce qu'il peut donner, on ne doit pas se borner là, on le rendra plus simple et plus efficace en perfectionnant autant que possible l'appareil instrumental.

Je me sers d'un tube en caoutchouc à parois assez épaisses pour ne point se couder en angle en se recourbant pour aller de la bouche au nez. L'extrémité buccale est en verre, en corne, en bois, en porcelaine ou en ivoire; l'extrémité nasale peut être en caoutchouc durci, semblable à celle adoptée par Duplay pour le procédé de Politzer. J'ai essayé de faire mouler les ouvertures nasales, espérant trouver ainsi un modèle qui, s'appliquant sur les deux narines, pourrait par une simple pression du malade, empêcher le retour de l'air en avant. Je n'ai pas encore réussi à faire construire quelque chose qui remplisse convenablement cette indication.

Pratiquement, les faits ont répondu à la théorie : il est très facile de faire, par mon procédé, circuler l'air dans la trompe et dans la caisse. On a très vite la sensation de plénitude de l'oreille, qui répond à l'augmentation de l'air dans la caisse. De plus, chez un grand nombre de malades, j'ai constaté, par l'auscultation, le bruit de pluie, accompagné quelquefois de quelques râles humides au moment de l'insufflation; on peut aussi voir se bomber la membrane du tympan.

Chez un officier dont les deux tympans étaient perforés, il n'a pas été difficile d'entendre le sifflement caractéristique du passage de l'air. Le courant était assez fort pour impressionner visiblement la flamme d'une bougie. Chez lui, les procédés de Valsalva, de Politzer réussissaient moins bien; c'est à peine si on arrivait par eux à faire sortir quelques bulles d'air.

Le principal avantage de mon procédé est sa simplicité et sa facilité; il sera très bien exécuté, même par le malade le moins intelligent, sans le secours d'aucun médecin. Cet avantage est immense; à lui seul il explique les nombreux succès que j'en ai obtenus, si l'on songe que l'opération devra être répétée plusieurs fois par jour, pendant très longtemps. Beaucoup de

surdités seraient guéries si les médecins avaient plus de patience, s'ils ne cessaient point le traitement après quinze ou vingt séances. Les malades auront intérêt à se soigner avec plus de persévérance; on n'aura pas beaucoup de peine à les décider à se souffler dans le nez. Surtout on ne doit pas manquer de leur dire que le résultat se fera attendre plusieurs mois : il vaut mieux promettre moins et tenir davantage.

L'insufflation peut durer assez longtemps sans interruption, tandis que dans la déglutition le soulèvement du voile du palais ne dure qu'un moment, qu'il est difficile de saisir, ce qui rend souvent le Politzer inefficace.

Par mon procédé, on injecte dans la caisse de l'air chaud et humide, ce qui suffirait pour attirer la préférence des chirurgiens. Si l'on songe à la sensibilité et à la délicatesse de la muqueuse de ces régions, on se rendra bien compte, à mon avis, des accidents qui ont suivi quelquefois l'introduction dans la caisse d'un air froid et souvent chargé de poussières diverses détachées des poires en caoutchouc.

Pour l'auscultation de l'oreille, mon procédé est encore préférable au procédé de Politzer, à cause des bruits de déglutition qui troublent l'examen et induisent souvent en erreur.

Enfin le malade se traite lui-même; il augmente ou diminue à volonté la pression dans son oreille; il a à sa disposition une très grande force, et cependant il n'est pas exposé à la perforation de la membrane du tympan.

LÉVI, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 3, pag. 145, 1878, croit avoir inventé un nouveau procédé. Il presse la poire de Politzer au moment où le malade souffle. Il conseille de fermer la bouche, de serrer les lèvres et de gonfler les joues. Toutes ces précautions me paraissent rendre mon procédé moins simple et moins efficace.

FAUSELEY (*New-York med. Record*, 16 mars 1878) préconise un procédé analogue, Il croit que la respiration suffit à soulever le voile du palais, et que l'expiration forcée n'est pas nécessaire. Alors même que cela serait démontré, je n'en persisterais pas moins à conseiller l'insufflation par mon procédé. Il vaut mieux trop que trop peu, alors surtout que cela coûte si peu.

Enfin SCHELL (*American Journal*, pag. 71, juillet 1876) conseille à ses malades de se boucher le nez pendant le bâillement; il croit qu'il y a ainsi introduction de l'air dans la caisse et dilatation de la trompe.

Le CATHÉTÉRISME restera toujours un très bon moyen. Seul, il

permet de localiser l'action du chirurgien sur une seule oreille, seul, il rend les injections médicamenteuses faciles, seulement il sera toujours très pénible à employer. De plus, dans certaines conformations du nez, il est difficile à exécuter. Il est douloureux et peut donner lieu à des hémorrhagies, à des emphysèmes. Enfin les malades ne peuvent pas se sonder eux-mêmes, de sorte qu'on ne peut pas répéter l'opération aussi souvent qu'il le faudrait.

Quant au procédé de Politzer, je crois qu'il doit disparaître de la pratique, car on a beaucoup de peine à bien l'appliquer; il exige une poire en caoutchouc et quelqu'un de capable pour l'exécuter. La déglutition n'est que d'un instant, de sorte qu'il est peu facile d'insuffler juste à ce moment; par ce moyen, on pousse de l'air froid et sec avec une force difficile à graduer, de sorte que l'on risque autant de dépasser les limites et de rompre les membranes du tympan que de ne pas souffler assez fort. Enfin les bruits de déglutition troublent l'auscultation de l'oreille et rendent impossible l'application du procédé au diagnostic.

REVUES CLINIQUES

CONFÉRENCES CLINIQUES DE LA SALPÊTRIÈRE

Par M. LEGRAND DU SAULLE,

De l'état mental des hystériques (fin),

Recueillies par M. le Dr TISON.

Jusqu'ici j'ai fait le procès aux hystériques; je n'avais pas à être tendre, mais exact. Maintenant j'ai à prendre leur parti et à les défendre contre les imputations dépourvues d'exactitude, car on s'est quelquefois servi de l'hystérie comme d'un prétexte pour assouvir ses passions et déguiser sa culpabilité.

Un homme se livre à un attentat sur une hystérique. Celle-ci fait une dénonciation qui est vraie et il prétend se tirer d'affaire en disant: « c'est une hystérique, et, par conséquent, vous ne pouvez accorder aucune valeur à ses paroles. »

Dans la Franche-Comté, un officier de santé reçoit chez lui, à cinq heures du soir, une grosse fille hystérique et commet

sur elle un attentat. Il est dénoncé et traduit en justice. Il écrit à la *Gazette des Hôpitaux* pour avoir une pièce en sa faveur. Consultés, M. Brochin et moi nous nous sommes dit : le fait peut être vrai et nous n'avons pas voulu signer la pièce qu'on nous demandait et basée sur ce seul motif que l'accusatrice était une hystérique. L'officier de santé a été condamné à 20 ans de travaux forcés.

A quelques années de là, un médecin de l'Est pénètre un dimanche, pendant la messe, chez une jeune fille malade au lit, la chloroforme et la viole. La jeune fille raconte qu'il s'est passé quelque chose d'étrange. On l'examine; le viol était patent. Comme on avait vu entrer le médecin, il a été condamné. Il s'est défendu en disant : « C'est une hystérique. » Cette fille était hystérique, il est vrai, mais elle avait dit la vérité.

L'hystérie, à un faible degré, peut amener la lésion des facultés affectives, mais elle laisse l'intelligence intacte. Dans ce cas la responsabilité est entière.

A un degré plus grave, les facultés affectives très lésées ont du retentissement sur les facultés intellectuelles. C'est dans cette catégorie que vous rencontrerez les hystériques donnant lieu à toutes sortes d'histoires extraordinaires. C'est là qu'il y a lieu d'admettre une responsabilité mitigée, proportionnelle.

Enfin à un troisième degré, l'hystérique est folle, et alors plus de responsabilité.

Les deux filles dont je viens de vous retracer l'histoire étaient des hystériques ordinaires et rappelez-vous qu'on en compte 60,000 à Paris.

Il ne faut pas faire de l'irresponsabilité quand même, sous prétexte qu'on a trouvé un petit point hystérique. Pour bien apprécier le cas, il faut voir le retentissement de l'hystérie sur les facultés intellectuelles. Il faut surtout examiner ce qui reste de liberté. C'est par ce procédé qu'on arrive à donner un avis utile à la justice.

Si je prends quelquefois le parti des hystériques, c'est quand elles sont victimes, c'est quand on veut annihiler leur déposition.

Au dernier degré, la maladie devient la folie hystérique. Ce n'est plus l'affection commune qu'on retrouve à tous les degrés de l'échelle sociale; car ici elle s'accompagne de délire. Les malades du premier et du deuxième degré n'ont pas déliré. Mais nous sommes ici en présence de la folie hystérique qui présente des caractères extraordinairement faciles à saisir. C'est comme un amalgame de phénomènes convulsifs. Ce sont

Hoult, T. II, 1881.

18

des anomalies de la sensibilité générale et spéciale et une mobilité extraordinaire. Cette variété d'aliénation mentale présente des caractères spéciaux que je tiens à vous faire connaître.

Elles ont quelquefois une sorte de demi-conscience de leur état, et au plus fort de leur délire, au milieu de leurs excentricités les plus extravagantes, parmi des désordres multiples et même des hallucinations, il est quelquefois possible, avec une grande force de volonté, d'en tirer des renseignements précis. C'est comme chez certains alcooliques aigus qui cassent et brisent tout et qui vous répondront avec lucidité, si vous savez les interroger et surtout les intimider. Cet état de lucidité dure peu, une ou deux minutes et puis les phénomènes convulsifs, la suffocation, etc., recommencent.

Les hystériques (non pas celles atteintes de l'hystéro-épilepsie étudiée par M. Charcot et chez qui il y a toujours des hallucinations de la vue), ont des hallucinations analogues à celles des alcooliques. Elles voient des rats, des souris, des objets qui s'approchent, grandissent, se rapetissent et exécutent une sorte de fantasmagorie. Notez que ces derniers signes si spéciaux à l'alcoolisme se rencontrent aussi quelquefois dans l'hystérie.

Ces malheureuses atteintes de folie hystérique ont souvent des idées de suicide, elles en font la menace et même des tentatives infructueuses. Elles essaient de se frapper, de s'empoisonner avec des allumettes, etc. Mais elles se manquent dans les dix-neuf vingtièmes des cas. Cependant elles arrivent quelquefois au suicide en se précipitant par la fenêtre. A la fin de cette leçon je vous montrerai des malades qui ont fait plusieurs de ces tentatives.

Il n'y a pas longtemps qu'on a interdit de monter sur les monuments publics. Je n'ai point été étranger à cette mesure, à cause des nombreux cas de suicide par précipitation. J'avais dit : ce sont des hystériques. Je crois que depuis on est revenu sur cette mesure.

Vous causez avec ces malades et vous n'en pouvez rien tirer, quand, tout à coup, elles s'élancent, se frappent la tête contre les murs, essaient de se faire du mal, se donnent des coups de couteau et se font des blessures souvent légères. Chez elles, tout est spontané, il n'y a rien de prémédité. Il n'en est pas de même chez les aliénés persécutés où tout est prémédité, délibéré. Chez eux, le suicide est la déduction logique du délire. Ils sont obsédés, poursuivis, la vie leur devient un fardeau

trop lourd et ils se suicident. Leur point de départ est faux, mais leur déduction est logique. Chez les hystériques, au contraire, ces idées de suicide s'imposent tout à coup sans motifs. Elles ne se rattachent à rien. C'est une secousse, une impulsion, un vertige.

Les hystériques folles sont souvent hallucinées et elles peuvent éprouver des impulsions. Mais celles-ci n'aboutissent jamais à de grands crimes, comme celles des épileptiques. Ces hystériques présentent un cachet particulier. Elles chantent une romance, disent des extravagances, se mettent à rire, déchirent leurs vêtements, se promènent toutes nues. Mais tous ces actes se font avec instantanéité, automatisme; ils ne présentent rien de délibéré. Vous ne les trouvez que chez les hystériques, et vous ne les rencontrerez ni chez les maniaques ni dans les formes graves de vésanie.

Dans la folie hystérique les contrastes sont tels que les malades passent de l'excitation maniaque à la dépression mélancolique. Vous les trouverez de bonne humeur à midi, turbulentes à 2 heures. Un peu plus tard elles ne voudront plus parler, etc.

Dans les autres formes de l'état mélancolique il y a des étapes qu'on peut annoncer à l'avance. Mais ici tout est imprévu, inattendu. Surtout n'annoncez rien, vous ne seriez pas bon prophète.

Ces malades guérissent, mais leurs guérisons ne sont guère que des rémissions. Elles ont des périodes de calme, de raison relative, mais toujours avec quelque chose de désordonné et de mal équilibré. Quand elles quittent l'hôpital, nous sommes presque toujours sûr de les voir revenir, car les accès reparaissent. Il n'y a donc chez elles que des rémissions et non pas de vraie guérison. A ce propos, je viens encore combattre le préjugé relatif à l'hystérie et qui consiste à conseiller le mariage comme remède. Le mariage n'est pas un remède et il n'a pas le droit d'entrer, à ce titre, dans la thérapeutique. Après avoir vu les accès, les rémissions, le médecin conseille le mariage, mais c'est là un conseil fâcheux. Le mariage, la grossesse, l'allaitement n'y font rien; elles retombent quand même. Elles ne deviendront femmes correctes, normales qu'avec l'âge, quand le côté physique aura disparu.

Dans les instances en séparation de corps pour motif d'hystérie, invitez le mari à prendre patience, dites-lui qu'à 48 ans sa femme deviendra correcte. Mais tous les maris n'ont pas cette patience.

On laisse quelquefois se marier les femmes ayant eu un accès de folie hystérique. C'est une faute. On peut, dans cette circonstance, faire une demande en nullité de mariage. C'est rare, mais il y en a des cas; on en trouve dans les recueils de jurisprudence.

Que, dans ces cas, les tribunaux n'abandonnent jamais ce principe que : le mariage est édifié sur la liberté des contractants. Sans consentement il ne peut y avoir mariage. Si l'un des époux n'a pas été libre, le mariage peut toujours être attaqué par les époux ou par celui dont le consentement n'a pas été libre. Il est très rare que des demandes en nullité de mariage pour cause de folie viennent à se produire.

Il y a eu, passage du Saumon, une certaine dame G. qui a entrete nu d'elle les tribunaux et les journaux judiciaires. Veuve, elle commet des excentricités, fait des tentatives de suicide et se montre nue dans son arrière-boutique. Elle était fabricante de corsets. On l'avait surnommée *la folle* et elle paraissait avoir quelque aisance.

Malgré son exaltation elle contracte un nouveau mariage. Sa tenue à la mairie et à l'église est irréprochable. Mais le lendemain, elle délire! La nullité du mariage fut demandée et accordée.

L'hystérie appelle l'hystérie. Ce qui se passe dans les institutions, les couvents, les ateliers, les quartiers de femmes à la Salpêtrière, montre que l'influence de la contagion est considérable. C'est là le secret des grandes épidémies de convulsionnaires du moyen âge.

Ces épidémies se reproduisent encore quelquefois de nos jours. En 1866, une épidémie semblable a éclaté à Morzines dans le département de la Haute-Savoie. La relation qu'en a faite le docteur Constans montre qu'il s'est passé des choses analogues à ce que M. Charcot a vu à la Salpêtrière, c'est ce qui nous aide à comprendre l'histoire des possédées de Loudun, de Louviers, etc.

La contagion fait absolument les frais de l'hystérie, il faut donc pratiquer l'isolement.

Je termine cette conférence comme les précédentes en faisant passer quelques malades sous vos yeux.

Voici d'abord la nommée B..., âgée de 25 ans. Elle a été bien portante jusqu'à l'âge de quinze ans. Le début de sa maladie remonte à l'année 1870, époque où sa famille habitait Strasbourg. Sa première attaque fut due à la mort de son

grand-père fusillé par les Prussiens. Elle n'a conservé d'autre souvenir de ce cruel événement que d'avoir été camisolée et d'être restée trois jours sans reprendre connaissance.

Deux mois après, elle fut enlevée par son amant qui la conduisit à Vienne où ils passèrent trois ans dans la plus parfaite amitié. Ils viennent alors à Paris où son *protecteur*, retenu par ses études d'ingénieur, la place chez des modistes de sa connaissance. Une année s'écoule ainsi sans qu'on observe aucun dérangement dans sa santé. Elle part pour Metz où, trois mois après elle accouche, à sept mois, d'un enfant qui meurt de convulsions à l'âge de six mois. Elle se rend à Genève où s'était retirée sa famille, pour demander à sa mère l'autorisation d'épouser son protecteur. Le refus de sa mère et l'abandon de la famille qui en est la suite déterminent des accès de manie furieuse qui durent treize mois pendant lesquels on a dû la camisoler, la garder au lit, etc. Mais elle n'a conservé aucun souvenir de ce qui s'est passé alors.

Le calme revient. Deux fausses couches se succèdent et bientôt après, la naissance d'un enfant encore vivant. En février 1879, elle se querelle avec son amant et poussée par des contrariétés de famille, elle se précipite par la fenêtre d'un deuxième étage. Cette chute n'entraîna que de graves contusions corporelles, mais l'état mental fut altéré au point que les idées de suicide ne l'abandonnent plus. Au mois de septembre suivant, elle quitte, *par toquade*, (c'est son expression) son amant qui retient son enfant. Elle revient à Paris au mois de décembre, chez des amies, où elle est prise de crises nerveuses qui l'obligent à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Mais on est forcé de la renvoyer à Sainte-Anne, le 21 janvier 1880, avec le diagnostic : *hystéro-épilepsie*. On la garde peu de jours et on l'expédie à la Salpêtrière avec cette note : Est atteinte d'hystéro-épilepsie avec hallucinations passagères; hémianesthésie gauche. » Elle ne peut raconter ce qui s'est passé pendant son séjour à Sainte-Anne.

A la Salpêtrière nous observons tous les symptômes de l'hystéro-épilepsie et le relevé fait pour l'année 1880 porte 1,034 accès et 261 vertiges.

Actuellement cette malade est paraplégique; elle ne peut marcher, bien qu'elle ait conservé des mouvements de flexion et d'élévation des membres inférieurs. L'anesthésie est devenue générale excepté à la face où la sensibilité est conservée du côté droit.

L'amnésie persiste. Elle est souvent emportée. Elle a tenté de se couper la gorge avec un canif, sans être excitée en rien par les personnes qui l'entourent. Ses crises d'hystéro-épilepsie s'accompagnent d'hallucinations. Elle croit voir son enfant et elle fait le geste de l'embrasser. Elle éprouve de l'insomnie, des étouffements et des bourdonnements persistants dans les deux d'oreilles.

Cette autre malade que je vous présente, la nommée P..., est actuellement âgée de vingt et un ans; jusqu'à seize, elle n'a rien présenté de particulier. A cette époque elle fut prise d'une grande colère pendant laquelle elle faillit tuer sa mère avec un couteau qui se trouvait à sa portée. A dix-huit ans elle se marie. Le ménage va bien, mais il ne tarde pas à se brouiller avec la belle-mère. Celle-ci tente de s'empoisonner en avalant le contenu d'une fiole de laudanum. Pendant trois jours elle reste folle (*sic*) et aujourd'hui elle est devenue maniaque paroxystique, au dire du médecin qui la soigne.

L'impression causée par l'état de la mère fut telle que sa fille devint folle à son tour, fuyant le domicile conjugal. En se sauvant dans la rue, elle est prise d'une attaque que l'on croit avoir été de l'hystéro-épilepsie. Les agents la ramassent, on la camisole et elle est envoyée à l'hôpital Tenon. Nous voici arrivé au mois de septembre 1878. L'observation à laquelle on la soumet dans cet hôpital révèle chez notre malade des idées de suicide accompagnées de tentatives infructueuses. C'est ainsi qu'elle prend plaisir à avaler des épingles à cheveux et à se faire des plaies dont les cicatrices sont encore visibles. Chaque jour, elle éprouve des crises d'hystéro-épilepsie, six et même plus; et on la soumet au traitement bromuré (six grammes par jour). L'amélioration arrive et on l'envoie au Vésinet où ses crises la reprennent, ce qui motive son renvoi à l'Hôtel-Dieu où le même état se reproduit. Sous prétexte de la reconduire chez elle, on l'emmène en réalité à Sainte-Anne. Elle découvre la supercherie et elle veut se jeter par la portière de la voiture. On est obligé de l'attacher. A Sainte-Anne, le même état se reproduit et on la soumet de nouveau au bromure de potassium. Quatre mois après, le 15 novembre 1879, elle est envoyée à la Salpêtrière.

Au début elle se dispute avec les autres malades et elle cherche même à étrangler l'une d'elles. Après six mois de traitement, on la rend à son mari qui la redemande. Mais peu de temps après, en allant reporter de l'ouvrage, elle est

frappée d'une nouvelle attaque sur la place de la Bastille, et immédiatement dirigée sur l'hôpital Saint-Antoine. Nouvelles crises et nouvelles tentatives de suicide. Second renvoi à Sainte-Anne, suivi d'une nouvelle entrée à la Salpêtrière.

Actuellement l'anesthésie de tout le côté droit est incomplète, excepté au pied où elle est absolue. Elle marche en trainant la jambe droite, et tout le membre supérieur de ce même côté est moins fort que l'autre. Depuis son entrée, elle n'a plus éprouvé d'attaques, mais son caractère irascible est toujours le même. Elle semble s'améliorer et elle désire sa sortie. Dernièrement elle a été punie par le *bain au collet*. Cette correction l'a rendue plus raisonnable.

Voici une troisième malade qui a également fait plusieurs tentatives de suicide, dont une à Sainte-Anne, où elle a voulu s'étrangler avec un cordon. Elle paraît ne pas avoir d'antécédents héréditaires.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-LÉGALE.

Du procédé igné appliqué à la destruction des amygdales hypertrophiées. — M. Krishaber publie dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* une note relative au traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture. C'est une application nouvelle d'une méthode qui lui a donné d'excellents résultats contre les granulations du larynx et du pharynx.

Après avoir étudié les conséquences habituelles de l'hypertrophie tonsillaire — conséquences qui, pour être moins graves chez l'adulte que chez l'enfant, n'en constituent pas moins une véritable infirmité quand elles atteignent les personnes pour lesquelles les organes de la voix sont, en quelque sorte, un instrument de travail, — l'auteur passe en revue les modes de traitement successivement mis en usage contre cette affection.

L'énucléation des amygdales malades à l'aide du doigt, la ligature, la cautérisation par les caustiques ou le cautère actuel sont des procédés tombés en désuétude. Le seul traitement en honneur aujourd'hui est l'excision pratiquée soit avec l'amygdalotome, soit avec le bistouri. Ce dernier instrument ne compte, à la vérité, plus qu'un nombre restreint de partisans, dont un très autorisé, M. de Saint-Germain. Mais l'excision

des amygdales par l'instrument de Fahnestock n'est pas toujours praticable. Il est difficile avec cette guillotine de calculer avec précision le volume du moignon tonsillaire à ménager. Cette opération a surtout le tort de donner lieu à des hémorragies souvent fort graves. Témoin l'histoire de cet étudiant en médecine, cité par Tillaux, qui faillit mourir à la suite d'une hémorragie dont Verneuil se rendit maître à grand'peine, en plaçant une pince à demeure. Témoins encore les faits produits par Nélaton, Saint-Yves (de Melun), Dolbeau, Sranski, Broca.

Avec la méthode ignée ce redoutable accident n'est plus à craindre, bien que les résultats obtenus soient aussi satisfaisants. M. Krishaber, dont les essais durent depuis deux ans et qui a réuni plus de quarante observations, s'en porte garant.

Voici comment on procède :

Le malade est placé, solidement maintenu, si c'est un enfant, comme pour l'examen laryngoscopique, en face de l'opérateur, la bouche ouverte, la langue garantie par une large spatule, le fond de la gorge bien éclairé par la lumière du jour ou un réflecteur.

M. Krishaber se sert ordinairement du thermo-cantère Paquelin, effilé, pointu, porté à la température du rouge-cerise. Quand il s'agit de modifier simplement la nutrition de la glande, il donne la préférence au galvano-cantère du polyscope Trouvé.

La pointe de l'instrument est enfoncée autant que possible dans le tissu glandulaire; puis cinq ou six nouvelles ponctions sont faites au-dessus et au-dessous de la première, suivant une ligne verticale passant à 6 ou 8 millimètres du bord libre. On laisse entre les séances un intervalle de deux ou trois jours, de façon à permettre la chute de l'eschare et à apprécier le résultat obtenu.

En général, cette opération doit être répétée cinq ou six fois; elle n'est nullement douloureuse et rarement la sensation de brûlure est perçue.

Après chaque séance, il n'y a aucune prescription à faire, si ce n'est de recommander aux malades de se gargariser plusieurs fois par jour avec de l'eau tiède légèrement phéniquée afin d'éviter l'odeur produite par l'eschare.

Jusqu'ici aucun accident n'a été observé à la suite de ce traitement, et les résultats obtenus ont été durables.

Traitement du prolapsus du rectum par les

cautérisations avec l'acide nitrique fumant. —

Nous trouvons dans le *Journal de Thérapeutique* (1) l'observation d'un cas de prolapsus rectal traité par les cautérisations superficielles de la muqueuse herniée à l'aide de l'acide nitrique. C'est le second succès que M. Delens doit à ce mode de traitement, vanté par Allingham et employé surtout par les chirurgiens anglais.

Il s'agissait d'une femme de 74 ans atteinte depuis deux ans d'un prolapsus rectal peu à peu devenu permanent, cette tumeur, assez facilement réductible, se présente sous la forme d'une masse cylindro-conique, rouge violacé, haute de 8 centimètres environ.

Le 20 septembre, M. Delens, après avoir fait administrer un lavement procède à la cautérisation du prolapsus. Toute la surface muqueuse est rapidement badigeonnée avec un pinceau d'amiante légèrement imbibé d'acide nitrique fumant; les parties voisines sont protégées par des compresses. Toute la surface du prolapsus prend immédiatement une teinte blanchâtre, on enduit alors d'une abondante couche d'huile toutes les parties cautérisées et la réduction est opérée à l'aide d'un premier tampon d'ouate du volume d'une forte noix. Cinq autres tampons semblables sont ensuite introduits de manière à distendre l'ampoule rectale.

Pour empêcher la reproduction du prolapsus, dans les premiers moments, une compression extérieure est établie au niveau de l'anus et du périnée à l'aide d'une masse volumineuse de charpie assujettie par un bandage en T.

La malade est laissée couchée sur le dos, les cuisses rapprochées.

La cautérisation n'a pas produit de vive douleur. Tous les jours on administre une pilule de 5 centigrammes d'extrait d'opium. Le régime alimentaire se compose de lait, d'œufs et de viande. Pas de légumes.

Jusqu'au 25 septembre il n'y a pas de selles. La première selle se produit spontanément, elle détermine la sortie des tampons d'ouate et ne provoque pas de douleur marquée. Le prolapsus ne se reproduit pas. A partir de ce jour il y a eu des selles à peu près quotidiennes, facilitées par l'administration de 50 centigrammes de rhubarbe à chaque repas. Le prolapsus n'a plus reparu.

(1) 25 juillet 1881.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance publique annuelle du 2 août.

Présidence de M. H. ROGER.

Peu de monde. Quelques dames, dignes d'exemple, ont pris place dans l'hémicycle. De rares académiciens apparaissent sur les bancs déserts. Point de public, mais, à la porte, des sergents de ville pour contenir la foule absente. Des fleurs dans la salle de vaccine, des fleurs dans la cour qui conduit aux bureaux.

Au bureau, siègent M. Henri Roger, président de l'année dernière, ayant à sa droite M. Legouest, président de cette année, à sa gauche, M. le secrétaire perpétuel. Ces trois messieurs sont en uniforme et portent le frac brodé de palmes violettes, l'épée et le bicorné.

M. Bergeron, secrétaire annuel, également en uniforme est assis à la tribune. Il lit le rapport général sur les concours. Le morceau est soigné, très académique, même intéressant. Il méritait d'être applaudi ; il l'a été. Par exemple, nous aimons mieux les hommages qui s'adressent aux morts, que ceux qui vont, toujours un peu brutalement heurter le nez des vivants. Il faut bien que les survivants louent ceux qui ne sont plus ; quant aux vivants, c'est affaire à leurs œuvres de les louer. Si la fumée de l'encens peut durer autant que le trajet de Paris à Londres, M. Pasteur a dû se régaler hier soir à son dîner d'un fort nuage parfumé.

Voci le résultat des concours, proclamé par M. le président H. Roger.

PRIX DE L'ACADÉMIE

Question proposée : *De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement.*

Ce prix était de la valeur de 4,000 francs. Deux mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur RENDU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX PORTAL.

Un seul mémoire a concouru. Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

PRIX DE CIVRIEUX.

Question proposée : *Du rôle du système nerveux dans les maladies du cœur.*

Ce prix était de la valeur de 1,500 fr. Trois mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur LIÉGEOIS (Charles-Auguste), médecin à Bainville-aux-Saules (Vosges).

Elle accorde :

1^o Une première mention honorable à M. le docteur ARNAUD (Henri-Marius), médecin à Beauvoisin (Gard).

2^o Une deuxième mention honorable à M. le docteur LAMARRE (Edouard), médecin de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

PRIX GAPURON.

Question proposée : *Influence de la luxation coxo-fémorale sur la conformation du bassin.*

Ce prix était de 1,500 francs. Deux mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à M. le docteur VERRIER (Eugène), médecin à Paris.

PRIX BARBIER.

Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament).

Ce prix était de la valeur de 7,000 francs. Onze ouvrages ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement :

1^o 2,000 francs à M. le docteur Edmond DELORME, chirurgien-major de 1^{re} classe, pour son mémoire sur la *ligature des artères de la paume de la main*.

2^o 1,000 francs à M. le docteur E. MASSE, de Bordeaux, pour son travail intitulé : *De l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations*.

3^o 1,000 francs à M. le docteur Christian SMITH, de Bruxelles, pour son précis clinique des *affections des voies urinaires chez l'homme*.

4^o 1,000 francs à M. le docteur P. BUROT, médecin de 1^{re} classe de la marine, pour son ouvrage *De la fièvre dite bilieuse inflammatoire à la Guyane*.

PRIX ERNEST GODARD.

Ce prix devait être réservé au meilleur travail sur la *pathologie interne*. Il était de la valeur de 1,500 francs. Quinze ouvrages ou mémoires ont été envoyés au concours. L'Académie ne décerne pas le prix : elle accorde à titre de récompense :

1^o 600 francs, à M. le Dr Grasset, de Montpellier, pour ses travaux sur les *localisations dans les maladies cérébrales et les maladies du système nerveux*.

2^o 400 francs à M. le Dr Damaschino, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour son ouvrage sur les *maladies des voies digestives*.

Elle accorde à titre de mention honorable :

250 francs à M. le Dr Angel Marvaud, médecin aide-major à l'hôpital du Dey d'Alger, pour son mémoire manuscrit portant le numéro 10, intitulé : *Études thermométriques et cliniques des principales formes fébriles observées dans les hôpitaux militaires de l'Algérie*.

250 francs à MM. les Drs E. Brissaud et A. Josias, médecins à Paris, pour leur ouvrage sur les *gommes scrofuleuses et leur nature tuberculeuse*.

PRIX DESPORTES

Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Il était de la valeur de 2,000 francs. Sept ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr Fonsagrives, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (Hérault), pour son ouvrage en deux volumes, ayant pour titre : *Traité de thérapeutique appliquée*.

PRIX BUIGNET

Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, doit être décerné tous les ans à l'auteur du meilleur ouvrage manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

L'Académie décerne le prix à MM. les Drs H. Beauregard et V. Galippe, pour leur ouvrage intitulé : *Guide de l'élève et du praticien pour les travaux pratiques de micrographie*.

Elle accorde :

1^o Une mention honorable à M. le Dr Badal, pour divers travaux : *Clinique ophthalmologique. — Influence du diamètre de la pupille et des cercles de diffusion sur l'acuité visuelle*.

2^o Une mention honorable à M. le Dr Chapuis, pour son

ouvrage ayant pour titre : *Influence des corps gras sur l'absorption de l'arsenic.*

PRIX ORFILA.

Question : *De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc.*

Ce prix était de la valeur de 2,000 francs.

Il n'y a pas eu de concurrent.

PRIX FABRE.

Question : *De la folie désignée sous les dénominations de : folie circulaire; folie à double forme; folie à formes alternes.*

Les concurrents devaient réunir dans leur travail le plus grand nombre possible d'observations cliniques. Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

Quatre mémoires ont concouru.

L'Académie décerne un prix de 1,000 francs à M. le docteur RITTI (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton.

Elle accorde en outre une récompense de 500 francs à M. le docteur A. MORDRET, médecin chef de l'asile de la Sarthe, au Mans.

PRIX HUGUIER.

Ce prix devait être 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 était de la valeur de 2,000 francs. Deux ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur PETIT (Henri), sous-bibliothécaire à la faculté de médecine de Paris.

PRIX SAINT-LAGER.

Il n'y a pas eu de concurrents.

PRIX DE LA COMMISSION DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

Question : *Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France.* Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. L'Académie n'a reçu aucun mémoire. Mais elle a accordé les récompenses suivantes, aux auteurs des mémoires ne répondant pas à la question proposée, savoir :

1° Des médailles d'argent à :

M. le docteur BIRARD, président de la Société protectrice de l'enfance, à Pontoise, pour son travail intitulé : *Observations sur les résultats de la loi Roussel.*

M. Henri FAUVEL, chimiste au laboratoire Municipal (avec une allocation de 400 francs), pour sa note sur les altérations du lait, dans les biberons, et comme encouragement à poursuivre ses recherches sur le même sujet.

M. le docteur Louis PÉNARD, président de la Société des médecins de Seine-et-Oise, pour son mémoire imprimé sur le rétablissement des tours, bien que l'Académie ne se considère pas comme solidaire de toutes les opinions émises par l'auteur.

M. le docteur ZINNIS, médecin à Athènes (Grèce), pour son étude sur les principales causes léthifères chez les enfants, à Athènes.

2° Des médailles de bronze à :

M. le docteur DIARD, de Rambouillet, pour son travail intitulé : *Les nourrices, les nourrissons, la loi Roussel dans le canton de Rambouillet*.

M. le docteur René BLACHE, pour son travail sur *l'allaitement maternel au point de vue des avantages que la mère et l'enfant peuvent en retirer*.

M. le docteur MIGNOT, de Chantelle (Allier), pour ses *Observations sur l'allaitement artificiel*.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie a proposé et M. le Ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder pour le service des épidémies de 1879 :

1° Une médaille d'or à :

M. le docteur PILAT, médecin à Lille (Nord), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans le département du Nord, et principalement pour un rapport sur les épidémies de fièvre typhoïde.

2° Rappel de médaille d'or à :

M. le docteur LECADRE, du Havre.

3° Des médailles d'argent à :

M. le docteur DELIGNY, médecin à Toul, pour son *Étude statistique et hygiénique des communes rurales des deux cantons de Toul (Meurthe et-Moselle)*.

M. le docteur GERLIER, médecin à Ferney-Voltaire (Ain), pour *Relation d'une épidémie thracophitique à Ferney*.

M. le docteur GOSCHWIND, médecin-major du 6^e bataillon de chasseurs à pied, pour ses *Recherches étiologiques sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans la caserne de Romorantin en avril 1879*.

M. le docteur LARDIER, médecin à Rambervilliers (Vosges), pour un travail intitulé : *Des causes de mortalité dans certaines épidémies de rougeole.*

M. le docteur LONGET, médecin-major de 1^{re} classe, pour un *Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde ayant sévi à la Roche-sur-Yon, sur le 93^e régiment de ligne.*

M. le docteur MAURICET, médecin à Vannes, pour son *Compte rendu des épidémies et des épizooties du Morbihan.*

M. le docteur PESTEL, médecin à Saint-Chartier, pour son *Rapport sur les épidémies qui ont existé dans l'arrondissement de La Châtre (Indre).*

M. le docteur Ch. VIRY, médecin-major de 2^e classe à l'hôpital d'Aumale, et Eugène RICHARD, médecin-major de 2^e classe à Philippeville (Algérie), pour un rapport (en collaboration) intitulé : *De la nature du goitre épidémique, à propos de l'épidémie qui a sévi sur les troupes de la garnison de Belfort en 1877.*

4^e *Rappels de médailles d'argent à :*

M. le docteur BARBREAU, pour son *Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Rochefort (Charente-Inférieure).*

M. le docteur DANIEL, de Brest, — 2^e rappel.

M. le docteur FARGES, d'Angers (Maine-et-Loire).

M. le docteur REMILLY, de Versailles (Seine-et-Oise).

5^e *Des médailles de bronze à :*

M. le docteur BARBARIN, médecin à Briançon, pour son *Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Briançon (Hautes-Alpes).*

M. le docteur COMBALLAT, médecin à Marseille, pour son *Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Marseille.*

M. le docteur DARDIGNAC, médecin-major de 2^e classe au 143^e régiment d'infanterie, pour son mémoire intitulé : *Contributions à l'histoire des maladies du soldat dans ses garnisons.*

M. le docteur FOURNIER, médecin à Soissons, pour son *Rapport sur les épidémies de Soissons (Aisne).*

M. le docteur HUGUENARD, aide-major de 1^{re} classe à la place de Paris, pour sa *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à la caserne de la Nouvelle-France.*

M. le docteur JABLONSKI, médecin à Poitiers, pour son *Étude médicale sur l'arrondissement de Poitiers.*

M. le docteur LEMENANT DES CHESNAIS, médecin à Authon-du-Perché (Eure-et-Loir), pour son *Étude sur une épidémie de diarrhée infantile.*

M. le docteur LALLEMAND, médecin à Dieppe (Seine-Inférieure). pour son *Rapport sur les épidémies qui ont sévi dans l'arrondissement de Dieppe*.

M. le docteur RINGEISEN, médecin à Schlestadt, pour un travail intitulé : *Relevés statistiques et rapports du médecin du bureau de bienfaisance de la ville de Schlestadt (Alsace)*.

M. le docteur ROUSSEAU, médecin à Vouziers, pour son *Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Vouziers (Ardennes)*.

M. le docteur SAUVÉ, médecin à La Rochelle, pour un *Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné sur une compagnie du 4^e bataillon du 123^e de ligne en garnison à Saint-Martin-de-Ré*.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS-INSPECTEURS
DES EAUX MINÉRALES.

L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce a bien voulu accorder pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1878 :

1^{re} Médailles d'argent à :

M. le docteur JAPHET, médecin-inspecteur des eaux d'Enghien, pour ses travaux sur *l'histoire naturelle et médicale des eaux d'Enghien*.

M. le docteur BLOC, médecin-inspecteur à Andabre et Cayla, pour son *Rapport réglementaire très complet*.

2^o Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à :

M. le docteur PLANCHE, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc.

M. le docteur LAISSUS, médecin-inspecteur des eaux de Brides et Salins.

M. le docteur AUPHAN, médecin-inspecteur des eaux d'Ax-sur-Ariège.

M. le docteur BOISSIER, médecin-inspecteur des eaux de Lavalou.

3^o Médailles de bronze à :

M. le docteur WEBER, médecin principal de 1^{re} classe à Amélie-les-Bains.

M. le docteur RENARD, médecin-major de 1^{re} classe à Hammam-Rira.

M. le docteur SOULIGOUX, médecin à Vichy.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS
POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1879.

L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce a bien voulu accorder :

1^o *Un prix de 1,500 francs partagé entre :*

M. le docteur ANTONY, médecin major de 1^{re} classe au 25^e régiment d'artillerie à Châlons-sur-Marne (Marne).

M. le docteur BOUCHER, médecin major de 2^e classe au 139^e régiment de ligne, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

M. le docteur CLAUDOT (Maurice), médecin major à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon (Rhône).

2^o *Des médailles d'or à :*

M. le docteur Amat (Ch.), aide-major de 2^e classe à Bou-Saada (Algérie).

M. le docteur CIAUDO, conservateur du vaccin à Nice (Alpes-Maritimes).

M. le docteur DAVID, à Nolay (Côte-d'Or).

M. le docteur VAN-MARIS, médecin en chef de la garnison de Dunkerque (Nord).

3^o *Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer soit par des observations ou mémoires adressés à l'Académie, soit par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées.*

Nous donnons la liste des prix proposés pour 1882 :

PRIX DE L'ACADÉMIE.

Question : *De l'athérome artériel généralisé et de son influence sur la nutrition des organes.*

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PORTAL.

Question : *Le système lymphatique au point de vue pathologique.*

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX CIVRIEUX.

Question : *Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice.*

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX CAPURON.

Question : *Des lochies dans l'état normal et dans les états pathologiques.*

Ce prix sera de 2,000 francs.

PRIX BARBIER.

Nous avons indiqué plus haut les conditions du concours.
Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

PRIX GODARD.

Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie interne. Il sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX DESPORTES.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature.

Il sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX BUIGNET.

Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé; si une année aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

PRIX ORFILA.

Question : *De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc.*

D'après les intentions du testateur, « la question doit être envisagée au point de vue de la physiologie et de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale ».

Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

PRIX ITARD.

Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire 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.

La valeur de ce prix sera de 3,000 francs.

PRIX FALRET.

Question : *des vertiges avec délire.*

Il sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX SAINT-LAGER.

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'expérimentation qui aura produit la
» tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux ani-
» maux, 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 FONDÉ PAR M. ET M^{me} SAINT-PAUL.

M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

Question : *du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France.*

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1882 devront être envoyés à l'Académie avant le 1^{er} juillet de l'année 1882. Ils devront être écrits en français et en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et les adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclus du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Amusat, Buigniet, Desportes, Saint-Paul et Itard, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou imprimés, sont exemptés de cette dernière disposition.

Société de chirurgie.

Séance du 3 août 1881.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

Le compte rendu de la précédente séance est lu et adopté.

Communication. — **M. Terrillon** lit une communication fort intéressante sur *la contusion du testicule et ses conséquences*. Les lésions déterminées par la contusion du testicule sont peu connues et leur histoire a passé par plusieurs phases. Longtemps on confondit toutes les causes des inflammations des glandes spermatiques. Le premier, Astley Cooper et, après lui, Bérard, établirent une distinction entre les inflammations blennorrhagiques ou autres et les inflammations déterminées par des traumatismes. Velpeau dans le Dictionnaire en 30 volumes fait voir qu'il connaît bien cette distinction : Vidal (de Cassis) accentue davantage les démarcations entre les diverses lésions inflammatoires du testicule. Cruveilhier étudie avec beaucoup de détails l'atrophie des glandes à la suite de traumatismes et montre bien que c'est la paroi qui s'atrophie la première ; il donne, de plus, quelques notions sur les ravages qui précèdent cette atrophie.

Il est à remarquer que dans toutes les relations d'orchites traumatiques colligées par les auteurs, ou éparses dans la science, on s'en tenait beaucoup trop au dire du malade. Duplay attira l'attention sur ce sujet. M. Terrillon, désirant élucider le plus possible ce point encore obscur dans la pathologie s'est livré depuis 1875 à un certain nombre de recherches expérimentales. Il s'est pour cela servi de chiens chez lesquels il déterminait des contusions variables des testicules. Les pièces ont été étudiées au Collège de France, au laboratoire de M. Ranvier, par M. Suchard.

La contusion peut provenir, comme partout ailleurs, d'un choc d'intensité variable, assez faible même pour ne déterminer que de la douleur. Autrement elle amène des lésions que M. Terrillon divise en trois degrés bien distincts.

Dans un *premier degré* on trouve :

Du côté du testicule de petites hémorrhagies capillaires disséminées mais situées surtout dans le tissu conjonctif intertubulaire. Les tubes eux-mêmes sont peu altérés ; on croirait qu'ils ont glissé les uns sur les autres et qu'il en est résulté des petites ruptures vasculaires.

Du côté de l'épididyme, lésions du même ordre avec cette nuance que les tubes sont un peu altérés et que l'épithélium lui-même n'est pas bien intact.

Telles sont les lésions immédiates. Consécutivement surviennent des manifestations phlegmasiques du tissu cellulaire : de l'œdème, du gonflement. Le testicule devient dur, il y a de l'injection de la vaginale, les tubes ont leur paroi épaissie et leur épithélium contient des corps réfringents. — Après huit jours ces lésions sont très accentuées et du tissu fibreux s'organise entre les tubes. Enfin, dans la suite, il y a rétraction de tous ces produits.

Du côté de l'épididyme des éléments cellulaires nouveaux apparaissent surtout au pourtour des points hémorragiques. L'organe augmente considérablement de volume, fait qui est loin d'être aussi marqué dans le testicule, mais dont rend bien compte la texture anatomique des parties.

Dans les deux degrés suivants on rencontre ces mêmes processus, beaucoup plus marqués.

Dans une *deuxième degré*, il n'y a plus seulement des ruptures capillaires, mais de véritables foyers hémorragiques, autant du moins qu'il peut se faire des foyers hémorragiques dans le testicule ; car on sait que M. Monod a démontré combien leur formation était difficile en dehors des cas où le testicule est envahi par une tumeur comme le cancer, le sarcome etc. — Ces hémorragies peuvent devenir le point de départ d'abcès ; cela se rencontre surtout chez les vieillards ou chez les malades qui persistent à travailler, à marcher malgré le traumatisme.

Dans une *troisième degré*, il y a déchirure de l'albuginée ; c'est un véritable écrasement du testicule. Un caillot sanguin plus ou moins volumineux remplit la vaginale et se continue avec un caillot intra-testiculaire. Les tubes séminifères sont mélangés avec le sang et éparpillés dans la vaginale. L'atrophie est la conséquence fatale et souvent rapide d'un pareil délabrement qui ne peut être produit que par une force considérable. — M. Terrillon n'a pas observé de ruptures analogues de l'épididyme.

A la suite de ces trois degrés de lésions que devient le testicule ? Il s'atrophie. On trouve l'albuginée épaissie, sa surface interne donne naissance confusément à des travées fibreuses denses, les tubes sont épaissis. Ce sont d'ailleurs les altérations décrites par M. Reclus dans sa thèse. Il se produit ce

que l'on peut appeler une *orchite traumatique chronique interstitielle et tubulaire*.

L'épididymite blennorrhagique diffère de tous points d'une telle affection.

Dans l'inflammation blennorrhagique le maximum des altérations porte sur l'épithélium des tubuli; de là l'œdème inflammatoire gagne le tissu cellulaire interbubulaire. Il n'y a aucune tendance à la rétraction; c'est une *inflammation catarrhale*.

Au contraire, dans le processus dû au traumatisme, il s'agit d'une *inflammation interstitielle*. Il existe donc des différences capitales au point de vue de l'avenir.

La contexture toute autre de l'épididyme explique comment il est hypertrophié, alors que le testicule s'atrophie.

Au reste, l'évolution ultérieure des lésions varie suivant l'état primitif de l'organe et suivant la disposition de l'organisme entier.

De même que l'entorse, chez certains sujets, se termine par la tumeur blanche, de même la tuberculose du testicule peut succéder à sa contusion. D'un autre côté, chez les vieillards, elle aboutit plus aisément à la suppuration, à l'élimination des tubes séminifères, c'est-à-dire à la formation d'un *fungus bénin*.

Les conclusions du mémoire sont :

1° Que la contusion du testicule peut n'amener que de la douleur;

2° Que plus violente elle détermine une orchite traumatique suivie d'atrophie;

3° Que cette atrophie se rencontre surtout chez les adolescents, tandis que la suppuration est plus fréquente chez les vieillards;

4° Qu'elle s'accompagne d'un épидидymite analogue;

5° Qu'il faut rechercher attentivement les causes de toute orchite donnée comme traumatique;

6° Que la contusion peut réveiller la tuberculose locale;

7° Que les inflammations du testicule qui lui sont dues perdent souvent leur caractère primitif et peuvent induire en erreur.

M. Berger rappelle que toutes les orchites parenchymateuses laissent après elles de l'atrophie ou de la suppuration, suivant l'âge du sujet.

M. Després a vu un malade atteint d'une contusion non

douteuse du testicule qui garda longtemps sa glande dure comme une bille de billard sans qu'il y eût apparence d'atrophie. Il vaut mieux ne pas trop généraliser et dire seulement que la contusion amène assez souvent l'atrophie chez les jeunes gens.

Il y a réellement des petites hématoécèles du testicule et le gonflement est dû à l'inflammation destinée à leur résorption.

M. Ledentu a vu l'atrophie succéder à une légère contusion, chez un malade de 22 à 23 ans, sans qu'on ait pu incriminer une autre cause, n'y aurait-il pas eu là, une petite rupture vasculaire ?

M. Després se rappelle un homme de 50 ans, qui eut aussi un gonflement presque indolore suivi d'atrophie, peut-être y eut-il, en effet, rupture d'un petit vaisseau.

M. Horteloup possède trois observations d'orchites vraies blennorrhagiques, ce qui est rare, qui furent suivies d'atrophie, comme cela se voit dans l'orchite des oreillons.

M. Terrillon a surtout cherché à jeter du jour sur l'anatomie pathologique de la question. Il est persuadé qu'il y a deux sortes d'inflammations dans le testicule comme dans le rein, l'une catarrhale, l'autre interstitielle; que ce sont bien dans les deux cas des orchites, même quand il n'y a pas de douleurs, ce que l'on peut observer dans l'écrasement.

Communication. — M. Tillaux. — Je désire entretenir la Société sur le malade que j'ai déjà présenté ici, avec un goitre exophtalmique et sur le manuel opératoire qui, pour moi, est le meilleur dans les cas de thyroïdectomie de ce genre,

L'opération fut faite une semaine après la présentation. Je n'employai pas le chloroforme, mais le chloral aidé d'injections de morphine, ce dont, d'ailleurs, je suis peu satisfait.

Je fis une incision que je ne saurais trop recommander en pareil cas. Elle consiste à commencer par un trait vertical sur un des côtés du cou, à continuer par un trait horizontal partant du bas du premier, de façon à figurer un L. On peut s'en tenir là si la tumeur est petite. Autrement un nouveau trait vertical, tracé de l'autre côté du cou, vient rejoindre l'extrémité libre de l'incision horizontale de façon à figurer un U. Après la dissection du lambeau, le chirurgien se trouve en présence d'une véritable difficulté pour savoir quand il est arrivé directement sur l'enveloppe fibreuse de la tumeur. Les muscles sous-hyoïdiens ont à peu près la même couleur qu'elle;

il faut les diviser couche par couche, entièrement, sans quoi on court le risque de s'égarer au milieu de leurs fibres. — Cela fait, il importe de savoir que la tumeur est surtout retenue par 4 pédicules vasculaires, deux de chaque côté, un supérieur, l'autre inférieur; le premier constitué par la thyroïdienne inférieure, grosse artère qui peut atteindre le volume de la carotide et qui plonge dans la masse par la partie inférieure et postérieure; l'autre par la thyroïdienne supérieure, moins volumineuse, qui l'aborde par la face antérieure. Aussitôt arrivé sur l'enveloppe fibreuse, il faut aller chercher la partie inférieure de la tumeur; si l'on a affaire à un goître plongeant, le décoller, avec le doigt, du sternum, suivre le bord inférieur avec une spatule et lier les deux pédicules inférieurs. — Ensuite on fait basculer le corps thyroïde de bas en haut et on arrive sur les pédicules supérieurs beaucoup plus faciles à trouver. Dans le cas particulier dont il s'agit, je trouvai une tumeur friable dont la capsule se déchira et qui adhérait à la trachée et à la carotide gauche qu'il fallut disséquer. Je tentai la réunion immédiate sur les côtés, en laissant un tube dans le bas, et, le 6^e jour, cette réunion était complète. Un incident m'empêcha de vous présenter dès ce moment le malade: il fut pris d'un érysipèle ambulant. Les accidents d'exophtalmie cessèrent comme par enchantement, au point que l'opéré se sentait soulagé au fur et à mesure que l'opération avançait.

La tumeur examinée au microscope par M. Mayor fut trouvée constituée par du sarcôme; aussi l'opéré, sorti parfaitement guéri de l'hôpital, a-t-il succombé il y a trois jours à une généralisation dans les poumons.

Cette observation est, avec celle que j'ai présentée l'an dernier, les deux seules que je connaisse d'analogues. Ne sont-elles pas appelées à jeter du jour sur la nature si peu connue de goître exophtalmique, nature au sujet de laquelle les médecins n'ont que des théories à nous donner? Pour moi, je me rallie volontiers à la doctrine de Piorry qui ne voyait dans le goître exophtalmique que des phénomènes d'ordre mécanique. Dans tous les cas, il existe des tumeurs du corps thyroïde qui, par leur présence et leurs rapports, donnent lieu à tout l'ensemble symptomatique constituant l'entité goître exophtalmique et dont l'ablation fait disparaître tous ces symptômes. — Est-ce à dire qu'il n'existe pas une autre variété de goître exophtalmique? je n'ose trop me risquer, puisque les méde-

cins admettent des goîtres exophtalmiques sans goître et sans exophtalmie.

M. Monod, à propos du manuel opératoire, pense qu'il serait tout aussi avantageux d'aller de haut en bas, surtout quand il existe des adhérences à la trachée.

M. Marc Sée connaît 2 cas de goître exophtalmique guéris par le seul traitement interne, ce qui permettrait d'admettre deux variétés de cette affection.

M. Ledentu a tenté deux fois d'enlever des tumeurs de la glande thyroïde, mais il est tombé sur des cas des plus embarrassants et n'a pu parfaire l'opération malgré toutes les précautions prises.

Il est aussi convaincu que certains goîtres exophtalmiques sont dus à la compression seule. A côté de cela il est des cas où tous les symptômes se manifestent en même temps, où la tumeur est molle, fuyante, et où le traitement médical, la digitale à doses élevées, par exemple, amènent de l'amélioration.

M. Berger rappelle que Rosè a recommandé la même incision que M. Tillaux et demande pourquoi l'on n'a pas fait la trachéotomie.

M. Tillaux. — Le volume et la nature de la tumeur ne sont pour rien dans la compression du tronc vasculo-nerveux, mais bien son siège et sa disposition. Quant à la trachéotomie, elle était impossible avant l'opération, mais on était prêt à la faire à la moindre menace d'asphyxie survenant au cours de la thyroïdectomie; elle ne fut pas nécessaire.

F. A. HUE.

Nous rappelons à nos lecteurs que le Congrès international des sciences médicales s'est ouvert le 2 août dernier.

Le Directeur de la Revue médicale, accompagné d'un des membres de la rédaction, vient de se rendre à Londres. Nous recevrons chaque jour un compte rendu en quelque sorte officiel des travaux du congrès.

Nos lecteurs seront donc des premiers et des mieux informés.

NOUVELLES

— ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE TYPHOÏDE ET DE DIPHTHÉRIE. — Par un arrêté de M. le Recteur de l'Académie de Lyon, motivé par quelques cas de fièvre typhoïde observés au grand lycée de cette ville, le petit nombre d'élèves qui n'avaient pas été retirés par leur famille ont été licenciés.

Nous apprenons que par suite d'une décision ministérielle, les élèves de la maison de Saint-Denis ont été également rendues à leur famille.

Cette mesure a été prise dans le but d'éteindre, dès ses débuts, une épidémie de diphthérie. Une commission, au sein de laquelle figure le Dr Le Roy des Barres, médecin de l'établissement, est chargée d'arrêter les mesures d'assainissement nécessaires.

— CONCOURS DE CLINICAT. — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Clinique médicale : MM. Talamon et Josias; adjoint. M. Jean,

M. Talamon va dans le service de M. le professeur Sée; M. Josias, dans celui de M. le professeur Hardy, et M. Jean, chez M. le professeur Potain.

Clinique chirurgicale : M. Henriot qui va dans le service de M. le professeur Gosselin, et M. Duret dans celui de M. le professeur Verneuil.

Clinique ophthalmologique : M. Bellouard, qui va dans le service de M. le professeur Panas, à l'Hôtel-Dieu.

— Les épreuves d'admissibilité du concours pour deux places de chirurgien du Bureau central sont terminées. MM. les Drs Duret, Kirmisson, Nélaton, Nepveu, Prengrueber, Schwartz, Paul Segond et Valtat sont admis à subir les épreuves définitives.

La première épreuve d'admissibilité pour trois places de médecin du bureau central est terminée. Ont été admis à subir la seconde épreuve d'admissibilité, MM. Balzer, Barié, Barth, Béringier, Brissaud, Cadiat, Carrière, Choupe, Clozel de Boyer, de Beurmann, Déjerine, Gombault, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte) Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Merklen, Moizard, Muzellier, Pobin (Albert), Roques et Tapret.

— Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'est terminé vendredi soir, 8 juillet 1881, par la nomination de MM. Kirmisson et Schwarz.

— Une circulaire du préfet de la Seine aux maires de Paris leur annonce qu'en dehors des heures de bureau des mairies, les médecins de l'état civil auront désormais le droit de réquisitionner des pompes funèbres la mise en bière immédiate des personnes décédées, dans les cas de putréfaction des maladies épidémiques ou contagieuses.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Brault est nommé préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

— PRIX. — Les commissions des prix à décerner par la faculté de médecine de Paris en 1881, sont ainsi composées :

1^{er} Prix Corvisard. — MM. Ball, Hardy, Lasègue, Potain et Germain Sée;

2^o Prix Châteauevillard. — MM. Hayem, Laboulbène, Regnault, Sappey et Trélat;

3^o Prix Montyon. — MM. Bouchardot, Jaccond, Laboulbène, Parrot et Peter;

4^o Prix Barbier. — MM. Gosselin, Guyon, Lefort, Pajot et Verneuil.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGEÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

13 Août 1881

APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE

MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

REVUE DES SCIENCES

SOMMAIRE. — Médication phéniquée en médecine. — Résistance aux poisons.



Médication phéniquée en médecine. Pour être un excellent agent de thérapeutique et peut-être par cette raison même, l'acide phénique ne doit pas être toujours à tout propos dispensé sans mesure.

Qu'il agisse comme antiseptique ou d'autre manière, il n'en est pas moins vrai, en dépit de ses détracteurs, que ce précieux agent médicamenteux a procuré depuis quelques années aux chirurgiens des succès innombrables, tellement hors de conteste qu'on s'est senti pris parmi les médecins du désir bien légitime de s'approprier un remède de telle puissance.

Certains, considérant surtout sa vertu antimicrobique, ont proposé de l'administrer dans les maladies infectieuses en ce dessein de l'opposer aux éléments infimes générateurs du mal et de neutraliser leur action malfaisante; d'autres ont pensé que c'était le pouvoir antithermique, réfrigérant, qu'il fallait invoquer : bref, on a très libéralement distribué l'acide phénique dans la fièvre puerpérale, la dothiéntérie, les érysipèles, etc., et, presque toujours, il faut le dire, de façon à se louer de la tentative. C'est surtout dans le traitement de la fièvre typhoïde qu'on en a préconisé les heureux effets. Plusieurs mémoires ont été publiés sur ce point et, pour n'en citer qu'un, nous rappelons celui de M. le professeur Desplats, parce qu'il fut présenté à l'Académie de médecine, puis parce que c'est le travail qu'a visé M. Raymond dans sa récente communication à la Société de Biologie.

M. Desplats annonce que, dans le décours de la fièvre ty-

Août, T. II, 1881.

19

phoïde, il a pu, par jour, administrer aux malades qu'il avait à traiter jusqu'à six, huit et douze grammes d'acide phénique, absorbés sous forme de pilules ou de lavements, et que jamais de pareilles doses n'ont occasionné les moindres accidents.

Il paraît qu'un médecin militaire des plus distingués : M. Claudot, vient d'apporter à la Société de médecine de Lyon des révélations à peu près semblables.

M. Ricklin, qui relate le fait, dans un des derniers numéros de la *Gazette médicale*, s'étonne de cette innocuité d'une phénothérapie si massive.

C'est que l'acide phénique ne peut être impunément prodigué. Les chirurgiens d'enfants s'en doutent : en Allemagne, Langenbeck remplace dans le jeune âge par les pansements salicylés, les pansements de Lister trop prompts à déterminer des symptômes toxiques. En Allemagne encore, toujours d'après M. Ricklin, même chez l'adulte, Kuster hésiterait dans quelques cas à se servir de l'acide phénique ayant reconnu que trois grammes peuvent suffire pour développer une intoxication grave chez des sujets plongés dans le marasme ou bien épuisés par des hémorrhagies.

Ce qui précède pour inspirer la défiance ou mieux la prudence et bien indiquer les dangers que cette médication nouvelle peut receler maniée par des inhabiles ; et arrivant aux chiffres qui sont fournis par M. Desplats, la surprise ne va pas décroissant, six, huit, dix et douze grammes semblent énormes. Beaucoup parmi les médecins qui ont expérimenté dans cette voie pourraient, en rappelant leurs souvenirs, se remémorer bien des inquiétudes éprouvées pour avoir prescrit des quantités moindres d'acide phénique. Il est même arrivé — dit-on, — des accidents mortels avec des doses presque insignifiantes. On a toujours à la vérité la ressource d'imputer au pharmacien d'avoir mal dosé.

Au surplus, à la lecture des observations de M. Desplats, nous ne sommes pas tout aussi convaincu qu'il l'est lui-même de l'efficacité du traitement phéniqué compris à sa façon. Dès l'abord, les résultats moyens ne sont pas sensiblement meilleurs que les résultats obtenus grâce aux traitements ordinaires ; puis on voit que parmi les malades guéris, un grand nombre eurent leur maladie accidentée de manifestations singulières qu'on pourrait peut-être, en toute justice, rapporter à un empoisonnement thérapeutique.

Pour tous ces motifs de nouvelles recherches précises et mé-

thodiques étaient nécessaires afin de fixer dorénavant de manière définitive l'opinion des praticiens sur la valeur de la médication et sur son mode d'emploi le plus rémunérateur en succès. M. Raymond s'est chargé de cette tâche, on ne pouvait mieux désirer.

M. Raymond, dans son service de l'hôpital Tenon a commencé par donner à ses typhiques un gramme d'acide phénique par jour réparti comme il suit : deux lavements de vingt-cinq centigrammes, un le matin, l'autre le soir et cinq pilules pour toute la journée de dix centig. chacune. Toutes les fois il a observé un abaissement de la température assez rapide pouvant atteindre 2, 3 et 4 degrés. Cet abaissement n'est que momentané; il y a bientôt réaction et le tracé thermique remonte au niveau d'où il était tombé. En même temps que cette réfrigération s'effectue, une sudation abondante s'établit sur toute la surface du corps et M. Raymond dut se demander si l'évaporation de cette grande quantité de sueur n'était pas la cause de l'hypothermie constatée. Pour trancher le doute, il suffisait de supprimer la sécrétion des glandes sudoripares par l'atropine ou la duboisine; ce qui fut fait. Il fut acquis de la sorte que les deux phénomènes étaient tout indépendants l'un de l'autre.

Après deux à trois jours, la dose d'acide phénique fut doublée : deux grammes au lieu d'un. Mais chez quelques malades apparurent les signes d'un véritable empoisonnement (hypothermie 33°, torpeur, vomissements, frissons, convulsions, polyurie et mélanurie) qui forcèrent M. Raymond à s'en tenir aux quantités premières. Un des malades des plus gravement atteints eut une perforation du cœcum suivie de péritonite et de mort.

Cette circonstance qui ne fut, autant qu'on peut affirmer, qu'une coïncidence, décida M. Raymond à ne plus donner de pilules, à se contenter des lavements. Cependant, sur les conseils de M. Vulpian, il prescrivit à l'intérieur le phénate de soude et n'eut qu'à se féliciter de la combinaison des deux méthodes : lavements d'acide phénique 0 gr. 50 et phénate de soude 1 gr. 50 en potion.

Comme conclusions, M. Raymond croit pouvoir poser que l'administration de l'acide phénique dans la fièvre typhoïde est une fructueuse pratique qui peut abréger de beaucoup la durée de la maladie, qui donne la faculté d'atténuer toujours, comme l'on veut, les dangers de l'hyperthermie sans modifier

Août, T. II, 1881.

20



cependant la marche évolutive de la pyrexie. La température, en effet, a toujours tendance à revenir à ce qu'elle devrait être, d'où l'obligation de réitérer chaque jour l'administration du médicament.

Enfin, les heureux effets qu'on poursuit sont très aisément obtenus par les doses minimales d'acide phénique; il est donc inutile de recourir à ces quantités considérables de 6 et 8 grammes qu'on a conseillées. A s'en tenir à son expérience propre, M. Raymond juge que cette dernière manière de faire est téméraire, puisqu'il a presque toujours vu des manifestations toxiques suivre l'absorption de deux grammes d'acide phénique.

Il reste à savoir comment, physiologiquement, procède le nouvel agent. Pour M. Raymond, il n'y a pas action locale sur les plaques de Peyer malades; l'acide phénique ingéré par la bouche est décomposé avant d'arriver à la dernière partie de l'intestin grêle; donné en lavement, il n'y atteint pas davantage. C'est par l'intermédiaire du système nerveux central qu'il exerce son influence: sans doute l'acide phénique agit sur les grandes cellules des cornes antérieures et par ce moyen régularise la production de chaleur. Les convulsions qui surviennent sitôt qu'on dépasse les proportions thérapeutiques viendraient à l'appui de cette hypothèse.

M. Hallopeau, partisan des causes multiples, tout en partageant l'avis de M. Raymond quant à la régularisation de la chaleur par le centre médullaire (et encore y a-t-il à cet égard un léger dissentiment dans l'interprétation des deux pathologistes) n'est pas ennemi de croire qu'une partie d'acide phénique passe inaltérée dans le tube digestif et vient topiquement modifier les ulcérations de l'intestin.

Si, en effet, l'acide phénique n'agissait uniquement que par sa faculté réfrigérante, on trouverait que M. Dumontpallier n'a pas tort quand il remarque que l'hypothermie est tout aussi bien et mieux obtenue et d'une façon plus durable par la méthode de Brandt.

L'action de l'acide phénique est sans doute ici, comme en chirurgie, très complexe et difficile à mettre au clair. Il agit sur le système nerveux central (Raymond), sur la vitalité des éléments anatomiques avec lesquels il est mis en contact par la circulation (Hallopeau); il agit sur les sécrétions, en preuve: la diaphorèse intense qui succède à son absorption; il influencerait peut-être les ulcérations intestinales comme un cathé-

tique local ; enfin, il agirait en chassant hors de l'organisme les bactériidies qui ne peuvent vivre en sa présence, ainsi qu'il ressort des observations de M. Hanot.

M. Hanot a vu chez deux malades traités par le phénate de soude une éruption pustuleuse très confluyente recouvrir une grande partie de la surface tégumentaire ; le liquide des pustules était abondamment chargé de bâtonnets et de microbes « une vraie purée », suivant l'expression de M. Hanot, qui attribue à l'acide phénique l'honneur de cette heureuse expulsion. L'éruption fut, en effet, comme le signal d'une amélioration prononcée dans l'état du malade. M. Laboulbène a observé une crise bactériidienne semblable.

Nous venons de voir au long l'acide phénique dans la fièvre typhoïde, M. Raymond n'a pas borné là le champ de ses investigations. Il s'est enquis de découvrir s'il n'y aurait pas à faire bénéficier d'autres maladies du traitement qui réussissait dans ses premières expérimentations.

Dans l'érysipèle, lotions de 1/50, lavements et pilules n'ont pas donné grands résultats. Les formes bénignes guérissent vite, les formes malignes suivirent leur marche habituelle. Toute réserve doit être gardée.

Dans la coqueluche les inhalations phéniquées ont diminué l'intensité et la durée des accès de toux.

Enfin, dans la tuberculose, maladie non infectieuse (cela viendrait renforcer ce que nous disions plus haut), il n'a pas semblé que les poussées fébriles fussent modérées. Cependant M. Raymond n'a pas perdu tout espoir d'y apporter quelque atténuation. On sait que M. le professeur Bouchard regarde la tuberculose comme une affection contagieuse, infectieuse, parasitaire ; Klebs et Ecklund ont décrit un microbe spécial — c'est peut-être ce qui rend courage à M. Raymond vers de nouveaux essais.

Circulation veineuse. — Voilà plusieurs mois que M. Franck s'occupe d'élucider les inconnues du mécanisme de la circulation veineuse ; il a montré dernièrement par quelle voie détournée, après lésion des os du crâne, l'air pouvait s'introduire dans le cœur droit par les veines vertébrales ; il vient, encore plus récemment, de se rencontrer avec M. Ozanam au sujet de l'influence exercée sur la progression du sang dans les veines par les battements rythmiques des artères contre les parois des veines satellites ; aujourd'hui, c'est le pourquoi de la déplé-

tion brusque des jugulaires, à l'instant précis de la systole cardiaque, qu'il s'est efforcé de mettre en lumière.

Mais, avant d'exposer cette dernière communication, il nous paraît utile d'ajouter quelques compléments à la note de M. Ozanam publiée à cette place même il y a quelques semaines. M. Ozanam a expliqué comment l'artère, au moment de sa diastole, venait comprimer par contre-coup le canal veineux qui lui est conjugué et, citant ensuite l'exemple de ce qui se passe au cœur où la contraction systolique vide le tissu cardiaque du sang veineux, l'exemple du cordon ombilical où les deux artères périphériques lors de l'ondée artérielle font refluer vers le fœtus le sang oxygéné qui stagne dans la veine centrale, il signale l'importance et la généralité du phénomène qu'il a découvert et qu'il a décrit sous le nom de *loi de la circulation veineuse par influence*.

Certainement le phénomène est très général et c'est la seule réflexion que nous voulons faire : M. Ozanam a fait une découverte intéressante, mais une découverte toute de détail. Quant à la *loi de la circulation veineuse*, si nous ne nous abusons, elle est depuis longtemps connue. Aussi M. Franck nous paraît mieux inspiré quand il proclame, sans nier l'intérêt du *pouls veineux par pression latérale* (le nom qu'il avait donné au même phénomène), que pour lui les faits énoncés n'ont pas, au point de vue de la physiologie, une importance suffisante pour soulever la question de priorité que d'ailleurs il ne réclame pas.

M. Ozanam, en effet, parlant du cœur qui, rythmiquement, exprime le sang veineux qui l'engoue dans l'oreillette droite, pouvait se souvenir de l'explication donnée jadis par M. Lannelongue des mouvements successifs de diastole et systole cardiaque. La contraction musculaire des muscles du mollet ayant pour effet de diriger le cours du sang des extrémités vers les viscères et la fameuse comparaison du pied : *cœur veineux périphérique* datent au moins de la thèse de M. Ledentu.

Enfin on n'ignore pas que dans la cavité crânienne, les artères de la base, par leurs impulsions ondulatoires, pressent à tout moment le gros sinus veineux contre les parois osseuses et fibreuses et facilitent ledégagement du sang par les jugulaires ; de même au testicule où l'albuginée remplit le rôle joué dans le crâne par les os et les méninges.

Même mécanisme dans le globe oculaire.

Quant à l'influence d'une grosse artère sur le gros tronc

veineux qui lui est accolé, on peut dire qu'elle est double : 1^o lors de l'expansion artérielle, il y a pression sur la veine, quantité variable de sang chassé vers de plus gros troncs, quantité de sang qui ne peut plus rétrograder grâce aux valves ; 2^o l'artère revenant sur elle-même et très intimement attachée à la veine entraîne celle-ci dans son retrait et devient pour la veine un agent de dilatation passive. L'aspiration du sang veineux sous-jacent s'établit et se joint à la *vis a tergo* pour remplir le tronçon de veine vidé lors de la diastole.

On dit que M. Franck aurait pu insister sur la première de ces deux actions, plus que M. Ozanam sur la seconde. Il n'importe. D'ailleurs M. Franck se retirant du débat, il est tout à fait superflu d'appuyer davantage sur les points de ressemblance et sur les différences qu'on pourrait rencontrer dans les conclusions des deux expérimentateurs.

Nous revenons à la démonstration de M. Frank relative à l'affaissement subit des jugulaires au moment où les ventricules se contractent. Ce point spécial avait été déjà examiné l'an dernier dans un mémoire publié à Rome par Mosso. Mosso, remarquant que, lors de la systole cardiaque, il se produit un léger retrait du creux épigastrique, des parois intercostales, qu'il se fait en même temps une rentrée de l'air dans la trachée, supposa avec assez de raison que le cœur se contractant et diminuant de volume, il se fait un vide dans la poitrine et une aspiration vers l'extérieur, que cette aspiration se fait sentir dans les jugulaires de la même façon quoiqu'avec moins d'énergie que lors des mouvements inspiratoires. Et cependant cette hypothèse ne fut pas ratifiée par M. Franck. L'explication qui convient est beaucoup plus facile : une expérience des plus simples en témoigne. Si l'on ouvre le thorax de l'animal sur lequel on observe, il ne peut plus y avoir aspiration pendant la systole, il n'en est pas moins vrai que l'affaissement des jugulaires persiste.

C'est que la cause de cet écoulement rapide du sang des jugulaires réside dans ce fait qu'au moment où la systole ventriculaire commence, les oreillettes et dans l'espèce l'oreillette droite, cessant de se contracter, se dilatent tout d'un coup livrant libre et large accès au sang emmagasiné dans le voisinage.

Une nouvelle expérience vient prouver que cette interprétation est bonne. Si l'on supprime à l'aide d'une pince à

longues branches la communication entre l'oreillette droite et la veine cave, le phénomène disparaît aussitôt.

M. Potain avait déjà tiré de l'observation clinique et du raisonnement cette interprétation qui se trouve confirmée par les travaux de laboratoire.

Résistance aux poisons. — M. Delaunay a fait part à la Société de biologie des expériences qu'il poursuit depuis 1873 dans le laboratoire de la Faculté avec M. Wiet. Les conséquences qu'il en dégage sont, faut-il dire, paradoxales, bien que conformes à des idées ayant cours dans le public, toujours bien surprenantes,

M. Delaunay empoisonne des grenouilles avec des doses variées de strychnine et voici ce qu'il constate :

a. Les grenouilles les plus vigoureuses succombent le plus sûrement et le plus vite — toutes choses égales, d'ailleurs, bien entendu.

b. Les grenouilles sont généralement droitières : c'est le côté droit, normalement plus développé que le gauche, qui est le premier et le plus gravement empoisonné.

c. Si l'on a soin à l'aide d'une saignée copieuse d'affaiblir au préalable une des deux grenouilles en expérience, même résultat que tout à l'heure : la plus animée présentera une résistance infiniment plus considérable. Si la saignée est faite après l'administration du poison, on verra l'animal reprendre, comme renaître au fur et à mesure qu'il perdra son sang. — Il doit y avoir cependant une limite à ne pas outrepasser.

d. De deux grenouilles également robustes, celle qui aura le plus marché, le plus sauté, le plus fonctionné musculairement avant l'empoisonnement mourra la première. Le fonctionnement plus actif d'un organe sera raison pour que l'empoisonnement local (convulsions) se montre plus rapidement vers cet organe davantage exercé, partant davantage exposé.

e. Enfin la congestion d'un membre précipite et augmente l'empoisonnement de ce membre.

M. Delaunay part de là pour expliquer comment après une journée de chasse et de fatigue un chien, piqué par une vipère, tombe souvent comme foudroyé, et ceux qui objecteraient que le chien exténué, à bout de forces, est dans de plus mauvaises conditions qu'un chien bien dispos qui commence sa journée, ou répondra que les grenouilles fatiguées, dont les échanges nutritifs sont moins actifs, résistent bien davantage au poison.

M. Delaunay explique encore que, chez les peintres en

bâtiment, les extenseurs travaillant davantage sont les muscles d'abord saisis par l'intoxication saturnine. Ce n'est pas tout à fait l'interprétation de Hitzig pour localiser les paralysies d'origine plombique à la partie postérieure des bras. Pour Hitzig, les muscles fléchisseurs se contractant plus souvent et plus énergiquement, chassent vers la région postérieure le sang veineux chargé de plomb. C'est une autre théorie que nous n'adoptons ni ne défendons, que nous ne faisons que rappeler et qu'opposer à celle de M. Delaunay. D'ailleurs toutes les paralysies saturnines occupent d'abord les extenseurs et tous les saturnins ne sont pas peintres en bâtiments.

Enfin, pour continuer : les accidents cérébraux de la fièvre typhoïde ou du rhumatisme articulaire aigu, assurément plus communs chez ceux qui travaillent de tête, viennent confirmer la doctrine qui découle des expériences de M. Delaunay. De même encore les syphilitiques qui lisent beaucoup sont plus exposés aux iritis; les syphilitiques qui chantent ou parlent beaucoup, plus sujets aux laryngites spécifiques.

Il est souvent admis d'intuition par le peuple que tel individu, très sanguin, très corpulent, malade, aura bien plus de peine à se tirer d'affaire que tel autre chétif. On dit d'un malingre qu'il n'a pas la force de faire une pneumonie; ajoutons qu'il fait alors une tuberculose.

Il y a dans tout ce qui précède un fond de vrai qu'on est obligé de reconnaître. Mais on s'effraie des conséquences logiques que les conclusions de M. Delaunay — si elles étaient appliquées — devraient fatalement amener.

Sans vouloir assimiler aux empoisonnements les maladies qui fondent sur l'être, on peut les rapprocher. Les maladies infectieuses ont bien des points de ressemblance avec les intoxications et quelle maladie n'est pas ou ne va pas être infectieuse à notre époque.

Faudrait-il, en s'en tenant strictement aux instructions qui nous viennent du laboratoire de la Faculté, s'efforcer de débilitier autant que possible les malades en traitement, les dothiéntériques, par exemple? Faudrait-il les saigner, les mettre à la diète?

On est loin à présent de cette conduite.

Laissant de côté les maladies qui, pour être comparables aux empoisonnements n'en sont pas moins assez différentes, dans la communication que nous avons exposée une affirmation — entre autres — nous étonne et choque l'opinion généralement

acceptée. Une grenouille est empoisonnée moins vite quand on vient de lui soustraire une notable quantité de sang. N'enseigne-t-on pas ordinairement tout le contraire : que plus la masse sanguine est considérable, moins vite se fait l'absorption endosmotique par les vaisseaux ; et que les poisons, désastreux s'ils sont ingérés à jeûn peuvent demeurer tout à fait inefficaces après le repas ?

Il faudrait pourtant s'entendre sur un point de cette importance !

REVUES CLINIQUES

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL LAENNEC

SERVICE DE M. NICAISE.

Des fractures du col fémoral.

MESSIEURS,

Vous pouvez, en parcourant nos salles, vous rendre compte de la fréquence des fractures du col fémoral chez les vieilles gens et voir du même coup combien souvent cet accident entraîne à sa suite une infirmité irrémédiable. Sur ce dernier point j'attire spécialement votre attention. Mais, tout en vous montrant les complications redoutables de ces fractures, il importe de vous signaler que ces complications ne sont pas toujours les mêmes pour tous les cas et qu'il est deux variétés distinctes comportant un pronostic et un traitement bien différents.

On a coutume de diviser ces fractures en deux catégories : *fractures intra-capsulaires* ; *fractures extra-capsulaires*. Est-il nécessaire de faire remarquer, après la plupart des auteurs, que, à bien considérer, toutes les fractures du col du fémur, sans exception, ont leur foyer inclus dans la capsule ? On n'a qu'à se souvenir de la disposition anatomique des ligaments de l'articulation coxo-fémorale pour n'en pas douter.

A la division précédente, on en a substitué une autre et l'on a distingué les *fractures intra-articulaires* des *extra-articulaires*, prenant comme ligne de démarcation non plus la capsule fibreuse, mais la synoviale. Cette distribution plus heureuse ne

me paraît pas encore satisfaisante. N'y a-t-il pas presque toujours déchirure de la séreuse articulaire dans ce traumatisme violent qui aboutit à la rupture de l'os recouvert par le repli synovial? C'est en partie cette communication avec la cavité de l'articulation qui rend la consolidation si lente — quand elle se fait — et si pénible à moins qu'il n'y ait quelque autre cause : l'engrènement des fragments — pour favoriser le travail de formation du cal.

J'arrive à la troisième classification : *fractures avec ou sans pénétration*; celle que j'adopte. C'est qu'en effet les conditions où se trouve le malade sont toutes changées suivant que les deux fragments de son col fracturé sont libres ou engrénés par pénétration de l'un dans l'autre. Dans la première hypothèse, il est voué jusqu'à la fin de ses jours (qui peut bien ne pas se faire longtemps attendre) à une impotence presque absolue; dans la seconde, c'est un blessé fort susceptible de guérir en ne conservant qu'une gêne légère de la marche et très peu de déformation.

Le traitement sera loin d'être identique pour les deux variétés; il est donc de première importance de porter un diagnostic précis.

Je vous rappelle rapidement les principaux symptômes de la fracture du col fémoral en insistant sur ceux qui vont servir surtout à l'objet que nous poursuivons.

La *douleur* de hanche, généralement diffuse dans les premiers jours, se localise au bout de peu de temps, et l'on peut assez aisément déterminer un point douloureux tantôt siégeant à la face externe du grand trochanter (dans la fracture par pénétration, avec éclatement du grand trochanter), tantôt vers le milieu du pli de l'aîne, à peu près au niveau du passage de l'artère fémorale, en avant de l'articulation (dans la fracture sans pénétration).

Je passe sous silence l'ecchymose, le gonflement et autres signes banaux, communs à toutes les fractures.

La *déformation* est plus intéressante. Normalement, le grand trochanter regarde en dehors et en arrière.

Y a-t-il fracture? il regardera tout à fait en arrière et surtout s'il y a fracture sans engrènement.

La fracture par pénétration se traduira par un élargissement assez manifeste de cette apophyse.

On a prétendu qu'on pouvait parfois, dans le pli inguinal,

Août, T. II, 1881.

sentir l'angle à sommet antérieur des fragments; c'est une constatation difficile.

La crépitation comme la mobilité anormale peuvent exister et témoignent alors d'une fracture sans pénétration. Ces deux signes ne doivent pas être trop longtemps recherchés — crainte de désengrener les deux fragments, de transformer une fracture relativement bénigne en une fracture grave — suivant ce que nous avons exposé plus haut.

Quant à l'*attitude*, elle est assez caractéristique : raccourcissement, rotation en dehors. Le raccourcissement, a-t-on dit, peut aller jusqu'à 7 et 8 centimètres. C'est là une exagération certaine dont il faut aller chercher la raison dans l'ascension du bassin du côté blessé. Il y a raccourcissement apparent considérable, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait pas raccourcissement réel, au contraire. Celui-ci n'excède guère 2 à 3 centimètres; il est plus considérable, cela se conçoit, dans les fractures libres et, fait particulier sur lequel insistent certains chirurgiens, le raccourcissement dans ces cas est progressif, augmentant pendant les plusieurs jours qui suivent l'accident, tandis que l'engrènement immobilisant les fragments dans l'autre variété de fracture, la fixité des rapports de ces fragments entre eux est assurée de manière immuable.

La rotation en dehors du membre, portée à ce point que le malade a tout le bord externe du pied couché sur le plan du lit, est une règle qui ne souffre guère exception. C'est un phénomène tout à fait comparable au changement de rapports du grand trochanter à l'égard de l'axe du corps — mieux : ce sont des phénomènes solidaires. Il suit que les fractures sans pénétration présenteront ce signe diagnostique beaucoup plus prononcé. On a dit avoir constaté la rotation en dedans du membre dans quelques cas de col fémoral fracturé. Le fait est au moins très rare et ne peut se comprendre qu'avec un traumatisme agissant de façon toute particulière et faisant pénétrer les fragments l'un dans l'autre assez solidement pour que l'action de la pesanteur soit annihilée.

Reste l'étude des *mouvements*. Le plus souvent le malade est dans l'impossibilité de bouger la cuisse, de lever le talon hors du lit. Cette impotence persistant plusieurs jours et très accusée sera signe en faveur de la fracture sans pénétration, car bien que la chose soit assurément peu commune, on a observé dans l'autre variété des malades qui avaient pu mar-

cher sans trop de difficulté presque immédiatement après l'accident.

L'étendue moindre des arcs de cercle décrits par le trochanter, pendant les mouvements alternatifs de rotation en dedans et en dehors imprimés au membre inférieur, se trouve notée dans tous les traités et, dûment constatée, témoignerait pour la fracture à fragments libres. D'ailleurs il ne faut pas beaucoup s'illusionner sur ce point. C'est un signe d'une appréciation bien délicate pour servir de criterium.

J'ajoute en terminant cette énumération symptomatique que l'âge du blessé doit entrer pour assez forte part dans la détermination du diagnostic en face de signes incertains laissant conjecturer une fracture sans permettre de l'affirmer : Après soixante ans, on est presque assuré de ne pas se tromper en prononçant fracture ; auparavant le doute est de rigueur. Est-il possible d'aller plus loin encore dans l'interprétation des symptômes et de dire s'il y a, dans une fracture avec pénétration, pénétration du col dans la tête ou du col dans le trochanter ? S'il y a les signes de pénétration avec élargissement du grand trochanter, douleur à la face externe du grand trochanter, on peut sans doute opiner pour la fracture avec pénétration du col dans l'apophyse. Autrement on ne peut prononcer.

Je ne reviens sur le pronostic des deux sortes de fracture mises en parallèle qu'à l'occasion du traitement.

Chez les vieillards (tous les fracturés du col sont âgés) l'ennemi c'est l'immobilisation dans un lit et le décubitus horizontal.

Sans parler des troubles trophiques qui surviennent vers les articulations sous-jacentes au col fémoral brisé, les viscères thoraciques, rarement intacts, sont prompts à s'engorger et, gênés dans leur fonctionnement, mettent tôt à mal un organisme en son déclin. Là est une indication à laquelle il faudrait satisfaire. Cependant, dans les fractures sans pénétration, il est indispensable, si l'on veut espérer la possibilité d'une consolidation, de maintenir les blessés dans une immobilité absolue soit avec les plans inclinés, soit, — ce qui est meilleur — avec la gouttière de Bonnet. D'où ce dilemme : Ou bien on traite la fracture et l'on expose aux complications viscérales ; ou bien on néglige la fracture, qui ne se consolide pas, estropiant les malades à tout jamais.

Mais si la fracture est fracture avec pénétration, il n'en est plus tout à fait de même. L'immobilisation est réalisée sans

appareil par les attaches qu'ont pris entre eux les fragments et qu'assure la contracture secondaire des muscles pelviens ; on peut alors rapidement, après quinze à vingt jours, autoriser les blessés à se lever, à aller et venir à cette condition de maintenir les travées osseuses enchevêtrées, bien en contact, à l'aide d'un caleçon collant, en peau lacée, par exemple.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

La *Revue médicale* rendait compte dans un de ses derniers numéros, d'un mémoire du Dr Blake, relatif aux affections de l'oreille qui se produisent pendant le cours des fièvres exanthématiques.

Le Dr Gottstein, de Breslau, arrive à des conclusions à peu près identiques. Ses études ont porté non seulement sur la rougeole et la scarlatine, mais encore sur la variole. Dans cette dernière maladie, l'otite ne se différencie guère de ce qu'elle est habituellement dans les deux premières fièvres.

Il y a lieu de se demander, si les lésions auriculaires sont, dans ces cas, le résultat direct de l'action du virus, ou si plus simplement, l'oreille n'est pas atteinte par simple propagation, à travers la trompe d'Eustache, de l'inflammation pharyngienne ?

Quoi qu'il en soit, les lésions sont souvent sans remède ; l'otorrhée tend à s'éterniser, le tympan se perforé, et la destruction des osselets de l'ouïe peut être complète. Dans d'autres cas, l'auteur a dû quelques succès à l'emploi d'injections d'eau de chaux dans l'oreille malade. (*Archiv für Ohrenheilkunde*).

Acceptant, au moins partiellement, la théorie de Zaufal, qui voit dans l'ampleur exagérée des cavités nasales et le développement rudimentaire du cornet inférieur, la cause de l'ozène essentiel ou idiopathique, M. Gottstein remédie à la punaisie, en introduisant dans la narine coupable, un petit tampon d'ouate. Ce petit tampon, que le malade apprend aisément à placer lui-même, agit non seulement à la façon d'un obturateur, mais encore en excitant la sécrétion de la muqueuse pituitaire atrophiee.

Ce n'est pas seulement contre l'ozène vrai, comme l'appelle Martin dans sa thèse inaugurale, que ce procédé si facile à em-

ployer peut donner d'heureux résultats. On l'emploiera également avec avantage dans les diverses formes de rhinite constitutionnelle.

(*Berl-Klin.-Wochenschr.*)

Un des points importants du traitement de l'otorrhée purulente, consiste à débarrasser soigneusement l'oreille des masses concrètes qui ont de la tendance à y séjourner.

Par leur décomposition ces matières entretiennent et favorisent la purulence; de plus, elles constituent un sérieux obstacle à la pénétration des topiques médicamenteux.

Les douches d'air, ou les injections pratiquées dans l'oreille constituent le meilleur procédé d'expulsion,

L'oreille, une fois débarrassée, sera nettoyée à l'aide d'une solution d'acide borique. Cet agent thérapeutique, recommandé par Berzold, peut aussi être avantageusement employé sous forme de poudre fine.

Un insufflateur construit par Leiter, sous la direction du professeur Politzer, permet de faire pénétrer la poudre dans toutes les anfractuosités et sur tous les points.

Ce petit appareil, d'un maniement facile, peut aussi servir pour les autres cavités naturelles. Le pharynx, le larynx, etc. (*Corresp. Blatt. für Schweiz. Aerzte*).

Dans un autre travail, le professeur Politzer, étudie l'action des instillations d'alcool dans le traitement des polypes de l'oreille. Ces applications d'alcool concentré, répétées cinq ou six fois par jour, lui ont donné des résultats tels qu'il considère ce procédé comme plus utile et plus efficace que les caustiques ordinairement employés. (*Die Alkohol-Behandlung der Ohrpolypen. Wiener medic. Blätter*, 1881).

Hedinger, de Stuttgart, publie une note intéressante relative à un cas d'exostose de l'oreille moyenne.

Cette tumeur remplit presque entièrement le conduit auditif et l'oreille moyenne. Au niveau de l'apophyse mastoïde on trouve un gonflement notable; par le conduit auditif externe s'écoule depuis deux ans, du pus en assez grande quantité. Depuis ce temps également, le malade ressent presque constamment une gêne notable et des douleurs vives du côté malade. Des divers moyens employés, injections d'une solution de permanganate de potasse, d'acide phénique, d'acide salycique, badigeonnages de teinture d'iode, introduction dans le conduit auditif d'une tige de laminaria, aucun n'a donné de résultats satisfaisants. La guérison n'a été obtenue que par l'ablation de

la tumeur avec la gouge et le maillet (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*).

On doit au même docteur Hedinger un nouveau miroir électrique construit par Baur. Cet appareil présente sur la plupart des instruments de même genre l'avantage de pouvoir, par quelques modifications ingénieuses, être employé pour éclairer diverses ouvertures et cavités du corps. (*Deutschen medicinischen Wochenschrift*).

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

Des soins immédiats et consécutifs à la trachéotomie chez l'enfant. — La *Gazette des Hôpitaux* publie sous ce titre une intéressante leçon de M. Jules Simon, médecin de l'Hôpital des Enfants-malades. Nous en résumons les points importants :

M. J. Simon est, pour son compte, partisan de la trachéotomie en deux temps ; il la préfère au procédé en un temps, pourtant si heureusement employé par M. de Saint-Germain. Il donne à son incision cutanée une étendue d'un centimètre $\frac{1}{2}$, ou deux centimètres au plus. Aussitôt après l'ouverture de la trachée, il plonge son index dans la boutonnière ainsi faite afin d'empêcher la pénétration du sang dans le tube aérien. — C'est ce qu'il appelle la trachéotomie *au doigt*. Il fait ensuite bâiller la plaie trachéale, assied l'enfant et le ranime au besoin, introduit et fixe la canule.

L'enfant, une fois nettoyé, est remis dans son lit et enveloppé de linges chauds, enfin on enroule autour de son cou une cravate de tarlatane destinée à tamiser et à échauffer l'air inspiré.

Avant de quitter le petit malade, on n'oubliera jamais de donner à la personne chargée de le veiller les instructions nécessaires ; on lui apprendra les petites manœuvres à employer pour retirer et nettoyer la canule. Pendant les deux premières heures qui suivent l'opération, l'enfant doit être maintenu éveillé, il faudra donc lui parler, l'exciter un peu, lui donner un peu d'alcool, du café. Dans la chambre on entretiendra une douce température (17°), des pulvérisations phé-

niquées continues. La plaie cervicale doit être autant que possible pansée tous les jours et à la même heure; il sera parfois utile de toucher légèrement les bords de la plaie, avec la teinture d'iode ou le nitrate d'argent, sans atteindre toutefois le conduit interne.

Quand doit-on retirer la canule? C'est affaire de tâtonnement. Quelques enfants s'en passent très vite, d'autres au contraire doivent en continuer l'usage pendant des semaines et même des mois.

Pour la première fois, on laissera l'enfant cinq ou six minutes sans canule; insensiblement, on prolongera l'épreuve dans les séances suivantes. C'est en général vers le 10^e ou le 15^e jour que l'enfant arrive à pouvoir s'en passer.

Mais il peut survenir des complications soit au cours de l'opération, soit immédiatement après.

L'hémorrhagie peut être très abondante et cet accident est assez ordinaire chez les enfants déjà grands. Le premier soin, dans ce cas, est d'empêcher la pénétration du sang dans l'arbre aérien en maintenant le doigt dans la trachée; on arrêtera ensuite l'écoulement sanguin par la compression directe des lèvres de la plaie, et les pinces hémostatiques peuvent être d'un grand secours. Quelquefois, surtout si l'incision est petite, il suffira pour mettre fin à l'hémorrhagie de remplacer par une plus grosse la canule déjà en place. Le plus souvent on se rendra maître de l'écoulement en interposant simplement entre le pavillon de la canule et la peau, une plaque d'amadou.

Un accident plus rare est l'emphysème, qui, bénin lorsqu'il reste circonscrit, peut, en s'étendant, devenir grave; on l'a vu atteindre le médiastin et entraîner la mort.

L'incision des parois accolées de l'oesophage et du larynx peut avoir, elle aussi, des conséquences, d'autant plus graves qu'elles sont sans remède, en permettant l'entrée des liquides oesophagiens dans les voies aériennes.

Enfin, et c'est une éventualité dont il ne faut jamais oublier de prévenir la famille, l'enfant peut succomber dans le cours de l'opération, soit par syncope, soit par asphyxie. Mais il faut se garder de conclure trop vite au décès; car les cas de mort apparente sont fréquents. En pareille occurrence la conduite à tenir est la suivante: Exciter la peau en flagellant l'enfant à l'aide d'une serviette mouillée; faire la respiration artificielle, non pas de bouche à bouche — ce qui est dangereux pour

l'opérateur, et sans utilité pour l'opéré — mais avec un soufflet; (la poire à insuffler de l'appareil de Richardson peut être employée avec avantage); si l'on a à sa disposition un appareil, électriser énergiquement le cœur et les parties latérales du cou.

Les conseils donnés par M. Jules Simon, méritent d'être précieusement notés. Nous avons vu dans maintes circonstances les manœuvres qu'il recommande, suivies de résultats vraiment inespérés, Nous leur devons d'avoir rappelé à la vie des enfants dont l'état était des plus alarmants et nous comprenons parfaitement, qu'on ait pu dire, sous une forme un peu trop paradoxale, il est vrai, que « la mort même n'est pas une contre-indication à la trachéotomie ». On ne ressuscite pas, mais on peut revenir de bien loin.

Traitement du phagédénisme chancreux et de l'alopecie syphilitique. — M. le Dr P. Lucas-Championnière publie dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, deux leçons de M. le professeur Fournier, dans lesquelles nous pouvons glaner au bénéfice de nos lecteurs.

Un grand nombre de moyens curatifs ont été opposés au phagédénisme chancreux; mais nous ne possédons encore aucun remède vraiment spécifique capable d'enrayer la marche du mal. Il est cependant possible, dans la plupart des cas, d'obtenir par une médication méthodique et patiente la guérison de cette redoutable complication du chancre. Pour arriver à ce résultat, il faut d'abord placer le malade dans les meilleures conditions d'hygiène générale et locale : un régime sévère, les bains quotidiens locaux et généraux sont particulièrement indiqués. On s'adressera ensuite à la constitution du malade pour une médication générale dont les toniques et en particulier l'huile de foie de morue feront tous les frais; l'opium à haute dose et le calomel à doses réfractées, malgré quelques succès, n'en sont pas moins, en effet, d'une utilité contestable.

Bien autrement efficaces sont les moyens locaux. Ils doivent varier avec la cause probable du phagédénisme; on sait que celui-ci succède fréquemment à des pansements irritants, sales ou mal faits; est parfois lié à une malconformation, phimosis ou paraphimosis, ou à la présence de corps étrangers dans le prépuce. Il faut donc, dans le premier cas, substituer

aux caustiques et aux irritants les bains et les émollients et remédier aux autres causes par un débridement approprié.

Souvent ces moyens suffiront. S'il en était autrement il faudrait avoir recours aux topiques locaux. Trop longue en est la liste. M. Fournier accorde la préférence à trois d'entre eux. C'est d'abord une solution de nitrate d'argent au 30^e, qu'on peut même diluer davantage. C'est ensuite le tartrate ferrico-potassique, préconisé par Ricord, et qu'on emploie à la dose de 10 à 15 grammes. L'iodoforme enfin, dont l'action capricieuse est tantôt nulle, tantôt fort utile.

On essaie d'abord et successivement ces trois agents, mais sans insister trop longtemps sur chacun d'eux. Douze à quinze jours suffisent, en général, pour en apprécier la valeur dans le cas particulier. Ce n'est que tardivement, ou seulement en présence d'un phagédénisme menaçant, à marche galopante, qu'on s'adressera à la cautérisation. Ce procédé, d'ailleurs infidèle, a le grand tort d'être affreusement douloureux, d'entraîner des délabrements étendus et d'appeler de graves complications. Si néanmoins on croit devoir y recourir, on donnera la préférence à la pâte carbo-sulfurique de Ricord et on aura soin de chloroformer préalablement le malade.

On a rapporté des exemples d'érysipèle intercurrent, modifiant et enrayant la marche d'un phagédénisme, et certains médecins ont eu la pensée condamnable d'essayer de développer, dans un but thérapeutique, un érysipèle chez leurs malades.

Les cas ne sont pas rares où l'érysipèle, prenant des allures d'une gravité spéciale et dépassant le but sans l'atteindre, a emporté le patient. Ce résultat juge le procédé.

Un préjugé fort répandu, même parmi les médecins, est que l'alopecie syphilitique survient à longue échéance, après l'apparition du chancre. Il n'en est rien, l'alopecie est au contraire un accident secondaire *précoce*.

La chute des cheveux peut être déterminée par l'extension au cuir chevelu des éruptions spécifiques. Dans d'autres circonstances, aucune lésion ne la précède; elle paraît alors relever de ces syphilis qui se compliquent d'emblée d'anémie, de faiblesse et d'amaigrissement.

Les caractères de l'alopecie syphilitique varient. Tantôt les cheveux tombent indifféremment sur tous les points à la fois, tantôt ils tombent par places circonscrites, formant des îlots qui caractérisent l'alopecie en *clairières*.

A peine appréciable dans certains cas, la chute des cheveux

est ailleurs assez abondante pour amener une calvitie presque complète. Elle peut même s'étendre à la barbe et aux sourcils et alors on la distinguera de la pelade, en ce que l'arcade sourcillière est interrompue en un point par une ligne chauve, au lieu d'être, comme dans cette dernière affection, complètement dénudée.

Les indications thérapeutiques sont extrêmement limitées :

Il faut savoir, en effet, que l'alopecie syphilitique est éphémère. Au bout de quelques mois, une année au plus, les cheveux recommencent à pousser, alors même que le crâne était complètement dégarni. Le traitement mercuriel est le seul indiqué. Depuis longtemps on a fait bonne justice de cette idée absurde que la chute des cheveux est due à l'usage du mercure.

Examen externe de la muqueuse rectale par le retournement. — M. Tarnier, dans les *Annales de gynécologie*, expose un procédé très simple d'exploration, pour la recherche des lésions de l'extrémité inférieure du rectum, lésions souvent si difficiles à constater *de visu*. Il consiste dans le retournement de la muqueuse rectale à l'aide du doigt introduit dans le vagin.

Voici ce procédé :

Le doigt indicateur de la main droite, dont l'angle doit être court et poli pour ménager les tissus, est introduit dans le vagin et recourbé en crochet de telle sorte que son extrémité appuie sur la cloison recto-vaginale. La pulpe du doigt, placée à quelques centimètres au-dessus de l'anus, déprime peu à peu la cloison de haut en bas, comme pour la faire sortir par l'anus. Peu à peu cet orifice s'entr'ouvre et la muqueuse apparaît. En accentuant les pressions, le doigt ganté par la muqueuse rectale fait bientôt une saillie suffisante pour mettre à découvert des lésions qui, grâce à leur petite étendue, pourraient passer inaperçues.

Chez les femmes récemment accouchées ou qui ont eu plusieurs enfants, rien de plus facile que d'user de ce procédé. Chez les nullipares cet examen est plus douloureux; on pourrait le faciliter par le sommeil anesthésique.

F. LEPRÉVOST.

Formulaire.

Dans la rougeole et la laryngite striduleuse le Dr J. Simon, prescrit souvent la mixture suivante :

Alcoolature d'aconit..... }
Teinture de belladone.. } àà 5 grammes.

M. S. A.

5 gouttes matin et soir en augmentant d'une goutte, jusqu'à 20.

Dans les mêmes cas, chez les enfants nerveux agités, afin d'éviter l'insomnie et l'excitation cérébrale, il associe ordinairement l'opium et la belladone.

Sirop de belladone..... }
Sirop de codéine..... } àà 10 grammes.
Sirop de tolu..... }

Une cuillerée à café matin et soir.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 9 août.

Présidence de M. LEGUEST.

Séance rétrospective et de villégiature. Le public lui-même semble lâcher pied.

M. Gustave Lagneau offre à l'Académie un rapport du Conseil d'hygiène publique sur les maladies épidémiques observées dans le département de la Seine en 1879 et 1880. Ces maladies ont été près de deux fois plus nombreuses durant la dernière que durant la première de ces deux années. La léthalité des mêmes maladies a été beaucoup moindre dans la clientèle privée que dans les hôpitaux. Elle a été de moitié pour la diphthérie; elle a été quatre fois moindre pour la rougeole et la coqueluche. Malgré les soins éclairés qu'ils reçoivent, les malheureux, secourus dans les hôpitaux, sont bien plus cruellement frappés que ceux qui peuvent se faire traiter chez eux.

Par suite de l'encombrement dans les casernes urbaines, les militaires sont très sujets à la fièvre typhoïde; mais, grâce aux revaccinations générales, ils sont rarement atteints de varioles graves.

Ce n'est pas une chose qu'on doive dédaigner qu'un rôti cuit à point. Nous applaudirions sans vergogne à l'inventeur qui trouverait un moyen simple et sûr d'arrêter la cuisson de

viandes au point voulu pour qu'elles gardent leur saveur et leurs sucs bienfaisants. L'Académie, certes, s'intéresserait à un progrès de ce genre, car il touche l'hygiène. M. Bouley nous a montré une sorte de lardoire creuse dans laquelle entre une petite tige métallique. Cette tige est soudée par son extrémité au fond de la lardoire à l'aide d'un alliage fusible à 80°. Ainsi, étant admis (ce qui paraît fort probable), qu'un gigot est cuit à point lorsque la température de ses parties profondes a atteint 80°, vous le retirez du feu quand le thermomètre-lardoire laisse se détacher la petite tige intérieure. Votre thermomètre refroidit et en même temps l'alliage se durcit en vue d'une autre exploration.

M. Riche a fait observer que le point de fusion de ces sortes d'alliage est variable et qu'ils ne sauraient donner d'indications précises.

Nous ajouterons, pour notre compte, qu'en traversant les couches supérieures de la viande, qui sont naturellement plus chaudes que les couches centrales, le métal s'échauffe à un point qui ne correspond pas avec exactitude à la température profonde. Tel quel, l'instrument peut, ce me semble, rendre des services; mais nous aurions plus de confiance dans l'œil exercé d'un cuisinier.

M. Duboué, de Pau, lit un travail sur l'action intime des médicaments sur les éléments anatomiques des tissus. Nous n'avons pu saisir, malgré toute notre attention, que des lambeaux de phrase de cette lecture intéressante. Cette fois ce n'était pas le bruit de conversations qui nous remplissait les oreilles, mais le murmure faible et confus d'une voix peu timbrée, appartenant à un lecteur mal exercé. Nous le regrettons : le sujet est important et le mérite scientifique de M. Duboué nous est garant que le sujet aura été traité comme il convient.

L'auteur a fait ressortir d'abord l'intérêt que présentent les recherches concernant l'action intime des médicaments sur les éléments anatomiques des tissus; la connaissance de cette action peut seule nous mettre à même de manier le médicament avec sûreté et d'en tirer tout le profit qu'il est susceptible de nous donner. Il a passé en revue les principaux médicaments tels que le sulfate de quinine, la digitale, le seigle ergoté, le bromure de potassium. Pour lui, la propriété de la quinine est essentiellement tonique et excito-motrice. Enfin, prenant un groupe d'affections diverses, la fièvre typhoïde, durant sa pé-

riode prodromique, le mal des montagnes, l'asphyxie en ballon, il s'attache à montrer qu'elles donnent lieu à des symptômes analogues : nausées, vertiges, fatigue musculaire, somnolence, dyspnée, palpitations, épistaxis. Ces symptômes tiennent à une hématoze incomplète. L'hématoze est entravée par le relâchement des fibres musculaires placées sous la dépendance des nerfs vaso-moteurs. Il en résulte que les artérioles ne se contractent plus d'une manière suffisante, les globules sanguins cheminent d'abord lentement, puis plus lentement dans le réseau capillaire qu'ils finissent par obstruer. C'est alors l'asphyxie. La quinine, agissant sur les nerfs vaso-moteurs pour les exciter, ceux-ci rendront aux fibres musculaires leur tonicité et l'asphyxie pourra être conjurée.

M. Hervieux lit une note destinée à réfuter ce que M. Jules Guérin a dit dans une séance précédente sur la vaccination animale.

La querelle, en vérité, n'a plus rien qui doive nous intéresser : ce sont les mêmes arguments, les mêmes attaques, les mêmes répliques. Nous en sommes saturés. Nous épargnerons ce calice à nos lecteurs en leur résumant, sous la forme concise du dialogue, ce débat épuisé outre mesure.

M. Hervieux. — Vous avez beau dire, monsieur Jules Guérin, la vaccination animale a pris rang parmi les procédés les plus en vogue.

M. Jules Guérin. — La vogue ne prouve rien. Les tâtonnements de la première heure, que vous avouez, établissent l'infidélité du procédé. La vogue est un effet de la mode, laquelle n'eut jamais rien de scientifique et n'est bonne que pour le *servum pecus*.

M. Hervieux. — Cela n'empêche pas qu'en 1880, il y a eu à Paris 80,000 vaccinations avec du vaccin de génisse, sans compter celles qui ont été pratiquées dans les hôpitaux : la mode gagne aussi les médecins des hôpitaux.

M. Jules Guérin. — Parlez-moi plutôt des faits qui établissent la prophylaxie de vos vaccinés.

M. Hervieux. — Des faits ! des faits ! Vous êtes bien exigeant ! Attendez un peu, nous vous en donnerons quand le temps aura passé sur les vaccinations d'hier. Car c'est d'hier qu'on vaccine avec le cowpox. La population de Naples, qui n'a eu que du cowpox, se comporte fort bien devant la variole.

M. Jules Guérin. — C'est bien vague !

M. Hervieux. — Les enfants de Bruxelles, vaccinés avec du cowpox par M. Varlomont...

M. Jules Guérin. — Prenez garde. Je viens d'entretenir M. Varlomont au congrès de Londres et voici ce qu'il m'a dit : « Je vois à présent que dans la discussion de 1867, c'est vous qui aviez raison. Je signerais aujourd'hui les conclusions que vous présentiez alors. Je commence à comprendre qu'il y a une différence entre le vaccin jennérien et le cowpox et que cette différence n'est pas à l'avantage du dernier. »

M Depaul. — Comment ! M. Varlomont a tenu ce langage ! Il y a là quelque chose que je ne comprends pas.

M. Hervieux. — Les statistiques...

M. Jules Guérin. — Il faudrait ne pas écarter d'abord celles qui vous gênent, comme étant non avenues. Quand on se livre à la statistique, il faut s'y livrer tout entier, sincèrement. Qu'on me remette les documents adressés depuis plusieurs années à la commission de vaccine, je m'engage à les dépouiller avec soin. Nous verrons alors s'ils forment, comme le rapport de M. Hervieux semble l'insinuer, un courant d'opinion en faveur de la vaccination animale.

M. Depaul. — Monsieur Jules Guérin, vous n'avez pas fait d'expériences sur la vaccination. Parlez de ce que vous savez.

M. Jules Guérin. — C'est-à-dire que je me suis refusé à entrer dans la voie de vos expériences, qui ne me paraissent pas instituées dans un véritable esprit scientifique. J'ai ma méthode ; vous avez la vôtre. La mienne part de l'observation pour s'élever graduellement par l'induction et l'analogie aux sommets de la généralisation. Je m'abstiens d'apprécier la vôtre.

Société de chirurgie.

Séance du 10 août 1881.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

La séance est ouverte à 3 heures 45 ; **M Nicaise** remplit les fonctions de secrétaire.

Rapport. — **M. Berger** lit un rapport sur une communication de M. Galézowski ayant trait à une *extraction par l'aimant d'un morceau d'acier implanté dans la rétine*. L'observation concerne un ajusteur-mécanicien de 41 ans qui, ayant reçu un éclat d'acier dans l'œil gauche, vint se présenter

à la clinique de M. Galéowski, le 21 mars dernier. On constata une plaie au bord inférieur de l'iris. Le tiers inférieur du cristallin était louche, les deux tiers supérieurs, clairs et transparents au contraire, permettaient d'apercevoir le corps étranger noirâtre. On ordonna du collyre à l'atropine et le 23 mars eut lieu l'extraction. Le malade ayant été placé sur le lit d'opération, les paupières maintenues par un écarteur et l'œil fixé, M. Galéowski fit, entre les insertions des muscles droit externe et droit supérieur, une incision de 3 à 4 millimètres parallèle au bord de la cornée. Il y eut issue d'une portion du corps vitré. Une pince introduite appuya sur la rétine autour du corps étranger, pendant qu'un aimant l'attirait au dehors. Ainsi fut extraite facilement une paille d'acier qui avait environ deux millimètres de diamètre. L'œil fut soumis à la compression pendant douze heures. Il se produisit un large épanchement sanguin.

Le 9 avril, cet épanchement avait notablement diminué et l'opacité du cristallin et du corps vitré n'avait pas augmenté. L'aimant dont on se servit est un petit appareil spécial construit par M. Colin.

On trouve, continue M. Berger, peu de détails dans les livres classiques au sujet des corps étrangers du corps vitré. Les premiers cas furent publiés à l'étranger par de Graeves; d'autres auteurs allemands, des anglais, Desmarres en rapportent quelques-uns. En 1881, Hirschfeld en mentionnait deux cas au congrès des chirurgiens allemands.

L'analyse de tous ces faits amène à conclure qu'au point de vue des résultats définitifs l'extraction des corps étrangers est rarement suivie de la restauration complète de la vision. Ainsi, sur les trente et une observations réunies, le résultat fut très bon deux fois, assez bon quatre fois, quatre fois il fut insuffisant, et dans treize cas, si l'extraction ne fut pas nuisible, elle ne mit pas les malades à l'abri des menaces d'ophtalmie sympathique.

La nature du corps étranger ne semble pas avoir une grande influence. Le plus souvent les auteurs mentionnent qu'ils eurent à enlever des pailles de fer, des aiguilles, etc., de quelques millimètres à un centimètre et plus.

Quant à la voie suivie par le corps étranger, elle est plus importante. En passant au travers du cristallin il détermine des opacités qui empêchent l'examen du fond de l'œil. L'âge du malade importe assez peu : la durée du séjour des corps

étrangers est fort variable, un d'eux ne fut extrait qu'au bout de sept mois ; dans deux cas heureux, l'extraction eut lieu au vingt-cinquième et au trentième jour. Les phénomènes consécutifs à l'introduction varient suivant les observations depuis les phénomènes les plus graves jusqu'à un simple travail inflammatoire local qui détermine l'enkystement du corps étranger. L'extraction est, en somme, un procédé infidèle, et souvent si le but opératoire se trouve rempli, il n'en est pas de même du but thérapeutique.

L'inflammation chronique amenant l'ophtalmie sympathique et la phthisie oculaire est plus fréquente que la guérison lente et complète.

Les méthodes opératoires employées jusqu'à ce jour ont varié, en tout cas on peut espérer les perfectionner de jour en jour. Dans vingt cas sur trente, on pratiqua une incision de la sclérotique, le plus près possible du corps étranger. Une incision longitudinale semble moins exposer à l'issue du corps vitré qu'une incision parallèle à la cornée. Quelques auteurs, remarquant qu'avec une incision linéaire on était obligé de faire bâiller les lèvres de la plaie, ont proposé de faire un lambeau. Les recherches du corps étranger ont été faites d'abord avec des pinces, des crochets mousses, des curettes, etc.,. Ces recherches étaient longues, difficiles ; demandant de nombreuses tentatives pour saisir l'objet qui fuyait devant l'instrument ; aussi les opérateurs ont-ils été obligés de laisser parfois l'opération inachevée. L'emploi de l'aimant par Mac-Leonne fit faire un pas considérable à la question. Hirschfeld préfère un électro-aimant à l'aimant en fer à cheval ; il lui trouve une action plus puissante et plus facile à régler ; cependant les barres aimantées simples sont toujours assez puissantes pour le but à remplir. L'appareil de M. Colin est fort commode, à cause de sa petitesse, et bien assez puissant puisqu'il enlève un gramme et plus. M. Galéowski fut obligé de le plonger trois fois, et Hirschfeld, quatre fois, dans le corps vitré avant de sentir le petit choc spécial du corps étranger venant s'accoler à l'aimant.

Dans quelques cas, après l'avoir ainsi fixé, on peut aider l'extraction avec des pinces.

Le diagnostic des corps étrangers peut souvent être fait avec l'éclairage direct à l'ophtalmoscope ou à l'aide des symptômes qu'il détermine. Un Américain a proposé de se servir d'une

aiguille aimantée dont la dérivation indiquerait la direction du fragment de fer ou d'acier.

En résumé l'extraction peut être tentée dans les cas de corps étrangers du corps vitré; Si elle n'amène pas le rétablissement de la vision, elle peut empêcher l'irido-cyclite et l'ophtalmie sympathique. Enfin le manuel opératoire a été perfectionné par l'emploi du magnétisme.

M. Berger propose d'adresser des remerciements à M. Galéowski pour sa communication.

M. Després rappelle qu'on doit se garder le plus possible des plaies de la sclérotique qui, plus que toutes les autres, amènent tôt ou tard la perte de l'œil; aussi les a-t-on abandonnées dans la cataracte. Il se souvient d'un enfant qui vint dans son service avec une plaie de la sclérotique et sortit parfaitement guéri; mais qui, un an plus tard, rentra avec une hémorrhagie intra-oculaire abondante et en un mois, vit alors son œil subir une atrophie rapide. On ne doit tenter ces sortes d'extractions, dont il vient d'être question, quasi on craint fortement l'ophtalmie sympathique.

— C'est d'ailleurs un principe auquel s'associe pleinement **M. Giraud-Teulon** qui considère comme regrettable d'introduire dans l'œil un instrument à la recherche d'un corps étranger.

M. Gillette. — On peut maintenir avec un aimant un corps étranger en face de la cornée, puis inciser facilement pour l'extraire. — Au reste l'emploi de l'aimant pour l'extraction des parcelles de fer n'est pas nouveau: en 1830, Ameline, chirurgien du Gros-Caillou, l'employait pour enlever des corps étrangers sous-cutanés.

Présentation. — **M. Nicaise** présente un malade à qui il a enlevé, il y a 15 jours, un corps étranger du genou. Ce malade était tombé longtemps auparavant sur les deux genoux, avait eu une hydarthrose à gauche et ce corps étranger à droite. L'arthrophyte était très mobile, allant d'un bord de la rotule à l'autre. L'opération fut faite avec toutes les précautions antiseptiques. M. Nicaise incisa les téguments et les tissus sous-cutanés, aponévrose, vaste externe etc., puis, arrivé sur la synoviale eut grand soin de tarir toute hémorrhagie avant de l'ouvrir. — L'ouverture en fut faite sur le corps étranger, fixé par un aide au moyen d'un drain. On fit 2 points de suture, un pansement de Lister et l'immobilisation du genou. Le 3^e jour on enleva les sutures et on renouvela le pansement. La

gouttière fut supprimée le 6^e jour. Il n'y eut pas un moment d'inflammation et aujourd'hui (15^e jour), le malade marche parfaitement.

Le corps étranger a la forme d'un haricot. Il est lisse d'un côté, un peu gros de l'autre. Il n'y avait aucun épanchement dans l'articulation.

M. Gillette croit que le pansement de Lister n'est pas le seul qui puisse donner les résultats sur lesquels insiste **M. Nicaise**. Le pansement ouaté permet aussi de pareilles guérisons.

M. Pozzi. — Il faut surtout chercher à éviter la suppuration de la plaie, car alors l'arthrite purulente a bien des chances de se produire, comme il l'a vu dans un cas où il eut à enlever un corps étranger pédiculé.

Présentation. — **M. Monod** présente une femme qui en est à sa troisième grossesse. A la première, puis à la seconde elle a vu ses seins augmenter de volume dans des proportions exagérées. Après l'accouchement ils sont revenus dans les limites ordinaires. Aujourd'hui elle est au 4^e mois de sa grossesse ; on peut constater que ses deux mamelles pyriformes, retombent sur le ventre en deux masses plus volumineuses chacune que deux têtes d'adulte. Une pareille hypertrophie mammaire qui s'accroît de jour en jour a déjà amené un état cachectique très prononcé. Evidemment la malade ne pourra aller ainsi jusqu'à la fin de la gestation. Doit-on provoquer l'avortement ?

M. Després conseille la succion. Elle a réussi dans deux cas analogues.

M. Marc Sée fait remarquer que la succion ne peut convenablement guérir. Si on supprime le lait qui forme la plus grande partie de ces tumeurs, ce lait se reformera aux dépens du sang et rapidement ; la cachexie n'en sera que plus prompte.

M. Monod se rappelle qu'en effet on a obtenu deux cas de guérison par la succion et l'essaiera d'abord sans trop insister et sans laisser la cachexie arriver à son dernier point.

La séance est levée à six heures.

F.-A. HUE.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES

(Correspondance spéciale de la Revue).

A MM. les rédacteurs de la Revue.

Londres, le 7 août.

MES CHERS AMIS,

Partie le 3 août, ma dernière lettre vous annonçait, je crois, le discours prononcé le jour même par le professeur Virchow, sur « la valeur des expériences pathologiques ».

La dissection et les vivisections contribuent puissamment à l'avancement des sciences : telle est la thèse soutenue par l'anatomiste de Berlin. — Il est vrai qu'il n'est peut-être pas inutile de la développer en Angleterre, surtout au point de vue des vivisections. Esquissant, sur ce thème, l'histoire de la médecine à travers les âges, l'orateur cherche à prouver que toutes les grandes découvertes ont été faites par des anatomistes et des vivisecteurs. Il cite les médecins de l'antiquité, les savants anglais, et même quelques-uns de nos compatriotes. Mais ce sont les Allemands et le professeur Virchow lui-même qui tiennent la plus grande place dans cette énumération. Nous savions d'avance qu'il en serait ainsi.

Le même jour, 3 août, soirée à South-Kensington Museum, donnée par les membres anglais du Congrès aux membres étrangers. Trois mille médecins sont présents, beaucoup sont accompagnés de leur dame et de leurs filles et cependant l'on est à son aise dans les nombreuses galeries de ce remarquable monument. Deux musiques militaires se font alternativement entendre. Une collation est servie dans le jardin qu'éclaire la lumière électrique. Enfin, chaque membre reçoit, en souvenir de la fête la photographie d'une belle statue que l'on voit dans le musée même et qui représente Harvey, la main sur le cœur dans l'attitude de la méditation.

Vous voyez que nos voisins d'Outre-Manche savent faire grandement les choses.

Jeudi 4 août. — Les sections se réunissent à 10 heures et commencent leurs travaux avec une activité vraiment remarquable. Elles sont au nombre de quinze.

Section	I	Anatomie.	Président	Prof. Flower.
—	II	Physiologie.		D ^r Foster de Cambridge.
—	III	Anatomie pathologique		D ^r Samuel Wilks.
—	IV	Médecine		Sir William Gull.
S.-Section		Maladies de la gorge		D ^r George Johnson.
Section	V	Chirurgie		John-Eric Erichsen.
—	VI	Obstétrique		D ^r M.-Clintock, de Dublin.
—	VII	Maladies des enfants		D ^r West.
—	VIII	Maladies mentales		D ^r Lockhart Robertson.
—	IX	Ophthalmologie		W. Bowman.
—	X	Maladies de l'oreille		William-B. Dalby.
—	XI	Maladies de la peau.		Erasmus Wilson.
—	XII	Maladies des dents		Edwin Saunders.
—	XIII	Hygiène publique		John Simon.
—	XIV	Médecine et chirurgie militaires		Th. Longmore.
—	XV	Pharmacologie		Prof. Fraser, d'Edimbourg.

Nous entendons plusieurs communications intéressantes.

A la section de physiologie, Goltz, Ferrier et Antoine Cros discutent sur la localisation des fonctions dans l'écorce du cerveau. A la troisième section, Grancher et Virchow exposent l'anatomie pathologique du tubercule.

Citons encore les communications de M. Jules Guérin :

« Nouvelle théorie des monstres » ; de Brown-Séquart : « Des localisations dans les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière, au point de vue du diagnostic » ; du professeur Ball et de son interne, notre ami Thibierge : « Du mal perforant du pied chez les ataxiques » ; du D^r Tarnier : « Perfectionnement dans la construction et dans l'application du forceps » ; du D^r Budin : « Sur une disposition particulière des œufs dans la grossesse gémellaire » ; du D^r Ed. Fournié : « Physiologie pathologique des hallucinations » ; du D^r Vidal : « Du pityriasis circiné et marginé parasitaire », etc., etc.

Évidemment, nous ne saurions en un seul article analyser tant de sujets importants, tant de remarquables travaux. Aussi après mûre réflexion, nous sommes-nous arrêté à la détermination suivante :

Nous exposerons d'abord les œuvres du congrès pris dans son ensemble. Puis les séances terminées, nous ferons une série de chapitres dans lesquels le lecteur de la *Revue* trouvera l'étude des communications, des discussions vraiment scientifiques, successivement entendues dans chaque section en particulier. De cette façon, rien d'important ne pourra nous échapper ; en rapprochant les travaux de même ordre, nous en rendrons l'étude beaucoup plus simple, beaucoup plus intéres-

sante; enfin, particularité capitale pour le praticien, nous réunirons dans un travail concis toutes les découvertes médicales produites au congrès de Londres.

Continuons la première partie de notre programme.

Le même jeudi, 4 août, à une heure, luncheon intime chez M. Vintrus, le médecin de l'hôpital français et de notre ambassade, dans lequel nos compatriotes ont trouvé un guide si aimable, si gracieusement empressé.

A une heure trente, visite aux hôpitaux. On connaît l'organisation de l'Assistance publique en Angleterre; aussi ne croyons-nous pas devoir insister sur ce point. Contentons-nous de dire que dans leurs salles comme aux réunions publiques, les médecins anglais se montrent pour les étrangers de la plus grande courtoisie.

A quatre heures, troisième réunion générale à Saint-James Great Hall. Nous y trouvons tous les Français. M. Féréol, en effet, doit lire le discours de son ami Maurice Raynaud, sur « le scepticisme en médecine au temps passé et au temps présent ».

Sir James Paget préside; les professeurs de Paris, venus au congrès l'entourent. Lister, Mac-Cormac, West et la plupart des grands médecins anglais sont également présents. Nous ne voyons aucun Allemand; nous allons donc assister à une séance de famille.

« Ce n'est pas moi qui devais parler en cette enceinte, commence M. Féréol. Un deuil, un malheur irréparable pour la médecine française m'appelle ici. » Puis il expose en quelques mots la vie et l'œuvre de Maurice Raynaud. La voix de l'orateur est émue; son geste sobre et bien mesuré, sa physionomie si française, ces paroles d'outre-tombe que nous entendons: tout donne à la séance une solennité particulière, et ce n'est pas sans émotion que chacun écoute ce dernier travail d'un penseur.

D'une érudition qui ne laisse rien à désirer et qui prouve chez l'auteur des *Médecins au temps de Molière* une connaissance profonde de notre histoire scientifique, le discours sur le scepticisme médical est écrit dans ce style à la fois concis, brillant et châtié qui caractérise tous les travaux de Maurice Raynaud. Il faut donc le lire *in extenso* pour le comprendre; nous en donnons cependant l'analyse; mais qui pourrait en rendre la beauté, la délicatesse et l'esprit?

« C'est peut-être un étrange dessein, c'est à coup sûr un

dessein périlleux de traiter devant vous la question du scepticisme en médecine », dit-il en commençant. Combien il se justifie de ce dessein, avec quelle éloquence il défend son intervention dans cette question brûlante.

« Et puis, messieurs, n'êtes-vous pas, vous, les représentants de tout le monde savant, la protestation la plus éclatante contre le scepticisme? N'avez-vous pas assez de foi en vous-mêmes pour oser le regarder en face? »

Entrant alors dans son sujet, Maurice Raynaud sépare le scepticisme médical du scepticisme philosophique; distinguant enfin plusieurs formes de scepticisme en médecine, il en étudie les causes et les origines.

La cause première doit être cherchée dans l'essence même de l'esprit humain. Aussi retrouve-t-on le scepticisme à tous les âges de l'humanité. Molière, en se moquant des médecins de son époque, n'inventait rien; il traduisait simplement la pensée de ses contemporains. Et puis, que d'autres l'avaient précédé dans cette voie! Aristophane n'appelle-t-il pas les vieux médecins *cacophages*? Et Mme de Sévigné! Combien cherche-t-elle à ridiculiser notre profession? Il est vrai que la même dame traite ses enfants, ses amis, se traite elle-même avec les remèdes les plus absurdes auxquels elle ne demande qu'une chose : ne pas avoir une origine médicale.

Illustre exemple de cet esprit à la fois railleur et badaud qui fait le fond de la nature humaine.

Seconde raison du scepticisme : nous sommes les premiers à critiquer notre profession. Jamais, en effet, philosophes, littérateurs ou poètes n'ont dit autant de mal de la médecine que les médecins eux-mêmes.

Bichat, Broussais qui déclarait sans ambages qu'avant lui la médecine avait été plus nuisible qu'utile à l'humanité, sont des preuves frappantes de cette vérité.

Hippocrate enfin, Hippocrate lui-même, n'a-t-il pas écrit :

« *Ars longa. Vita brevis. Experientia fallax. Judicium difficile. Occasio præceps* »?

Et puis le scepticisme flatte la paresse qu'il excuse et la vanité qui trouve dans sa défense des succès faciles.

Notre art est si étendu, si complexe, en l'étudiant on est tellement effrayé des choses à apprendre que l'on comprend l'homme qui ferme ses livres et renonce à connaître ce qui lui paraît insaisissable, que l'on approuve malgré soi cette boutade de Sydenham à un étudiant qui lui demandait le nom

du meilleur livre médical à étudier : « Lisez *Don Quichotte*, mon ami. » Mais la médecine est plus qu'une science, c'est une profession, et la plus noble de toutes, car elle vient en aide à celui qui souffre. La science est incomplète. Qu'importe, elle le sera toujours.

Mais il faut prescrire, il faut absolument soulager le malade qui vous appelle.

Ne soyons donc pas désespérants, ne nous montrons pas désarmés.

Un vieux maître me disait souvent en faisant ses ordonnances : « Ce remède ne me paraît pas avoir une action bien réelle, mais il ne faut pas dire cela aux jeunes, ils le sauront toujours assez tôt. »

Partant de ce principe, Maurice Raynaud critique sévèrement les savants qui professent le scepticisme en médecine. Il attaque particulièrement Magendie à qui il sera beaucoup pardonné parce qu'il... a donné Claude Bernard.

Le remède au scepticisme, conclut-il, est dans la science elle-même, dans la science toujours mieux comprise, toujours plus étendue. L'étude approfondie des causes, les procédés nouveaux employés dans la recherche des symptômes, les méditations sur la mort de l'anatomo-pathologiste ne lui ont-ils pas fait faire ces temps derniers d'immenses progrès ?

Je sais bien que l'on nie ces progrès, que l'on en demande la démonstration. Le mouvement, messieurs, ne se démontre pas, il se montre.

Et puis nous avons encore pour nous les notions fournies par l'empirisme, la connaissance de cette force vitale justement dénommée *natura medicatrix*.

C'est assez pour arriver, sinon à la certitude philosophique, du moins à ce que Cazalis appelle avec raison la certitude pratique. C'est assez pour justifier ces belles paroles de Claude Bernard : « Le sceptique est celui qui ne croit pas à la science et qui croit à lui, qui croit assez en lui pour nier la science. »

La lecture du discours de Maurice Raynaud n'a pas duré moins d'une heure et demie, mais combien ce temps a paru court à ceux qui ont eu le bonheur d'entendre le chef-d'œuvre.

La journée est finie.... du moins pour le commun des mortels.

Si le lord-maire de Londres, en effet, reçoit au Mansion-House

certaines membres du congrès, les privilégiés sont rares et choisis avec le plus grand soin. Nos professeurs présents à Londres : MM. Lefort, Hardi, Lassègue et autres, ont tous été invités. Nommons encore MM. Jules Guérin et Féréol, enfin M. Ed. Fournié, celui-ci comme représentant de la presse médicale, ce qui n'est pas un petit honneur pour notre Revue.

De nombreux toasts ont, paraît-il, été portés en toutes les langues, C'est M. Trélat qui a parlé au nom de la France.

Vendredi 5 août. — De 10 heures à 1 heure, réunion des sections ;

A 1 heure 30, visite aux hôpitaux ;

A 4 heures, quatrième réunion générale à Saint-James's Great Hall. Discours du Dr Billings, de Washington sur « Our medical Literature ». D'un style élevé, d'une érudition irréprochable, ce discours doit être considéré comme un des meilleurs parmi les nombreux qu'il nous a été donné d'entendre. Nous ne saurions en donner ici toute l'analyse, qu'il nous suffise de constater que le Dr Billings a su désigner le rôle et les devoirs de la presse médicale, proclamer le danger des publications trop hâtives, indiquer enfin la mesure dans laquelle il est sage d'étudier les productions des anciens.

A huit heures, le lord-maire et la corporation de la cité de Londres, reçoivent les membres du Congrès à la Guildhall (salle des Guildes ou corporations).

C'est dans la grande salle (great hall) où se font ordinairement les élections et les réunions municipales que se concentre la fête. Très élégamment décorée, parée des fleurs de tous les pays, étincelante de lumière, cette pièce offre un aspect vraiment merveilleux.

Une tribune a été dressée à l'ouest. Une musique militaire y fait entendre les airs nationaux des différents peuples représentés au Congrès.

Gog et Magog, les bons génies de la Cité, que l'on portait, il y a quelques années encore devant le lord-maire, le jour de son installation, dominant cette tribune, bien étonnés, sans doute, du spectacle inaccoutumé qu'il leur est donné de contempler. Esculape, que ne t'a-t-on substitué pour la soirée à ces dieux marchands ! Jamais certainement, à Epidaure, tes prêtres n'ont été aussi nombreux !

Dans la foule, en effet, circulent les représentants de la médecine des deux mondes.

Italiens, Espagnols, Russes, Américains, Grecs, Turcs, — chi-

rurgiens, accoucheurs, laryngistes, syphiliographes, oculistes : tous les hommes connus du monde médical se promènent dans la great-hall. L'assistant allemand y coudoie l'interne des hôpitaux de Paris ; l'étudiant anglais y reçoit galamment ses collègues de tous les pays.

A dix heures, précédé de hérauts qui portent ses insignes, suivi de sa famille et des membres principaux de la corporation de la Cité, le lord-maire fait son entrée.

Revêtu du grand manteau rouge doublé de blanc et bordé de fourrures, paré de toutes les décorations de sa charge, il traverse gravement, avec la solennité d'un personnage moyen âge, ce monde si moderne, si jeune d'aspirations et d'idées. Les claques s'inclinent devant la perruque poudrée, les habits font une double haie au manteau tissé de soie et d'or...

Définitivement, Gog et Magog doivent être bien étonnés.

Samedi 6 août. — De dix heures à une heure, travail des sections. L'ardeur des premiers jours paraît un peu modérée. Cependant, on entend encore des communications intéressantes.

Les infiniment petits comparaissent devant la 3^e section. Naturellement, ils y sont très discutés. Béchamp et Pasteur se font particulièrement remarquer dans cette joute scientifique. On s'occupe exclusivement, en médecine, du mal de Bright.

A la 15^e section enfin, M. Dujardin-Beaumetz expose ses idées sur l'action physiologique et thérapeutique de quelques nouveaux principes actifs (la pelletière, la valdivine et la cédrine).

Je quitte Londres pour aller à Golder's Hill, Hampstead, assister à une fête champêtre donnée par M. et Mme Spencer Wells. Tous les ovariétomistes du monde semblent s'être donné rendez-vous dans le magnifique parc du célèbre chirurgien anglais. MM. Pozzi et Lucas-Championnière représentent l'élément français. M. Spencer Wells regrette vivement de ne pouvoir compter Péan parmi ses hôtes.

Le soir, brillante réception chez le comte Granville, ministre des affaires étrangères.

J'ai fini, mes chers amis. Aujourd'hui dimanche, en effet, le Congrès a dû suspendre ses séances. Au moment même où je termine ce long article, M. Fournié revient d'un dîner chez le Dr Browne. M. Bernard-H. Becker, rédacteur du *Daily-News*, a porté un toast à la *Revue médicale*. Recevez votre part de ce compliment d'outre-mer.

F. JOUIN.

Interne des hôpitaux de Paris.

NOUVELLES

— Avant de se séparer, la Chambre des Députés a voté, à l'occasion du budget de 1882, un crédit de 20,000 francs pour la création, à l'hospice de la Salpêtrière, d'une chaire de clinique des maladies du système nerveux.

La Chambre a également voté, sur la demande de M. Paul Bert, la création, au Muséum d'histoire naturelle de Paris, d'un emploi d'aide naturaliste de la chaire de pathologie comparée avec un traitement annuel de 3,000 francs.

— ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Un concours pour une place de chef des travaux cliniques aura lieu le 7 février 1882 à l'École secondaire de Rouen.

— CONFÉRENCE CLINIQUE DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy, remplaçant M. Hardy, commencera à la Charité, à 10 heures, le 16 août, ses conférences cliniques et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE, A LYON. — *Prix à décerner en 1882.*

— La Société protectrice de l'enfance, de Lyon, met au concours la question suivante : *Des éruptions connues vulgairement sous le nom de raches chez les enfants du premier âge.*

Insister sur leur nature, et rechercher s'il en est que l'on puisse combattre sans danger, d'autres que l'on ne doive attaquer qu'avec certaines précautions, et d'autres, enfin, qui doivent être respectées.

Établir clairement ces distinctions, et faire connaître la meilleure conduite à tenir dans les différents cas.

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de mars 1882, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 31 janvier 1882, à M. le docteur Léon Rieux, secrétaire général, rue Bourbon, 40, à Lyon.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté, et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, à ses frais, le mémoire couronné.

— D'une circulaire du préfet de la Seine aux maires de Paris, il résulte que les médecins de l'état civil auront désormais le droit de réquisitionner des pompes funèbres la mise en terre immédiate des personnes décédées, dans le cas de putréfaction, de maladies épidémiques ou contagieuses.

— Par décret en date du 1^{er} août 1881, M. Lotar (Henri-Aimé), est nommé professeur de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

— On lit dans l'*Officiel* du 21 courant :

Décret sur la proposition du ministre de l'Intérieur.

Médaille d'argent : Le docteur Wickham (Georges-Philippe), secrétaire depuis quatorze ans de la Société protestante de prévoyance de Paris.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

20 Août 1881



APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE
MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Nos lecteurs savent que, surveillant attentivement l'évolution scientifique du moment présent, nous les tenons au courant de tout ce qui se fait dans le domaine expérimental touchant les infiniment petits et les vaccinations. Nous avons à leur signaler aujourd'hui deux communications de M. Toussaint à l'Institut, qui soulèvent les plus grosses questions d'hygiène publique et de prophylaxie.

1^{re} Contribution à l'étude de la transmission de la tuberculose. Infection par les jus de viande chauffés. — Dans cette première note, M. Toussaint rappelle d'abord ses travaux antérieurs sur la contagiosité de la tuberculose et ceux de M. Villemin. Il résulte de ces premiers travaux que la tuberculose est transmissible de la vache au porc par injection de matière tuberculeuse sous la peau.

Aujourd'hui M. Toussaint va plus loin : il fait chauffer le jus tuberculeux, pris sur une vache malade, à une température de 56°, 58°, pendant dix minutes, et malgré l'influence de cette température qui, on le sait, détruit la bactérie charbonneuse, il parvient à inoculer la tuberculose en injectant quelques centimètres cubes de ce jus refroidi sous la peau de porcs et de lapins.

« 1^{er} J'ai extrait, dit-il, avec une presse, d'un poumon de vache tuberculeuse, présentant un œdème du lobe antérieur, une assez grande quantité de jus, peu chargé de virus, presque transparent. 4^{cc}.5 de ce liquide a été injecté sous la peau de la partie inférieure de l'oreille d'un jeune porc, et dix gouttes à deux lapins.

« Puis j'ai injecté les mêmes quantités de ce liquide, porté

Août, T. II, 1881.

22

dans un bain-marie à 55°-58° pendant dix minutes, à quatre porcs et à quatre lapins, dans la même région.

» Ces animaux, placés dans des loges différentes, ont été mis en observation. J'ai constaté très facilement le développement et la marche ordinaire de la maladie : tubercule local, et engorgement dur du ganglion parotidien.

» L'infection générale est arrivée très vite chez tous ces animaux : chose assez curieuse, les lapins qui avaient reçu le liquide chauffé moururent avant les autres.

» L'un des porcs fut tué deux mois après l'injection : l'autopsie montra un tubercule local caséeux, un ganglion parotidien énorme, renfermant déjà des points crétacés. Dans le poumon, grande quantité de granulations grises ; tubercules dans la rate et le foie.

» Après le troisième mois, un second porc fut tué en même temps que le témoin qui avait reçu du jus non chauffé. La différence entre les lésions des deux porcs était très faible ; il y avait cependant un état plus avancé chez le dernier.

» Les tubercules pulmonaires des porcs, ayant reçu le jus chauffé furent ensuite inoculés à des lapins qui devinrent tuberculeux. Deux de ces lapins tués après trois mois ont montré de nombreuses lésions dans le poumon, la rate, les reins et les séreuses.

» Deux des porcs inoculés avec le jus chauffé sont encore vivants après cinq mois ; l'un d'eux cependant est près de sa fin.

» Des quatre lapins inoculés avec le liquide chauffé, l'un est mort accidentellement après trente-cinq jours ; le ganglion parotidien était caséeux, mais l'infection générale n'existait pas encore. Les autres lapins sont morts avec tuberculose généralisée, du cent soixante-quatrième au cent soixante-dixième jour ; l'un d'eux même présentait des lésions osseuses extrêmement développées aux membres antérieurs ; les articulations de l'épaule et du bras renfermaient un pus caséeux, les surfaces articulaires et même une partie des diaphyses étaient complètement détruites.

» Quant aux lapins témoins, inoculés avec le jus non chauffé, l'un fut tué quarante-trois jours après l'inoculation. Il présentait des tubercules gris nombreux dans le poumon et le foie. Le second, une lapine, vit encore ; depuis son inoculation elle a fait trois portées ; dans la première, les petits sont morts le lendemain de leur naissance ; la deuxième comprenait cinq petits qui sont conservés, ainsi que ceux de la dernière portée,

pour l'étude de l'hérédité. Comme la mère a en ce moment une tuberculose très avancée, il sera très intéressant de constater les états successifs par lesquels passeront les petits.

» Ces faits, ajoute M. Toussaint, sont significatifs; ils démontrent avec évidence le danger des viandes crues et du jus de muscle à peine chauffé que l'on donne aux enfants et aux personnes débiles. L'infection se fait aussi facilement par l'ingestion que par l'inoculation. Il est même plus vrai de dire que la maladie inoculée par l'appareil digestif marche avec une plus grande rapidité, car tous les ganglions intestinaux peuvent être attaqués en même temps, ce qui implique que les points d'inoculation sont plus nombreux que dans la piqûre simple à la peau.

» C'est généralement la viande du bœuf et de la vache qui est employée à faire le jus de viande; or, beaucoup de ces animaux sont tuberculeux, et, lorsqu'on rencontre dans le poumon des granulations grises, on peut affirmer que l'infection est complète. Cependant, dans les abattoirs, on ne refuse guère que les animaux dont le poumon est entièrement malade. J'ai vu plusieurs fois des poumons renfermant jusqu'à 35 et 40 kilogrammes de matière tuberculeuse provenant de vaches dont la viande avait été mise en vente. »

Ces faits, il faut en convenir, méritent l'attention de l'hygiéniste, surtout si on considère que les liquides de l'économie, le mucus nasal, la salive, la sérosité, l'urine, sont virulents et peuvent donner la maladie, et ils justifient d'un autre côté les craintes que nous exprimions dans un des derniers numéros de la *Revue*, touchant le danger possible des viandes de boucherie provenant d'animaux vaccinés avec le charbon.

Cependant nous ne voudrions pas que, sans plus ample informé, on exagérât les choses au point de troubler les conditions de l'alimentation publique. Depuis fort longtemps, les populations se nourrissent de vaches tuberculeuses et on n'avait pas saisi jusqu'ici la moindre relation de cause à effet, entre la tuberculose animale et la tuberculose humaine. Ce serait donc par là qu'il faudrait commencer avant de conclure. D'un autre côté, M. Chevreul, peu partisan des conclusions de M. Toussaint, a demandé à l'Institut *de lui permettre d'étudier ce sujet au point de vue de l'application de l'analyse chimique immédiate à la constitution matérielle des êtres vivants, dès qu'il aura terminé ses recherches sur la vision des couleurs, recherches dont l'origine remonte à 1826*. Dans ces conditions,

Loût, T. II, 1881.

23

MM. les bouchers peuvent dormir tranquilles. Bornons-nous de notre côté à attendre, en exprimant le vœu qu'on mange le moins possible de la vache, qu'elle soit saine, morveuse, enragée ou tuberculeuse.

2° *Infection tuberculeuse par les liquides de sécrétion et la sérosité des pustules de vaccin.* Dans une seconde communication, M. Toussaint, après avoir cité les expériences de M. Villemain qui démontrent, que le mucus nasal et l'urine provenant d'hommes tuberculeux, peuvent transmettre la tuberculose aux animaux, a donné la relation des expériences qu'il vient de pratiquer, avec les mêmes liquides, sur des lapins : la salive, l'urine, le mucus nasal de la vache tuberculeuse ont communiqué la tuberculose aux lapins. Une injection de quelques gouttes d'urine de truie tuberculeuse a été faite à la base de l'oreille d'un lapin presque adulte. Après quelques semaines, ce lapin a commencé à maigrir, et il est mort, après quatre mois de pneumonie caséuse.

« On peut tirer de ces expériences, dit M. Toussaint, des conséquences importantes au point de vue des précautions hygiéniques à prendre dans les abreuvoirs publics. Il arrive aussi que, dans les laiteries, les animaux de l'espèce ovine qui sont renfermés dans une même étable, très rapprochés généralement, deviennent tuberculeux, ce qu'ils accusent surtout par la toux, l'embonpoint restant communément assez bon, vu la nourriture qui leur est donnée. On cherche à expliquer souvent ce fait par des conditions communes d'air, de lumière et d'alimentation. J'espère qu'il y a plus que des situations hygiéniques, et que dans la plupart des cas il y a contagion. Dans ses belles recherches sur l'infection par les voies digestives, M. Chauveau a parlé de l'infection par l'usage d'un baquet commun chez des génisses. J'ai moi-même signalé un fait de ce genre chez le porc. Or les animaux qui vivent dans les étables boivent et mangent dans des vases communs ; on ne fait pas la moindre différence entre les animaux atteints de phthisie et ceux qui n'en présentent pas les symptômes, et il s'ensuit, en raison des contacts médiats ou immédiats, que la contagion passe inaperçue. »

Enfin, M. Toussaint a vacciné la vache tuberculeuse avec du vaccin pris sur un enfant bien portant. Le huitième jour il a inoculé la sérosité des pustules à quatre lapins et à un porc. Deux lapins tués deux mois après ont montré toutes les lésions de la tuberculose. Le porc présente en ce moment un tuber-

cule bien développé ; il ne sera tué que plus tard, mais il est certain qu'actuellement il est déjà tuberculeux.

« Au moment où la vaccination, dit M. Toussaint, peut devenir obligatoire et avec les tendances actuelles, qui sont de faire passer le vaccin par les animaux de l'espèce bovine, il est nécessaire de bien choisir les sujets qui devront être les producteurs du vaccin. »

Nous ne nous méprenons pas sur la valeur qu'il faut accorder à ces expériences au point de vue de la pathologie humaine. Dans tous les cas, nous pensons avec M. le professeur Vulpian que pour être concluants ces faits devraient être reproduits un très grand nombre de fois et sur des animaux autres que le lapin et le porc, chez lesquels on peut développer la tuberculose par d'autres moyens. Néanmoins nous ne pouvons pas nous empêcher d'en tenir compte immédiatement au point de vue de la vaccination et de la revaccination obligatoires.

Si MM. les députés savaient de combien de mystérieux dangers est entourée l'opération de la vaccination, ils ne voudraient pas sans doute assumer la responsabilité d'une chose aussi grave que l'*obligation*. Nous dirons plus : une question d'honnêteté se pose ici préalablement devant eux, car on ne s'amuse pas à légiférer sur une question dont on ne connaît pas les premiers éléments. De quoi vous mêlez-vous ? serait-on en droit de leur dire.

3^e *Note sur la rage*. — De l'inoculation tuberculeuse à la rage il n'y a qu'un pas, nous sommes toujours dans le domaine des virus. Or, M. Galtier vient faire part à l'Institut de certaines expériences qui lui permettent d'affirmer qu'en injectant le virus rabique dans les veines, non seulement on ne communique pas la rage à l'animal, mais encore on lui communique l'immunité contre cette terrible maladie. C'est le cas ou jamais de dire : de plus fort en plus fort !

Et cependant les faits sont là, prenons-en quatre entre autres :

« 5^e Le 19 avril 1880, inoculation de deux lapins par piqûres et d'un mouton par injection *intra-veineuse* ; mort des deux lapins (rage), le 30 avril et le 9 mai ; réinoculation du mouton par piqûres et injection hypodermique le 24 juin et le 17 octobre ; utilisation du sujet pour d'autres recherches à la date du 25 janvier 1881.

» 6^e Le 3 février 1881, deux moutons reçoivent du virus rabique : l'un en injection hypodermique, l'autre en injection

intra-veineuse; le premier meurt de la rage le 2 mars; l'autre résiste; il est réinoculé par piqûres et scarifications le 13 et le 27 mars, et il se porte bien à la date du 28 juillet.

» 7° Le 13 mars 1881, inoculation d'une chèvre et de trois moutons: l'un des moutons est inoculé par piqûres et meurt de la rage le 22 avril; les deux autres moutons et la chèvre sont inoculés par injection intra-veineuse le 13 mars, puis réinoculés par scarifications le 27 mars; ils se portent bien le 28 juillet et seront réinoculés encore.

» 8° Le 19 février 1881, cinq lapins reçoivent en boisson un mélange d'eau et de salive rabique très riche en virus; trois résistent et deux meurent de la rage le 2 mars et le 9 mars.»

M. Galtier tire de ces faits les conclusions suivantes :

« 1° Les injections de virus rabique dans les veines du mouton ne font pas apparaître la rage et semblent conférer l'immunité.

» 2° La rage peut être transmise par l'ingestion de la matière rabique; et, bien que le lieu où se fait l'inoculation en pareil cas n'ait pas encore été déterminé, il n'en est pas moins démontré qu'il y a danger de contracter la maladie pour toute personne et pour tout animal qui, en quelque circonstance que ce soit, vient à introduire du virus rabique dans les voies digestives.

» J'entreprends la vérification de la donnée de l'immunité par l'injection intra-veineuse, en expérimentant sur le chien, et je suis en voie de m'assurer si l'injection intraveineuse du virus, pratiquée le lendemain ou le surlendemain d'une morsure ou d'une inoculation rabique, peut encore préserver de la rage.»

Nous n'avons aucun motif suffisamment plausible de protester contre ces conclusions. Cependant nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que le résultat de l'absorption efficace du virus est le passage de ce dernier dans le système veineux, et dès lors nous ne voyons pas bien la différence qu'il y a entre l'injection intra-veineuse et l'injection hypodermique. Pour tout concilier, il n'y aurait qu'à admettre l'action immédiate du virus sur le système nerveux.

Telle est, d'ailleurs, l'opinion que vient soutenir M. Duboué dans une communication à l'Institut.

4° *Note sur la rage.* — Selon M. Duboué, le virus rabique, loin d'être absorbé, comme le croit le commun des mortels, se propage depuis le point d'inoculation jusqu'au bulbe rachi-

dien, en suivant certaines des fibres nerveuses qui relient ce centre nerveux à toutes les parties du corps.

« Après avoir cherché inutilement, dit-il, comme les nombreux expérimentateurs qui l'avaient précédé, à inoculer le virus rabique par le sang, M. Pasteur s'est livré récemment à de nouvelles expériences, qui, cette fois, lui ont donné un plein succès; il déclare lui-même qu'elles lui ont été suggérées par l'hypothèse de la transmission du virus de la rage par les nerfs. Cette théorie nerveuse ne m'appartient pas sans doute, pas plus que les données multiples sur lesquelles elle s'appuie, et j'ai eu soin de le déclarer expressément; mais, en coordonnant les documents épars qui existaient déjà dans la science, j'ai été le premier à en établir et à en montrer le fondement solide.

» Quoique M. Pasteur ait bien voulu prêter l'autorité de son nom à la valeur de cette théorie, et aux efforts que j'ai faits pour la remettre en vigueur, je prends la liberté de rappeler à l'Académie quels sont mes titres dans cette question si importante, dont se préoccupent à bon droit les physiologistes et les médecins qui croient devoir l'éclairer par des expériences nouvelles. »

Il nous paraît vraiment étrange que de pareilles hypothèses puissent se produire à l'Institut sans protestation, mais ce qui nous étonne moins, c'est que M. Pasteur (non physiologiste) prête l'autorité de son nom à de semblables utopies. M. Duboué ignore évidemment qu'il y a des organes spéciaux préposés à l'absorption (veines et vaisseaux lymphatiques) et que les éléments histologiques des organes (nerfs, muscles, éléments glandulaires) n'absorbent que le sang nécessaire à leur nutrition. Y a-t-il possibilité d'une certaine imbibition des tissus vivants et dès lors action possible de certains médicaments sur une portion de nerf?

Nous ne le pensons pas. Il est vrai que lorsqu'on sépare du corps un morceau de muscle muni de son nerf moteur pour le plonger dans une solution de curare on obtient la paralysie musculaire.

Mais il ne faut pas oublier qu'on a affaire ici à un corps à peu près inerte, n'opposant aucune résistance *vitale* aux phénomènes de l'imbibition et se laissant modifier dynamiquement par la substance qui le pénètre. Dans le corps vivant, il n'en est plus ainsi : la vie est une force et son premier caractère est de lutter contre les lois physico-chimiques, quand elle

n'a pas à s'en servir dans un but utile. Or, l'imbibition est un des phénomènes contre lesquels elle lutte avec le plus d'énergie. Voyez l'action du bain, presque nulle au point de vue de l'imbibition et de l'absorption. En admettant d'ailleurs la possibilité de l'imbibition dans quelques cas déterminés, reste la question de l'*absorption* qui est une question purement vitale, et, sur ce point, nous pouvons affirmer que les éléments histologiques autres que les veines et les lymphatiques n'absorbent pas. Chaque élément a sa fonction : les uns absorbent, les autres transmettent l'excitation nerveuse, ceux-ci sécrètent l'urine, ceux-là forment de la bile, tous vivent d'une façon spéciale et celui qui absorbe est incapable de faire de la contraction, de l'excitation et de la bile.

Nous concluons de là que, si à la rigueur, le virus rabique peut agir par imbibition sur un point périphérique du système nerveux, cette action reste limitée au point touché, parce que les éléments nerveux n'ont point la propriété d'absorber et de transmettre jusqu'aux centres les liquides qui les pénètrent sur un point de leur étendue. Nous conseillons donc à M. Duboué de chercher une autre théorie de la rage et nous supplions respectueusement M. Pasteur d'y regarder à deux fois avant d'accorder créance à des systèmes qui ne s'accordent pas avec la raison physiologique.

§^o *Héméralopie et fonctions du pourpre visuel.* — M. Parinaud, dans une note communiquée à l'Institut par M. Vulpian, vient de donner une explication de l'héméralopie qui nous paraît très plausible. On sait que cette maladie est caractérisée par un affaiblissement considérable de la sensibilité pour la lumière, affaiblissement tout spécial car il existe dans d'autres affections sans qu'il y ait cécité nocturne. Dans ces dernières, les éléments nerveux sont lésés tandis que dans l'héméralopie c'est la couche pigmentaire, organe sécrétant du pourpre, qui est en cause. M. Parinaud pense que le pourpre sert manifestement d'intermédiaire à l'excitation lumineuse et que du moment où cette substance est altérée l'excitation se fait mal et de là l'héméralopie.

Ainsi expliquée, dit-il, la torpeur rétinienne échappe aux objections formulées contre la théorie de Forster et donne la raison des particularités suivantes : l'anesthésie oculaire se développe le soir, parce que le pourpre altéré ne réagit plus sous les faibles intensités de lumière diffuse.

Une lumière trop vive développe la cécité nocturne ou l'exagère, parce qu'elle détruit le pourpre.

L'héméralopie essentielle s'accompagne parfois d'un trouble léger des membranes profondes de l'œil, parce qu'elle relève d'une lésion de la couche pigmentaire. Enfin, la vision centrale, par un contraste remarquable, conserve son acuité sans même qu'il soit nécessaire d'un éclairage plus fort que dans l'état normal, parce que le pourpre n'imbibe que les bâtonnets (Kühne) et que la *macula*, qui ne renferme que des cônes, ne saurait être directement intéressée par l'altération de cette substance.

« Certaines affections fournissent d'ailleurs la contre-épreuve de ce que l'on observe dans l'héméralopie. Dans l'amblyopie alcoolique, par exemple, on peut observer une altération profonde de la vision centrale, au double point de vue de la perception des formes et des couleurs, alors que la sensibilité pour la lumière est normale.

» Ces faits pathologiques tendent à établir qu'il y a deux espèces de sensibilité oculaire pour la lumière. La première nous donne une sensation lumineuse diffuse, indépendante de toute perception de couleur et de forme. C'est la sensation de *clarté*. Elle est l'attribut des bâtonnets impressionnés par le pourpre.

» La seconde, qui est celle des cônes, nous donne les sensations lumineuses définies qui concourent à la perception des objets, laquelle repose essentiellement sur la propriété de ces éléments de recevoir des impressions lumineuses géométriquement distinctes et de transmettre au sensorium des différences très délicates d'intensité lumineuse et chromatique.

» Ces deux espèces de sensibilité se distinguent d'ailleurs, dans le champ visuel, par une délimitation différente qui correspond précisément à la disposition des bâtonnets et des cônes.

» L'indépendance des deux espèces de sensibilité pour la lumière ne doit pas être considérée comme absolue. Elles sont unies par des rapports fonctionnels qu'il est difficile de préciser.

» Le pourpre n'a pas dans la vision l'importance qu'on a été tenté de lui attribuer après la découverte de Boll. Il est en rapport avec un mode d'impression particulier de la lumière sur les bâtonnets qui nous donnent la sensation de *clarté*. Un des résultats de l'imbibition des éléments nerveux par cette subs-

tance serait de les rendre plus sensibles aux faibles intensités de lumière diffuse. On conçoit que certains animaux dépourvus de pourpre conservent néanmoins une excellente acuité de la vision. Il est probable, toutefois, qu'ils sont plus ou moins héméralopes. Des expériences que j'ai faites sur des poules et des pigeons, dont les yeux n'ont pas de pourpre, ne laissent guère de doute à cet égard. » E. F.

CHIMIE MÉDICALE. — Propriété désinfectante de l'éther nitreux, par M. PEYRUSSON. — M. Edouard Robin a publié dans la *Revue médicale* du 9 avril 1881 un article critique sur une communication que j'avais faite à l'Académie des sciences touchant les propriétés de l'éther nitreux. Voici ce que je réponds à mon honorable contradicteur :

M. Robin commence par nier l'action spéciale de l'éther nitreux comme désinfectant, et par déclarer que l'action est uniquement produite par les vapeurs nitreuses qui résultent de la décomposition de cet éther; de plus, comme cette action a été indiquée depuis déjà longtemps par lui en particulier, il semble conclure que les qualités de l'éther nitreux comme purificateur de l'air sont complètement illusoires.

En réponse à cette manière de voir je ferai observer à M. Robin que dans la communication du 28 février à l'Académie des sciences, je rappelle une communication antérieure faite, en mon nom, à la séance du 9 août 1880. Si M. Robin avant d'écrire son article avait consulté cette première communication il aurait probablement évité cette critique, car il aurait su que, non seulement cette manière d'envisager la réaction était aussi la mienne, mais que c'est même en me basant sur cette théorie que j'ai été amené à expérimenter l'azotite d'éthyle comme désinfectant. Oui, il est vrai que les vapeurs d'éther nitreux se décomposent en produisant des composés nitreux qui sont comburants; l'expérience chimique le démontre et l'action sur les gaz méphitiques le confirme. Il est évident, en effet, que ces vapeurs qui détruisent les gaz putrides avec autant d'activité que le chlore, ne peuvent agir ainsi que par suite d'une décomposition réciproque. Je suis donc d'accord avec M. Robin au sujet de l'analogie d'action des vapeurs nitreuses et des vapeurs d'éther nitreux; mais il n'en existe pas moins une différence capitale entre ces deux corps, car tandis que le premier est extrêmement irritant et impossible à employer dans les locaux habités, le

deuxième n'a qu'une odeur très douce qui le rend agréable et facile à supporter même par les plus jeunes enfants.

Les expériences que M. Robin rappelle sur le pouvoir désinfectant et antiputride des vapeurs nitreuses l'ont certainement convaincu de la supériorité de cet agent sur l'acide phénique et les autres corps employés pour purifier l'air des salles de malades ; il devrait par conséquent, apprécier mieux que personne, l'utilité qu'il y a à les rendre supportables puisque c'est leur action irritante qui les a empêchées d'être employées jusqu'à ce jour. Or, l'éther azoteux remplit ce but d'une façon parfaite, car les éléments comburants qu'il contient sont, pour ainsi dire, dissimulés par l'alcool avec lequel ils sont combinés, si bien qu'on peut l'aspirer directement en grande masse sans qu'il produise aucun effet irritant. Si on l'emploie comme je l'indique, en petite quantité dans l'air, il se décompose et les vapeurs nitreuses se produisent à l'état naissant, c'est-à-dire douées de beaucoup plus d'activité qu'à l'état libre et comme cette décomposition est surtout produite au contact des corps organiques qui sont disséminés dans l'air, les vapeurs nitreuses sont encore, dans ce cas, dissimulées par les matières auxquelles elles se combinent.

Je crois inutile d'insister sur la différence considérable qui existe entre cet éther et les divers éthers qui possèdent bien le pouvoir antiputride signalé par M. Robin, mais à un degré qui n'est pas comparable, par suite de la différence des produits de décomposition.

M. Robin s'appuyant sur une théorie et des expériences qui ne me semblent pas s'appliquer au mode d'emploi que je préconise pour l'éther azoteux, déclare qu'il lui semblerait merveilleux qu'un antiputride fût inoffensif. A cela je répondrai que mes expériences, confirmées aujourd'hui par divers expérimentateurs (1), démontrent que les vapeurs d'éther nitreux détruisent les germes putrides qui sont dans l'air d'une façon dont l'action des autres antiseptiques ne peut donner aucune idée : et cependant, les expériences chimiques, aujourd'hui nombreuses, démontrent que ce corps est inoffensif pour les plus jeunes enfants qui peuvent naître et vivre pendant les premiers mois, dans une atmosphère qui en contient d'une

(1) M. Lulliot, en particulier, a obtenu des résultats analogues aux miens, et communication en a été faite à l'Académie des sciences par M. Wurtz, dans la séance du 4 avril 1881, alors que ma première communication sur le même sujet date du 9 août 1880.

façon très perceptible à l'odorat sans être le moins du monde incommodés.

Malgré cela il n'est nullement question de contester les expériences de M. Robin, non plus que celles de Flourens, au sujet des propriétés anesthésiques de l'azotite d'éthyle *dans des conditions absolument différentes*. J'ajouterai même que la théorie dont parle M. Robin, d'après laquelle les antiputrides seraient aussi anesthésiques, me semble confirmer, par réciprocité, l'opinion que j'ai émise à la suite de mes expériences, que l'éther azoteux agit non seulement par les produits de sa décomposition qui sont comburants comme l'ozone, mais que cet effet est augmenté d'une action spéciale sur les germes de putréfaction qui peut être la conséquence de ses propriétés anesthésiques.

Enfin, serait-ce beaucoup s'aventurer que de croire à l'innocuité relative des anesthésiques en inhalation? Ne faut-il pas, pour produire l'anesthésie, non seulement une forte dose de produit anesthésique, mais ne le faut-il pas, surtout à un grand état de concentration? Quelle dose de chloroforme serait nécessaire pour anesthésier seulement à 20 centimètres des narines?

Combien de kilogrammes en faudrait-il pour rendre anesthésique l'air d'un appartement de 100 mètres cubes qui pèse 130 kilogrammes. Et si, d'autre part, on peut s'étonner que j'avance qu'une petite quantité de vapeurs d'éther nitreux suffit pour purifier une grande masse d'air, qu'on songe avec quelle efficacité agit l'ozone dont l'action est analogue et qui opère à la dose de quelques *cent-millièmes*.

Je n'ai pas à réfuter ce que dit M. Robin à propos de la nature de cet éther, non plus que ce qu'il dit de l'action frigorifique, car dans le dernier alinéa de son article, M. Robin fait lui-même, très consciencieusement, observer qu'employant l'éther dilué dans trois parties d'alcool, ces critiques ne sont pas fondées.

Ce n'est rien exagérer que de dire qu'on n'a actuellement aucun moyen de débarrasser l'air des salles de malades des gaz et des germes morbides qu'il contient toujours en quantité, et je crois qu'un agent susceptible de remplir ce double but, est appelé à rendre de grands services à la médecine et à la chirurgie.

REVUES CLINIQUES

CLINIQUE MÉDICALE DE SAINTE-ANNE

LEÇON DE M. LE PROFESSEUR BALL

Anatomie pathologique de la paralysie générale progressive.

Dès le début de ses recherches l'observateur est souvent embarrassé par le nombre de faits accumulés dans la science et par leur contradiction plus ou moins fréquente. Les lésions constatées à l'œil nu, qui avaient paru si nettes aux premiers observateurs, peuvent parfois manquer, bien qu'elles appartiennent à la paralysie progressive, et leur absence pourrait donner lieu quelquefois à des erreurs si l'on n'avait le microscope pour éclairer la question. Et cependant lui-même ne réussit pas toujours, et des lésions d'ordre différent peuvent constituer la paralysie générale.

Si dans une autopsie nous ouvrons le crâne d'un de ces paralytiques, et que nous en extrayions le cerveau, la lésion qui nous frappe réside à première vue dans la forme et dans l'apparence de la masse encéphalique; lésion caractérisée par une atrophie générale affectant l'ensemble de l'organe, son poids et son volume, caractérisée aussi par une atrophie localisée. On constate avant tout un affaiblissement, une atrophie de la région frontale, puis un collapsus général; le cerveau ne se tient plus, mais il s'affaisse sur la table perdant son ampleur, son volume et sa consistance.

Sa circonférence n'est plus ovoïde mais irrégulière, et présente des saillies analogues à celles d'un terrain bouleversé. La balance nous indique une diminution en poids et en volume d'autant plus notable que le cerveau, à cette époque de la vie, est dans son entier développement. L'homme atteint de paralysie générale meurt généralement entre 35 et 45 ans, c'est-à-dire à l'époque où l'état fonctionnel est le plus grand.

Si ce premier coup d'œil jeté sur la masse encéphalique nous passons aux détails, nous constatons une lésion primordiale caractérisée par un épaissement de l'arachnoïde. Cette membrane en effet est opaque, blanchâtre, lactescente dans certains points de prédilection, c'est-à-dire au niveau des

lobes temporaux et surtout des lobes antérieurs, des lobes frontaux et de la convexité de l'encéphale; tandis qu'il existe une immunité absolue des lobes postérieurs ou occipitaux. Il ressort donc immédiatement de ces faits une prépondérance en avant des lésions méningées ce qui, en effet, est une règle générale.

Si nous examinons avec plus d'attention cette arachnoïde, non seulement nous constatons la présence des taches blanches opaques, que nous venons d'indiquer, mais encore celle de tractus parallèles aux vaisseaux dont ils dessinent les sinuosités et surtout l'existence presque constante de filaments blanchâtres, de tractus unissants faisant adhérer l'arachnoïde par sa face supérieure à la dure-mère, par sa face inférieure à la pie-mère.

Cette dernière est aussi notablement épaissie, tenace, résistante, plus difficile à se déchirer que sur un cerveau normal; elle est le siège d'altérations profondes; on remarque à sa surface des îlots vasculaires, de véritables réseaux capillaires contrastant avec la pâleur des points voisins, dus les uns à une hyperémie manifeste, les autres à une infiltration séreuse que l'on retrouve encore au dessous de la pie-mère où elle vient combler les vides et les lacunes qui peuvent exister.

Ces différentes lésions de la pie-mère correspondent exactement comme siège à celles de l'arachnoïde, c'est-à-dire à ses plaques blanchâtres, opaques et lactescentes.

Nous retrouvons donc dans ces différentes lésions la même prédilection pour les lobes frontaux et la convexité de l'encéphale, tandis que la même immunité réside dans les lobes postérieurs.

Mais une étude nécropsique du cerveau serait incomplète si l'on négligeait les artères de la base. On ne rencontre pas dans celles-ci ces lésions athéromateuses si fréquentes dans les différentes maladies de l'encéphale, en raison de l'âge des sujets qui sont dans la décade prépondérante de la vie, c'est-à-dire, comme je le disais tout à l'heure, de 35 à 45 ans. A cet âge, en effet, les artères ne sont pour ainsi dire jamais athéromateuses. On peut être, je le sais, paralytique à 50 ans, mais les paralytiques généraux ne sont pas athéromateux; ce ne sont pas de vieux ramollis, pour employer une expression un peu commune certainement, mais qui rend bien ma pensée. Les vaisseaux, au contraire, sont dilatés, ils sont augmentés de calibre.

Si, ces premiers faits posés, nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble du cerveau, nous trouvons une atrophie des circonvolutions, surtout dans la région de prédilection. Aussi, d'après tous les faits que nous venons d'énumérer, le diagnostic de la paralysie générale peut-il, dans la majorité des cas, être fait à la suite d'un premier coup d'œil jeté sur l'ensemble du cerveau.

Lorsque l'on cherche à enlever les méninges, on voit des adhérences plus ou moins nombreuses unir la surface des circonvolutions à la membrane d'enveloppe, tant et si bien que l'on arrache avec la pie-mère une portion de la substance grise. Les points adhérents sont ou très circonscrits ou très étendus, rares ou nombreux, mais toujours limités au sommet des circonvolutions sans jamais descendre ou pénétrer dans leurs sillons ou leurs anfractuosités, et, dans un cerveau réellement malade, les membranes happent à la substance cérébrale même sans qu'il existe la moindre adhérence.

Les pertes de substance dans l'arrachement de la pie-mère sont donc ainsi sinueuses, anfractueuses, irrégulièrement disséminées, ressemblant à la figure d'un sujet sur laquelle la variole s'est imprimée en caractères indélébiles.

La localisation de ces adhérences est la même que celle des lésions des méninges, c'est-à-dire toujours en avant et sur la convexité, la région postérieure restant absolument indemne.

Vous le voyez, il y a donc, dans la paralysie générale progressive, une loi générale que toutes les lésions sont absolument localisées dans les parties les plus nobles de l'encéphale tandis qu'elles respectent constamment les lobes occipitaux.

Ces adhérences de la pie-mère bien que très fréquentes, ne sont pas constantes et si nous en croyons les auteurs anglais qui se sont occupés de cette question, elles manqueraient dans un cinquième des cas. Ce sont principalement les cas où la maladie est caractérisée par une évolution rapide et par une mort prompte, ceux où il y a comme une sorte d'urticaire du cerveau, si l'on peut ainsi dire, qui ne laisse aucune trace de son passage. Il en est de même aussi parfois dans les paralysies générales à évolution des plus chroniques, où les circonvolutions s'atrophient tellement qu'elles ne conservent aucune trace des lésions méningo-encéphaliques.

Bien que la plupart du temps très apparentes, il faut savoir chercher ces adhérences avec soin, d'autant plus que le sommet du cerveau est difficile à bien dépouiller de ses

enveloppes et, par suite, les lésions peuvent échapper à l'œil de l'observateur. Aussi est-il généralement d'une sage précaution de faire durcir le cerveau en le laissant macérer pendant plusieurs semaines dans une solution d'acide nitrique au dixième. Par suite, la pie-mère détruite on lit sur le cerveau avec la plus grande facilité les lésions imprimées en creux, vestiges des adhérences détruites.

Continuant l'étude nécropsique par une coupe du cerveau, on voit une atrophie de la substance corticale du cerveau, telle parfois qu'elle se trouve réduite à un millimètre d'épaisseur, et qu'au-dessous la substance blanche est à son tour altérée. Elle est indurée, comme sclérosée, jaunâtre et facilement dépouillable de la substance grise.

Quant aux parois osseuses, on trouve chez beaucoup de malades un épaissement de la voûte du crâne ou tout au moins une vascularisation plus grande, une vascularisation du diploé, une congestion du tissu osseux avec teinte plus ou moins rouillée, enfin parfois un ramollissement des os du crâne, ainsi que des adhérences de la dure-mère au tissu osseux, non point solides comme chez les vieillards aliénés, mais molles et faciles à détacher, et la surface interne de la dure-mère est également rouillée.

Les sinus de l'encéphale sont gorgés de sang et quelquefois l'on trouve les véritables lésions d'une pachyméningite hémorragique et des kystes sanguins. Enfin les cavités de l'encéphale, les ventricules, sont assez souvent dilatées et remplies d'une certaine quantité de sérosité.

Toutes les lésions que nous venons d'énumérer, n'auraient, si l'on ne rencontrait que l'une d'elles, aucune importance sérieuse dans l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale, tandis qu'elles n'acquièrent une valeur véritable que par leur réunion, par leur ensemble véritablement caractéristique de cette affection, et c'est par l'atrophie progressive que l'on peut expliquer les symptômes d'une déchéance continue du malade.

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE MATIÈRE MÉDICALE

De la résorcine et de son emploi en thérapeutique. — L'étude de la résorcine est à l'ordre du jour : la Société de thérapeutique s'en est occupée à diverses reprises ; dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, M. Desjardins-Beaumetz, lui consacre un long et intéressant mémoire, et M. le Dr Callias en a fait récemment le sujet de sa thèse inaugurale.

Cette substance, baptisée du nom de résorcine, à cause de sa ressemblance avec l'orcine tirée de l'orseille, a été découverte vers 1860 par deux chimistes viennois Hlasiwetz et Barth, obtenue d'abord en traitant par la potasse le galbanum, elle fut extraite plus tard de l'assa foetida, de la gomme ammoniacque, du sagapenum, etc.

Cette substance qui appartient à la série aromatique se présente sous la forme de cristaux purs, d'un blanc éclatant, restant absolument incolores quand ils sont exposés à l'air et à la lumière. Elle possède une très faible odeur rappelant celle de l'acide phénique ou de l'acide benzoïque, une saveur sucrée à peine amère et produit sur la langue une légère réfrigération.

Très soluble dans l'eau, dans les proportions de 95 0/0, à la température ordinaire, elle l'est également dans l'éther, l'alcool, la glycérine, la vaseline, etc., mais non dans le chloroforme et le sulfure de carbone.

La résorcine est un puissant antiputride et antifermentescible. Les pièces anatomiques se conservent très bien dans une solution aqueuse au centième.

Les tissus déjà macérés ou en putréfaction, l'urine en décomposition, perdent leur odeur au contact d'une quantité relativement faible de résorcine.

Elle retarde ou empêche la fermentation alcoolique et lactique. Le lait qui en renferme de 2 à 5 grammes 0/0 se conserve sans aucune altération pendant plus de cinquante jours. Antifermentescible à 1 0/0, elle devient antiputride à 1.50 0/0.

Elle possède un pouvoir toxique inférieur à celui de l'acide phénique : administrée à un animal à la dose de 30 à 60 cen-

tigrammes par kilogramme du poids du corps, la résorcine produit un tremblement, des convulsions cloniques et amène l'accélération de la respiration et de la circulation, le tout disparaissant dans l'espace d'une heure.

La sensibilité et la conscience restent intactes.

A partir de 60 centigrammes par kilogramme, des vertiges intenses et la perte de connaissance surviennent; la sensibilité est obtuse; les convulsions cloniques sont violentes et fréquentes et se localisent surtout à la moitié antérieure du corps de l'animal. La respiration et la circulation sont très accélérées; la température est peu influencée.

Enfin, à la dose de 90 centigrammes à 1 gramme par kilogramme, la mort survient au bout de trente minutes avec contractures tétaniformes des muscles de la nuque.

La résorcine n'a aucune influence sur l'état morphologique du sang, excepté lorsqu'elle est mise en contact direct et prolongé avec le liquide sanguin.

Elle s'élimine presque totalement par les urines, et cela très rapidement, puisque sa présence dans l'urine apparaît une heure environ après son ingestion.

Ce que nous venons de dire des propriétés de la résorcine justifie suffisamment les essais qu'on a tentés contre les maladies dues à des germes contagieux. On est même sorti de ce cadre; après avoir résumé les conclusions des auteurs en ce qui concerne la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente, nous verrons quels résultats ont été obtenus dans le rhumatisme articulaire aigu et certaines maladies des voies digestives.

Dans la *fièvre typhoïde* la résorcine ne paraît être d'aucune utilité; la marche de la maladie n'est pas sensiblement modifiée et on n'observe aucun abaissement thermique. C'est là un résultat négatif en contradiction avec les conclusions de Lichtheim, qui a obtenu un abaissement momentané de la température pouvant aller jusqu'à 3 degrés. Cette action antithermique est bien plus marquée dans les fièvres intermittentes et les cas légers de typhus abdominal que dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'érysipèle, etc. Est-ce le cas de répéter qu'un remède *bon* pour les Allemands est *mauvais* pour les Français? Ces résultats contradictoires paraissent plutôt dus au mode d'administration.

Lichtheim prescrit la résorcine à dose massive, 2 à 4 grammes en une seule fois. M. Dujardin-Beaumetz, redoutant les incon-

vénients de la légère causticité du remède, l'administre avec plus de prudence, ne dépassant pas la dose totale de 50 centigrammes à 2 grammes dans la journée.

Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, l'emploi de la résorcine est moins fécond en heureux résultats que celui du salicylate de soude. Néanmoins son action bienfaisante est manifeste : les douleurs disparaissent en deux ou trois jours ; les phénomènes inflammatoires cèdent en une ou deux semaines au maximum et dans quelques cas, un épanchement dans les articulations des genoux s'est rapidement résorbé.

Dans le traitement de la *fièvre intermittente*, la résorcine doit, si l'on en croit Lichtheim, prendre rang à côté du sulfate de quinine. Les effets sont rendus évidents par une rapide diminution du volume de la rate, et grâce à son absorption presque instantanée, elle offre sur le sulfate de quinine l'avantage de pouvoir être administrée même au milieu de l'accès. Les doses prescrites par l'auteur allemand, s'élèvent à 2 à 4 grammes dans la journée, elles peuvent être doublées au besoin.

La résorcine peut être également prescrite avec avantage contre certaines maladies des voies respiratoires, en particulier, dans la *phthisie à marche lente* et dans la *gangrène pulmonaire*. On l'administre dans ce cas en pulvérisation, sous forme d'une solution aqueuse étendue de 1 à 2 0/0.

Dans les maladies catarrhales chroniques des *voies urinaires*, on pourra également l'employer en injections vésicales ou à l'intérieur, à petites doses renouvelées plusieurs fois par jour.

Enfin ce médicament a rendu à Soltmann des services signalés dans le traitement du *choléra infantile* et la *dysenterie*. Andeer s'en est servi avec fruit pour faire, dans l'estomac, des lavages désinfectants.

Des expériences tentées à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Perrier, montrent que le véritable avenir de la résorcine réside principalement dans ses applications externes.

Des pansements journaliers, faits avec une solution de 1 0/0, modifient rapidement l'aspect des plaies qui deviennent rouges et colorées. Les bourgeons charnus naissent et se développent rapidement, la suppuration diminue et l'odeur nauséabonde disparaît. Des ulcères variqueux, scrofuleux, syphilitiques, ont été guéris avec une rapidité remarquable. Sous l'influence d'injections buccales, des fausses membranes diphthériques ont disparu sans se reproduire.

En résumé, la résorcine est un médicament qui mérite de

prendre place, en chirurgie, à côté de l'acide phénique dont elle n'a pas les inconvénients. Dans la pratique médicale elle est aussi appelée à rendre des services, mais il nous semble que ses indications, encore vagues, ont besoin d'être formulées avec plus de précision et étayées par des recherches nouvelles.

Corps étrangers de l'estomac. Opportunité d'un traitement. — Quelle conduite doit-on tenir en présence d'un enfant qui vient d'avaler une pièce de monnaie, un sou, par exemple?

Cette question, adressée à ses collègues de la Société de thérapeutique par M. Guyet, a soulevé une discussion que son importance pratique nous engage à résumer.

Le problème doit être considéré sous deux rapports différents : il faut examiner les inconvénients du sou comme corps étranger et comme toxique. En tant que corps étranger le sou introduit dans l'estomac est le plus souvent inoffensif. Pourtant, dans quelques cas, des accidents convulsifs se sont produits, mais sans aucune gravité. La tolérance de l'estomac pour les corps étrangers est d'ailleurs démontrée par les faits les plus extraordinaires : les exemples pullulent : M. Potain a trouvé à l'autopsie d'un homme mort d'intoxication saturnine vingt-deux balles de plomb contenues dans l'estomac. M. Gougenheim rappelle le cas de cet Aïssaoua dans l'estomac duquel on trouva toute une cargaison de clous avalés pour la distraction des badauds. Qui ne se rappelle la retentissante histoire de l'homme à la fourchette? Une tolérance aussi complaisante prouve donc l'inutilité de l'intervention médicale. Tel est du moins l'avis de MM. Dujardins-Beaumetz et C. Paul. Mais il y a lieu d'établir des distinctions. Si le corps étranger, une fois dans l'estomac, n'est pas nuisible, il n'en est pas de même quand il s'arrête en chemin et reste dans l'œsophage. Sa présence peut alors entraîner les plus graves désordres. Il n'y a pas à hésiter, il faut l'extraire, le déloger d'une façon ou d'une autre. Si cependant il s'agissait d'un corps de petit volume, une aiguille, une épingle, par exemple, il n'y a pas à intervenir, l'épingle finit par faire son chemin à travers les tissus et arrive à la peau.

Reste la question d'empoisonnement cuprique. M. Paul pense que cet accident n'est pas à redouter, le cuivre à l'état métallique n'étant pas toxique. Ne voit-on pas, en effet, les ouvriers qui travaillent ce métal, vivre dans une atmosphère chargée

de poussière de cuivre, qu'ils absorbent évidemment par le voies respiratoires mais qu'ils éliminent activement par les urines? Il suffit, pour s'en convaincre, de remarquer la coloration spéciale des murs de la fabrique le long desquels les ouvriers déposent leur urine.

Sans doute le cuivre n'est pas aussi toxique qu'on le croit généralement, mais néanmoins les sels sont doués, ainsi que le fait remarquer M. Trasbot, d'une certaine activité toxique. Si, chez le chien qui vomit aisément, on produit difficilement l'empoisonnement par le sulfate de cuivre, il n'en est pas de même chez le cheval.

On trouvera dans l'excellent article de M. Ch. Monod sur les corps étrangers (1) des exemples nombreux à ajouter aux faits produits devant la Société de thérapeutique. Presque toujours les corps étrangers ont été rejetés par les voies naturelles, au prix de quelques douleurs, mais sans accident grave. Il y a eu cependant des exceptions, et pour parer aux accidents possibles, il ne paraît pas déraisonnable de favoriser la progression et l'expulsion des corps étrangers. Dans ce but, une pratique bien simple, qui a été souvent suivie de succès, consiste à faire prendre au malade une nourriture très riche en féculents, des pommes de terre, par exemple, de façon à former une pâte consistante qui englobe et entraîne le corps étranger.

F. LEPRÉVOST.

Formulaire

Remède contre la migraine : (Rev. de therap.)

Sulfate de quinine.	1 gr. 50 cent.
Caféine.	1
Acide tartrique.	1
Morphine.	0 05
Sucre blanc.	10

M. s. a.

Divisez en cinq paquets. En prendre un matin et soir.

Traitement de l'alopecie : (Lafond. Union pharm.)

Teinture de quinquina.	} aô. P. E.
Teinture d'arnica.	
Teinture de feuilles de jaborandi.	

M. s. a.

Lotions matin et soir.

(1) Dictionnaire encyclopédique.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

La cellule géante de l'ovaire (*Lo Spallanzani*). —

L'auteur expose en quelques mots la bibliographie de la cellule géante et rappelle les travaux qui ont été déjà faits par de nombreux observateurs. Il rapporte ensuite les résultats de ces observations. Il étudie la cellule géante des ovaires d'une vache dont le parenchyme était lisse, brillant, homogène et de teinte blanchâtre dans certains points et jaune foncé dans d'autres points. Les zones blanchâtres étaient constituées par du tissu conjonctif. Dans les parties jaune foncé on trouvait une énorme quantité de ces cellules qu'on appelle géantes, de forme et de grandeur très variées et mélangées d'éléments cellulaires plus petits sans traces de substance intercellulaire bien définie. La méthode dont se servait l'auteur pour en étudier les rapports fut la suivante: imbibition des coupes dans le liquide de Beale (carmin) pendant 24 heures; ensuite immersion dans une solution aqueuse saturée d'acide picrique pendant 2 ou 3 minutes, lavage à l'eau, déshydratation par l'alcool, conservation dans l'huile de girofle. Dans les préparations ainsi obtenues, l'auteur put observer que ces cellules géantes occupaient les espaces libres d'un réseau formé par des vaisseaux sanguins desquels ils étaient séparés en plusieurs endroits par un très petit espace libre. Cette disposition qu'il n'avait jamais observée ni sur d'autres préparations, ni sur celles qu'il avait faites avec des organes pathologiques, détermina l'auteur à exclure l'idée que les vraies cellules géantes soient des sections de vaisseaux sanguins ou lymphatiques oblitérés, mais lui firent admettre qu'elles sont de vrais organismes élémentaires dans les divers processus morbides.

Il y a peu de temps encore, un des représentants les plus autorisés en France de l'histologie pathologique, dans une communication faite à une société savante, avouait que la clinique bien mieux que le microscope, permettait de juger de la véritable nature de certaines lésions tuberculeuses. La clinique seule, suivant le même auteur, pouvait montrer les différences qui séparent deux affections en apparence homogènes si l'on s'en tient à l'examen histologique. Les observations de l'auteur italien viennent montrer une fois de plus que la question des cellules géantes est loin d'être jugée. Elles ex-

pliquent dans une certaine mesure l'aveu auquel nous avons fait allusion plus haut. Cet aveu, du reste, a dû d'autant moins coûter à celui qui l'a fait que chez lui le micrographe est doublé d'un clinicien consommé.

Le nitrite d'amyle contre l'empoisonnement par le chloral, par le Dr COGHILL. (*Scienze mediche*). — Appelé près d'un vieillard qui avait pris une forte dose d'hydrate de chloral, l'auteur le trouva sans connaissance, cyanosé, avec la respiration lente et difficile (4 mouvements respiratoires à la minute), les pupilles très contractées. Se basant sur ce dernier symptôme, il lui fit respirer 20 gouttes de nitrite d'amyle versées sur un mouchoir. En quelques minutes la cyanose disparaît, la respiration devient plus profonde et plus fréquente. On continua à administrer de petites doses de nitrite d'amyle toutes les deux heures. Le lendemain le malade prit un peu d'eau-de-vie, quelques aliments et put parler; le soir il semblait être mieux quand il se leva tout à coup comme épouvanté, jeta un cri et tomba mort. L'auteur pense que cette terminaison fatale eût pu être évitée si on avait répété l'administration du médicament et augmenté sa dose.

Traitement du croup par le sulfate de zinc, par le Dr FUBALA (*Scienze mediche*). — Le docteur Fubala a présenté à la Société de médecine de Vienne un tableau de 72 cas de croup traités de la même manière. Dans 62 cas l'auteur a dirigé le traitement en personne; dans 8 cas ce traitement fut dirigé par d'autres médecins; dans 2 autres il fut appelé en consultation, 6 enfants sont morts. Il s'agissait de croup confirmé et non pas de laryngite catarrhale ou de diphthérie, 62 enfants ont été guéris sans opération. Il est impossible que dans l'espace de trois ans, 72 erreurs de diagnostic aient été commises. Du reste, dans dix cas le diagnostic fut contrôlé par d'éminents cliniciens dont le talent est au-dessus de toute discussion.

La méthode consiste dans l'usage d'une solution de sulfate de zinc (15 grammes pour 200 grammes d'eau). On l'introduit dans le larynx au moyen d'un pinceau (5 à 10 applications consécutives). Quand l'enfant résiste absolument à cette opération, il faut recourir à l'emploi d'une seringue pharyngée dont l'extrémité est percée de petits trous comme la pomme d'un arrosoir. Pour éviter les effets nuisibles de la substance médi-

camenteuse sur l'estomac, on fait ingérer aussitôt l'injection une certaine quantité de lait.

Le sulfate de zinc en coagulant l'albumine dissoute, amène une rétraction notable de l'exsudat du larynx.

Herpès du larynx par le Dr BEREGSZASKI (*Scienze mediche*). — L'auteur expose avec beaucoup de détails, la forme symptomatique et les résultats de l'examen laryngoscopique de cette maladie.

En même temps que les manifestations d'une inflammation plus ou moins intense de la muqueuse laryngée et des altérations de la voix, par suite de l'occlusion imparfaite des cordes vocales, on trouve la surface du larynx recouverte d'un exsudat sous forme de flocons de couleur rouge foncé de la dimension d'une petite lentille à un grain de millet. Au bout de deux ou trois jours on voit apparaître des vésicules qui s'ouvrent en laissant des solutions de continuité en forme d'érosions ou de petits ulcères. Ces vésicules font éruption à des intervalles variés, on peut observer chez le même sujet toutes les phases de même éruption.

L'apparition simultanée des manifestations herpétiques sur la langue, sur les lèvres et le pharynx se montrant quelquefois facilite le diagnostic.

Comme phénomène subjectif, l'auteur indique une sensation de douleur pendant la déglutition et la phonation; comme une sensation de pression et de brûlure dans la gorge.

Le malade guérit ordinairement sans aucune médication. C'est ce qui rend nécessaire l'exactitude du diagnostic pour éviter la confusion possible avec une autre maladie, comme la syphilis, par exemple, qui exige un traitement spécial.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 16 août.

Présidence de M. LEGUEST.

Presque personne dans la salle des pas-perdus; les promeneurs y ressemblent à des ombres; je veux dire à des *revelants*; Paris, en effet, a émigré aux champs ou à la mer.

Dans la salle des séances, des rangs de fauteuils vides lèvent au plafond leurs bras désolés. On aperçoit côte à côte

MM. Depaul et Roger, un peu plus bas M. Bourgoin ; là-bas dans la pénombre M. Bourgoin, M. Colin, du Val-de-Grâce.

M. Jules Guérin est à son poste. Le vénérable M. Briquet lit d'une voix enrouée un mémoire sur les hystériques « mémoire auquel, dit M. le Président, l'Académie prend le plus vif intérêt ». M. Hervieux enfin cumule avec joie et empressement les fonctions de secrétaire perpétuel et de secrétaire annuel.

M. Bergeron n'est pas là. La presse, par exemple, cette éternelle et infatigable travailleuse ne chôme point ; tous nos confrères sont à leur poste.

M. Depaul présente une pièce anatomique constituée par un fœtus expulsé en entier, avec les membranes non rompues après une grossesse de 10 mois 1/2 à 11 mois. Le fœtus était mort vers le cinquième mois ; le fait résulte des constatations opérées par M. Depaul sur la mère lors de son entrée à l'hôpital des cliniques. M. Depaul trouva, en effet, que l'utérus n'avait pas la forme globuleuse, et ne donne pas la sensation régulière d'élasticité molle. Eclairé par les renseignements que lui fournit la mère, jeune femme de 22 ans, qui, avec toutes les apparences de la santé, était atteinte d'accidents syphilitiques, il diagnostiqua la mort du fœtus. La mère est aujourd'hui parfaitement remise du travail de l'accouchement. Ce fait est surtout intéressant en ce qu'il prouve une fois de plus que le long séjour dans le sein de la mère d'un fœtus mort ne provoque aucun accident quand les membranes de l'œuf sont intactes.

M. Briquet, commence la lecture d'un mémoire relatif aux conditions susceptibles de prédisposer à l'hystérie. Pour M. Briquet, comme on sait, l'hystérie est ainsi nommée à tort, attendu qu'elle peut exister chez des individus qui n'ont pas d'utérus. Cette affection est une névrose générale, dont la gravité est très variable, dont les manifestations se modifient en même temps que le mal évolue depuis le simple malaise jusqu'aux crises les plus violentes.

Nous voulons ici saluer avec la sympathie qu'il mérite la rentrée en scène de M. Briquet. Autant que qui que ce soit, et beaucoup plus que certains praticiens plus amoureux du bruit que de la science, M. Briquet a le droit de parler de l'hystérie. Il connaît à fond, il a étudié toute sa vie cette affection redoutable, véritable protégée qui s'est dérobée si longtemps aux investigations les plus persévérantes. L'auteur commence par signaler l'hérédité parmi les causes prédisposantes. Sur 418

hystériques observés et dont les antécédents étaient suffisamment connus 180 comptaient des ascendants hystériques.

M. Jules Guérin présente un enfant qui était atteint d'un pied-bot varus-équin prononcé du côté gauche, et d'un pied-bot planto-valgus du côté droit; chacune de ces variétés, en rapport avec la rétraction des muscles et tendons qui l'a produite, le varus-équin, avec la rétraction des jumeaux et soléaire, jambier antérieur, jambier postérieur et fléchisseurs des orteils; le planto-valgus avec la rétraction des jumeaux, des péroniers antérieurs et latéraux, et des extenseurs des orteils.

De cette corrélation entre les agents de la difformité et les formes qu'ils avaient déterminées, naissait l'indication des sections tendineuses à opérer pour remédier aux différents éléments de chaque difformité : pour le varus-équin, la section du tendon d'Achille, des jambiers antérieur et postérieur, et fléchisseurs des orteils, pour le planto-valgus, la section du tendon d'Achille, des péroniers antérieur et postérieur, et des extenseurs des orteils. Ce sont, en effet, ces différentes opérations qui ont été pratiquées par la méthode sous-cutanée, chez cet enfant.

M. Jules Guérin met sous les yeux de l'Académie le moule en plâtre des difformités avant le traitement, et à côté, l'enfant dont les deux pieds ont été redressés.

M. Jules Guérin présente ce cas comme un spécimen de deux variétés de pieds-bots qui se trouvent très rarement réunies chez le même sujet, et qui offrent la double confirmation de la théorie qui les explique et du traitement qui les guérit. Mais il est essentiel d'ajouter, dit **M. Guérin**, que ces guérisons, pour être complètes, exigent le concours des manipulations et des appareils orthopédiques appropriés; les premières, les manipulations, comme moyen de réduire graduellement les déplacements articulaires; les seconds, comme moyen de maintenir ces réductions.

M. Delthil, médecin à Nogent-sur-Marne, rend un réel service à l'hygiène publique en signalant à l'Académie les dangers de l'emploi de l'alun dans les préparations culinaires.

L'alun pur est un sulfate acide double d'alumine et de potasse; tel que le commerce nous le livre aujourd'hui, c'est un sulfate d'alumine et d'ammoniaque, provenant, il faut bien le dire, de la manipulation des vidanges.

L'alun ammoniacal attaque vivement le cuivre, en raison de la grande affinité de ce métal pour l'ammoniaque. Il se forme

done, quand le sel et le métal sont en contact, un sulfate double de cuivre et d'ammoniaque, très soluble, et par conséquent, très vénéneux. C'est la substance qui se trouve parfois dans la crème du gâteau dit « le Saint-Honoré ». Cette crème est faite avec des blancs d'œufs additionnés d'alun et battus sans eau dans un bassin de cuivre. L'alun est là pour donner à la crème un aspect gras, mat, pour la durcir en coagulant l'albumine de l'œuf.

M. Delthil a observé, à diverses reprises, à Nogent, des cas d'intoxication chez quinze personnes ayant mangé du gâteau en question. D'autres cas se sont produits à sa connaissance, mais dans la clientèle de ses confrères; il n'en parle point.

Les symptômes de l'empoisonnement sont violents et rappellent l'action des *éméto-cathartiques* : vomissements répétés jusqu'à cinquante fois, algidité, cyanose, syncope, aphonie, crampes, anurie, résolution des forces. On croirait avoir affaire à un accès de choléra.

Après des investigations minutieuses, M. Delthil est parvenu à démontrer sans réplique que l'intoxication n'était due ni à la mauvaise construction des fours, ni à l'emploi pour les chauffer de bois de démolitions contenant de la céruse, ni à la fermentation lactique, ni à la malpropreté des vases de cuivre, ni à la présence des ptomaines, mais bien réellement à la présence du sulfate de cuivre dans la crème.

L'alun est aussi employé dans la préparation des conserves de viande. La loi interdisant aux industriels d'introduire dans leurs produits du sulfate de cuivre, les industriels éludent la loi en formant de toutes pièces ledit sulfate par la mise en contact de l'alun et du vase de cuivre qui sert à leurs manipulations.

L'alun sert également dans la panification; il a causé de ce chef quelques accidents: il a pour but principal de dissimuler la fraude, en rendant possible l'addition à la farine de froment des farines de féverolles, de haricots et de lentilles. Ces dernières farines manquent d'élasticité et de plasticité; et c'est grâce à l'alun que le boulanger peut entraîner leur fermentation. L'alun contient toujours de l'acide sulfurique libre, parfois des traces de sulfate de cuivre; nous savons qu'il est toxique à haute dose; nous savons aussi que les sels d'alun arrêtent la vie de certains organismes inférieurs et modifient certaines fermentations. Son usage quotidien ne semble donc pas entière-

ment inoffensif. Il convient d'attirer l'attention sur son emploi, même chez les boulangers.

Les conclusions de M. Delthil, auxquelles nous nous associons, tendent à proscrire l'alun de toutes les préparations culinaires, quand on se sert de vases de cuivre.

Société médicale des Hôpitaux

Séance du 12 août 1884.

Présidence de M. MILLARD.

La correspondance comprend deux lettres de MM. Balzer et Robin récemment nommés médecins du bureau central et qui demandent à faire partie de la Société.

M. Martineau fait hommage de la thèse d'un de ses élèves intitulée *Essai sur le chancre du vagin*. Dans ce travail l'auteur étudie les deux sortes de chancres : l'infectant, et le non infectant ; question intéressante et encore peu élucidée. Le chancre non infectant a déjà été décrit par Ricord, Lancereaux, Fournier ; il coexiste souvent avec le chancre pareil du col de l'utérus et se rencontre de préférence dans le cul-de-sac postérieur et en nombre variable. C'est une affection rare ; sur cent cinquante-neuf chancres non infectants des organes génitaux de la femme, M. Martineau n'a rencontré que deux chancres du vagin. Quant à leur nature le diagnostic est absolument certain ainsi que l'a prouvé l'inoculation.

Le chancre infectant n'était pas connu jusqu'à ce jour ; M. Fournier est le seul de tous les syphiliographes qui l'ait constaté une fois. M. Martineau, au contraire, a eu la bonne fortune d'en observer trois cas. Le siège de la lésion a été la paroi inférieure du vagin, le cul-de-sac latéral droit et la paroi postérieure. L'induration caractéristique de ces chancres est facile à percevoir si l'on a soin de porter le doigt sur les parties saines périphériques d'abord, pour le ramener ensuite méthodiquement vers l'ulcération. Ces trois cas ont été observés sur cent trente cas de chancres des parties génitales externes. L'inoculation est restée sans résultat, ce qui assure le diagnostic.

Rapport. — **M. Besnier** lit son rapport sur les maladies régnantes. La période trimestrielle — avril, mai, juin, — a été marquée par une atténuation de la mortalité, surtout si on laisse de côté la phthisie pulmonaire dont la marche est toujours la même.

La *diphthérie* ne cesse pas de s'accroître et choisit surtout pour victimes les médecins, les élèves, principalement les internes des hôpitaux. Le deuil récent de Clauzel de Boyer est encore au vif dans toutes les mémoires. « Au lieu, dit M. Besnier, de verser des larmes stériles sur nos élèves les plus dévoués, nous devrions nous occuper ardemment de les mettre par tous les moyens possibles à l'abri de la contagion. Pourquoi ne pas chercher toujours la désinfection, ne pas employer le nuage phéniqué dans la trachéotomie, ne pas prendre, pour nous et les nôtres, des précautions aussi minutieuses que les chirurgiens en prennent pour mettre leurs malades à l'abri de l'infection purulente. » Aussi propose-t-il de nommer parmi les médecins des hôpitaux une commission chargée d'examiner à fond la question de la prophylaxie.

Fièvres éruptives. — Elles évoluent conformément aux lois saisonnières qui les régissent. La scarlatine a subi une progression considérable et a atteint toutes les classes de la société. La variole, au contraire, décroît; au lieu de six cent-quarante cas du trimestre précédent, on n'en a plus observé que deux cent quatre-vingt-seize cas.

La *fièvre typhoïde* a subi pendant le second trimestre une exacerbation et amené une mortalité supérieure de un tiers à celle des trimestres correspondants de l'année précédente.

Le président met aux voix la proposition de M. Besnier relative à la nomination d'une commission pour l'étude de la prophylaxie de la diphthérie. Elle est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée et la prochaine réunion fixée au 14 octobre.

F. A. HUE.

VARIÉTÉS

CONGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES

Du correspondant spécial de la *Revue*.

Bourg-le-Roi, le 14 août.

Le Congrès de Londres est terminé. Comme nous avons hâte d'arriver à l'étude même de ses travaux, nous allons passer très rapidement sur la physionomie de ses réunions.

Lundi 8 août. — Les sections travaillent fiévreusement. Les communications se succèdent à peine controversées, car il ne

reste plus que quelques heures, et beaucoup d'orateurs désirent encore prendre la parole.

Nous entendons cependant une discussion bien remarquable sur les hémorrhagies puerpérales. Nous aurons soin de l'analyser dans le cours de ces articles.

A 4 heures, le professeur Volkmann prononce à Saint-Jame's Great Hall un discours « Ueber Moderne Chirurgie. » Evidemment le chirurgien de Halle a été vrai dans ses propositions. Personne ou presque personne ne nie les progrès accomplis ces dernières années dans la chirurgie du péritoine, sur laquelle nous avons modifié toutes nos idées — dans l'instrumentation — dans les pansements. — Dans les pansements surtout qui, grâce aux méthodes antiseptiques si vite et si universellement répandues, légitiment parfaitement les hardiesses les plus incroyables, les plus contraires à toutes les notions que nous pouvions avoir sur les synoviales, par exemple, et sur tout le système séreux en général.

Mais que ces vérités sont connues! que de publications séparées, que d'articles de journaux les répètent depuis cinq ans!

Nous sommes donc obligé de l'avouer: si M. Volkmann s'est montré chirurgien progressiste, s'il ressort de son discours qu'il est prêt, comme la plupart de ses compatriotes d'ailleurs, à imiter toutes les hardiesses, à oser même les opérations jusqu'alors réputées impraticables, son discours n'en manque pas moins d'originalité et de souffle. Combien nous lui préférons le travail du professeur Billings, combien surtout ces pages remplies de finesse d'esprit et d'érudition du regretté Maurice Raynaud.

Nous quittons Saint-Jame's Great Hall, pour le Royal College of physicians, où chaque membre reçoit, moyennant une légère rétribution, la médaille commémorative du Congrès. On le voit, nous approchons de la fin.

De 8 à 11 heures, soirée au Royal College of Surgeons. Comme dans toutes les réunions générales, on nous reçoit dans un musée. Mais cette fois, les dames ne sont pas admises; la soirée se donne, en effet, dans le musée d'anatomie et d'anatomie pathologique du collège. Également la musique a été proscrite, sans doute pour ne pas réveiller les morts.

Quelques squelettes d'animaux antédiluviens attirent particulièrement notre attention. Également les os d'un géant auprès duquel les deux sujets bien connus du musée Orfila ne seraient

que des Lapons en Patagonie. Nous remarquons enfin de belles préparations des muscles de la face et une collection complète de pièces pouvant servir à l'étude de l'anatomie pathologique des tumeurs blanches.

Mardi 9 août. — Dernier jour du Congrès. Les sections terminent leurs travaux nécessairement un peu à la hâte. — A 2 heures le professeur Huxley prononce un discours sur les rapports de la médecine avec les sciences biologiques, discours dont nous ne donnerons pas l'analyse pour deux raisons, le même sujet ayant été traité dans la *Revue* par M. Ed. Fournié, et les idées qu'il expose différant à peine de celles du professeur de Londres.

Nous nous réunirons à trois heures et demie pour la séance de clôture, compliments d'adieu, remerciements dans toutes les langues à M. James Paget, à M. Mac-Cormac et à tous les organisateurs du Congrès.

Enfin distribution des médailles d'honneur : les deux premières sont données au professeur Donders, d'Utrecht, le président du Congrès précédent, et au Dr Guye, d'Amsterdam, le secrétaire général; MM. Virchow, Féréol, Billings, Volkmann et Huxley, c'est-à-dire tous les orateurs des séances générales sont également honorés de cette distinction. Un suprême honneur était réservé à la France. C'est, disons-le bien haut, avec une émotion sincère, avec un véritable bonheur que nous avons applaudi M. Pasteur recevant de sir James Paget la médaille d'honneur décernée par le Congrès de Londres à l'auteur de la communication la plus intéressante.

Il est 5 heures et tous les membres, à la hâte, gagnent le Palais de Cristal où doivent les réunir de dernières et fraternelles agapes. La soirée se termine par de nombreux toasts — n'oublions pas que nous sommes en Angleterre — et par un grand feu d'artifice dans les jardins du Palais.

Trois têtes constituent la pièce principale de ce spectacle pyrotechnique : nous reconnaissons sans peine sir James Paget, Charcot et Langenbeck.

L'Angleterre, la France et l'Allemagne.

Et pendant ce temps, une musique militaire joue *la Marseillaise* et l'air national allemand. Mais hélas ! qu'il serait difficile de mettre de l'harmonie dans ce rapprochement.

Le Congrès de 1881 a terminé ses séances. Où se tiendra celui de 1883 ? Nous avons entendu parler de Madrid et de Christiania. Rien en définitive n'a été sérieusement décidé.

Entrons à présent dans l'étude même des questions traitées à Londres. Les travaux du Congrès exposés, nous dirons quel a été le rôle de la France dans ces travaux, ce qu'elle a fait et surtout ce qu'elle aurait dû faire.

Nous ne craignons pas enfin d'exprimer franchement notre avis sur l'institution même des Congrès en général.

SECTION I. — ANATOMIE

Président : Prof. Flower, LL. D., F.R.S. — *Vice-Présidents* : Prof. Nacalister, M. D. Dublin ; — Prof. Turner, M. B., F.R.S., Edimbourg. — *Secrétaires* : Prof. Curnow, M. D. ; Prof. Thane.

4 août. — A l'ouverture de la section, M. le Président prononce un discours sur le musée du Royal College of Surgeons. Nous venons de dire combien ce monument renferme de collections précieuses au point de vue de l'étude de l'anatomie de l'homme et de l'anatomie comparée. — Il est donc bien naturel qu'un anatomiste anglais choisisse comme sujet de discours inaugural l'histoire et la description de ces collections.

Après le professeur Flower nous entendons le professeur His, de Leipzig, dans deux communications indigestes et obscures « sur les caractères normaux des embryons de l'homme » et « sur la question de la vésicule allantoïde ».

Le professeur Turner, d'Edimbourg, dit des choses fort intéressantes sur les crânes des indigènes des Admiralty Islands.

Enfin le professeur P. Lesshaft, de Saint-Petersbourg, termine la séance par deux études très remarquables sur les causes dont dépend la forme des os et sur les rapports de l'estomac. Nous croyons devoir en résumer ici les conclusions générales.

Le Dr Lesshaft a fait ses recherches avec le Dr Popoff, en expérimentant sur un grand nombre d'animaux de toute espèce. De plus, il n'a jamais négligé, dans les cas d'anomalie osseuse chez l'homme, de remonter à la cause et d'en rechercher le mécanisme.

C'est en usant de ces deux modes d'exploration scientifique qu'il est arrivé aux conclusions suivantes :

1^o Le développement de toutes les parties de l'os est en raison de l'activité des muscles avoisinants. La force de cette activité affermit les os, sa faiblesse les rend plus minces, moins résistants, et relativement plus longs.

2° Les os s'épaississent et se dirigent toujours vers l'endroit de leur périphérie qui oppose le moins de résistance.

3° La forme des os dépend aussi de la plus ou moins grande pression des organes extérieurs ; leur développement se ralentit à l'endroit où la pression augmente ; ils se tordent si elle ne vient que d'un seul côté.

4° Il est bien entendu que toutes ces considérations s'appliquent également à la pression des muscles et des aponévroses et qu'on peut en constater la vérité dans les ablations voulues ou accidentelles de l'une ou l'autre variété d'organes (1).

Plus intéressant encore dans sa communication « sur la situation de l'estomac et les rapports qui existent entre sa forme et ses fonctions » le professeur P. Lesshaft y développe les idées suivantes.

L'estomac n'est point placé dans la région épigastrique, comme on le professe généralement, mais dans l'hypochondre gauche. On trouve la direction de son pylore en faisant descendre une ligne verticale le long du bord droit de l'os sternal.

M. Lesshaft a raison. Depuis longtemps en France MM. Tillaux, Labbé et Farabeuf se font les champions de cette opinion. M. Farabeuf surtout qui, dans ses leçons orales sur la splanchnologie, ne manque jamais d'insister sur ce point qu'il ne faut pas chercher l'estomac dans l'hypochondre droit, mais dans l'hypochondre gauche, presque entièrement, dit-il, en dehors de la ligne médiane.

La première partie de la communication n'a donc rien de nouveau pour nous. Il n'en est pas moins bon de la produire dans un Congrès, le plus grand nombre des médecins, même en France, ayant sur ce point des notions absolument inexactes.

Mais où M. Lesshaft sort des idées universellement professées, c'est quand il donne à l'organe de la chyification une direction verticalité. Nous n'inventons rien.

« L'estomac est, dit-il (*Abstracts of the communications* London 1881, p. 12), situé verticalement dans la cavité abdominale de telle façon que son fundus touche au diaphragme. L'extrémité pylorique est dirigée à droite, la petite courbure se trouve aussi à droite, tandis que sa partie supérieure est légèrement inclinée vers le bas. La grande courbure est du côté gauche. »

(1) Il est impossible de ne pas voir là une réminiscence de la théorie des monstres de M. Jules Guérin.

Plus loin, conséquent avec cette assertion, le professeur de Saint-Petersbourg poursuit. « L'estomac, par suite de son rapport immédiat avec les organes voisins ne peut répondre à la dilatation qu'il subit par le déplacement de l'une de ses parties (la grande courbure, par exemple), il ne pourra que se distendre également dans toutes ses parties en mesure de l'accumulation de son contenu. »

Et les fonctions mécaniques des épiploons?

Et les phénomènes pathologiques de la dilatation stomachale?

M. Lesshaft a, dit-il, pour arriver à ces conclusions, examiné 1,200 cadavres. Il est aussi habile observateur que savant modeste et consciencieux. Nous nous garderons donc bien de nier ses assertions. Mais la nouveauté de cette description anatomique contredit si formellement l'enseignement de nos maîtres que nous avons tenu à la reproduire textuellement, en laissant à l'auteur toute la responsabilité.

Après avoir posé ces deux jalons, M. Lesshaft décrit la structure musculaire de l'estomac. Ses idées, à ce point de vue ne présentent rien de particulier. Il admet en effet une couche superficielle longitudinale plus ou moins plexiforme, puis une couche circulaire profonde.

De cette structure et de la direction de l'organe il tire les conclusions suivantes :

« Les aliments qui y sont introduits se remuent le long des parois vers le pylore, ce qui leur permet de se mêler au suc gastrique de la manière la plus avantageuse. Puis le contenu s'élève par le milieu de l'estomac vers le fundus qui, étant la partie la plus élargie, oppose par conséquent le moins de résistance. »

Théorie aussi nouvelle qu'ingénieuse, il faut bien le reconnaître, sur le mécanisme du mouvement de l'estomac et bien faite pour expliquer, ainsi que le remarque son auteur, d'une part, la longue durée du séjour des aliments dans l'estomac, d'autre part, sinon l'absence du fundus chez un enfant nouveau-né, du moins son développement successif par l'influence que produit sur l'estomac la colonne médiane ascendante de son contenu.

Ce n'est pas tout.

« Par suite de l'accumulation des gaz dans le colon transverse, celui-ci s'élève en forme de maille, se dirige à gauche de l'estomac et atteint jusqu'au niveau du quatrième espace intercostal et même jusqu'à la quatrième côte. Si l'accumula-

tion du gaz a lieu dans les circonvolutions de l'intestin grêle, lequel se déplaçant de même, se dirige en haut derrière le colon transverse, la partie inférieure de l'estomac est en état de se déplacer légèrement en avant, ce qui lui donne une direction plus oblique de haut en bas et d'arrière en avant. »

C'est tout simplement, on le voit, une révolution complète dans toutes les idées jusqu'ici professées sur la splanchnologie descriptive.

Le vendredi 5 août nous entendons deux communications du Dr G. Laura de Turin. Très intéressantes ces communications, et probablement destinées à modifier beaucoup d'idées admises sur l'une des questions les plus difficiles, les plus complexes de l'anatomie humaine.

Dans la première, le Dr Laura expose sa façon de voir sur les origines profondes de quelques nerfs crâniens. Dans la seconde, il fait connaître le résultat de ses recherches sur la structure intime de la moelle épinière.

Nous voudrions analyser ces deux communications, montrer en quoi elles attaquent les expériences et les travaux des anatomistes modernes. Mais n'est-ce pas là un travail bien en dehors du programme de la *Revue*. Ne sortirions-nous pas, en nous étendant longuement sur un sujet si spécial, si spéculatif, disons le mot, du plan général du journal. Mettre le lecteur au courant des découvertes récentes, lui permettre de suivre les travaux produits au Congrès sur le terrain des questions pratiques, de bénéficier en un mot et de faire bénéficier les malades des efforts des savants de tous les pays?

Retenus par cette considération et par l'étendue des matières qu'il nous reste à exposer, nous nous contentons donc de reproduire les conclusions du Dr Giambattista Laura, sur la structure intime de la moelle épinière, laissant aux anatomistes le soin d'analyser eux-mêmes ces conclusions et d'étudier dans les œuvres du savant de Turin, ses idées sur les origines profondes de quelques nerfs crâniens.

Structure intime de la moelle épinière. — 1° Beaucoup de cellules de la corne antérieure envoient leurs prolongements aux racines antérieures des nerfs; à la région cervicale, elles les envoient aux racines des nerfs accessoires;

2° La commissure antérieure reçoit des fibres des cellules (a) des différentes parties de la corne antérieure, (b) des différentes parties de la corne postérieure;

3° Les cellules de la colonne de Clarke possèdent des prolon-

gements qui se dirigent d'abord en dedans vers le canal central, mais qui, après avoir parcouru un certain trajet, se dirigent en dehors en un large faisceau qui gagne la colonne blanche latérale en traversant la corne antérieure.

Le groupe de cellules qui, dans le cône médullaire, occupe la position de la colonne de Clarke, ne doit pas être regardée comme son prolongement; en effet, les cellules qui le composent envoient leurs prolongements dans une autre direction, c'est-à-dire, en dehors et en avant, aux racines antérieures;

4° La colonne blanche latérale reçoit des prolongements de cellules de plusieurs parties des cornes antérieures et postérieures;

5° Les cellules des cornes postérieures possèdent des prolongements dont la direction est des plus variées. Notons les suivantes : (a) cellules envoyant des prolongements en avant, à travers la corne antérieure jusqu'au voisinage des racines antérieures; (b) cellules envoyant des prolongements dans la colonne blanche postérieure; (c) cellules envoyant des prolongements sans dépasser la ligne médiane, et derrière le canal central, à la moitié opposée de la moelle.

(A suivre.)

F. JOUIN,
Interne des Hôpitaux.

NOUVELLES

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Wurtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1881-1882, par M. Henriot, agrégé.

M. Haussmann est chargé, pendant l'année scolaire 1881-82, des fonctions de préparateur du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris.

M. le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien des hôpitaux, suppléant M. le professeur Richet durant les vacances, commencera ses conférences cliniques à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Chomel, mardi 16 août à 10 heures. Il les continuera les mardis et samedis.

— Nous enregistrons avec plaisir la nouvelle de la nomination de M. Albert Robin, au titre de médecin des hôpitaux.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

27 Août 1881

APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE
MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES



PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Mécanisme et classification des hallucinations, par le Dr Édouard FOURNIÉ (1). — Notre but, dans cette étude, est d'expliquer le mécanisme physiologique des hallucinations, de préciser le sens qu'il faut donner à ce mot et enfin de fournir une classification naturelle des diverses formes de cet état morbide.

L'hallucination est un trouble de l'acte mémoire.

Cette définition trouvera sa justification dans l'ensemble des faits que nous allons exposer.

Et d'abord, distinguons bien l'*hallucination* de l'*illusion*. A l'occasion d'une impression extérieure, intérieure ou d'une impression résultant de l'activité fonctionnelle du cerveau, nous ne sentons pas exactement la réalité; nous croyons ce qui n'est pas ou nous ne croyons pas ce qui est; nous sommes, dans ces cas, dupes de l'illusion. Cette illusion provient d'un ensemble de causes extérieures trompeuses comme, par exemple, le bâton plongé dans l'eau, qui nous paraît brisé, ou de l'insuffisance de nos connaissances dans l'appréciation de l'impression reçue.

Ce genre d'illusions doit être appelé *illusions physiologiques* parce qu'il se produit en dehors de tout état morbide.

Comme les précédentes, les *illusions pathologiques* se développent à l'occasion d'une impression extérieure, intérieure ou d'une impression résultant de l'activité fonctionnelle du cerveau, mais au lieu d'être le résultat de conditions extérieures trompeuses ou d'une insuffisance de connaissances, elles cons-

(1) Communication faite par l'auteur dans la section d'aliénation mentale au Congrès médical international de Londres. Août 1881.

tituent une création morbide que ne justifie pas l'impression reçue. L'homme qui croit entendre le canon parce qu'il a été impressionné par un coup de marteau; celui qui, en voyant un inconnu blond, croit reconnaître son frère qui est brun; celui enfin qui croit entendre des injures dans une phrase où il n'y a que des gracieusetés, tous ces hommes ont des *illusions pathologiques*, parce que l'erreur dans laquelle ils sont n'est pas justifiée ni par des conditions extérieures trompeuses, ni par une insuffisance de connaissance et que l'état morbide seul peut en expliquer la provenance (1).

L'hallucination se distingue de l'illusion en ce que, pour se produire, elle n'a pas besoin d'une cause impressionnante extérieure, intérieure ou psychique; elle est immédiatement le produit du cerveau malade. L'halluciné voit un fantôme là où il n'y a rien; il entend des voix alors qu'il est entouré du plus profond silence; il puise, en un mot, les éléments de ses fantasmagories dans son réservoir de connaissances, ou, pour mieux dire, dans sa mémoire. L'hallucination est un phénomène de mémoire, mais de mémoire morbide. Par conséquent, pour bien connaître l'hallucination, il faut d'abord établir les conditions de la mémoire physiologique.

Mémoire physiologique. — De toutes les activités cérébrales, la mémoire est peut-être celle qui est la moins bien appréciée. Considérée comme une faculté fondamentale de l'intelligence par les uns, comme propriété immédiate des cellules de la périphérie corticale par les autres, elle avait échappé jusqu'ici à une explication physiologique convenable. Pour nous, la mémoire n'est ni une faculté ni la propriété de certaines cellules, *c'est un mécanisme fonctionnel empruntant sa possibilité à des relations anatomiques et à des propriétés diverses de cellules.*

Les conditions anatomiques de la mémoire sont : 1° les couches optiques; 2° les cellules superficielles de la couche corticale; 3° les fibres unissantes qui relient ces dernières aux couches optiques.

Pour quelques physiologistes, les couches optiques représentent l'avant-dernière étape où les impressions venues de la périphérie se réunissent avant d'aller se transformer en *sensations* et en *idées* dans la couche corticale (Luys). Pour nous,

(1) Cette distinction avait été déjà établie par nous, en 1866, dans notre *Physiologie de la voix et de la parole*.

les couches optiques sont le lieu où les impressions de toute nature se transforment en choses *senties* — nous ne disons pas en *idées* — car l'idée repose sur un autre mécanisme. Lorsque les couches optiques ont transformé les impressions en sensations, le mouvement particulier dont elles sont le siège provoque celui des fibres blanches de l'encéphale, et, finalement, les cellules superficielles de la couche corticale sont émues à leur tour. Ce dernier ébranlement ne correspond sur le moment à aucun phénomène appréciable, mais la cellule ainsi ébranlée par une sensation particulière conserve la possibilité d'exécuter *sponte sua* ou par l'excitation des cellules voisines, ce même mouvement qui, par une sorte d'effet en retour, peut réveiller à son tour l'activité de la cellule des couches optiques avec laquelle elle est en rapport. Or ce réveil, qui ne se fait plus sous l'influence de l'excitation des nerfs sensitifs, mais sous l'influence d'une cellule de la couche corticale, ce réveil, dis-je, correspond à la production de la même sensation en l'absence de la cause impressionnante extérieure qui la provoqua jadis. Telles sont les conditions anatomo-physiologiques de la *sensation de souvenir*.

Nous ferons remarquer ici que le mécanisme de la mémoire serait inexplicable si on admettait, avec quelques physiologistes, que le développement complet de la sensation se produit dans la périphérie corticale du cerveau. Dans cette supposition, en effet, il faudrait admettre de deux choses l'une, ou bien les mêmes cellules président à la sensation et au souvenir, ou bien il y a des cellules qui président à la sensation actuelle et d'autres aux sensations de souvenir. Le premier cas est inadmissible, car tous les souvenirs seraient simultanément présents à notre esprit et nous n'aurions pas besoin de les évoquer l'un après l'autre ; le second est non moins inadmissible, car la mémoire n'est pas un fait simple résultant d'une propriété élémentaire des cellules, c'est un phénomène complexe comme nous croyons l'avoir démontré.

La *sensation de souvenir*, telle que nous venons de la déterminer, ne constitue pas à elle seule toute la mémoire. Il faut, pour nous souvenir, que nous ayons le *sentiment de notre activité passée*, et ce sentiment consiste, pour l'intelligence, à se reconnaître dans ses propres actes. Elle seule a le pouvoir de reconnaître, et du moment qu'elle connaît, elle a conscience du travail qu'elle a effectué pour acquérir la connaissance. La

AOÛT, T. II, 1881.

26

sensation de souvenir et le *sentiment de l'activité passée*, telles sont les conditions fondamentales de la mémoire (1).

Le phénomène mémoire est toujours identique à lui-même, mais les conditions de son développement varient selon la nature des sensations de souvenir. Sur ce point nous devons nous borner à énoncer notre division :

- 1^o Mémoire des sensations de la vie fonctionnelle de nutrition.
- 2^o Mémoire des sensations de la vie fonctionnelle de reproduction.
- 3^o Mémoire des sensations des organes des sens.
- 4^o Mémoire des sensations qui résultent de l'activité volontaire de nos organes.

Les sensations de la 1^{re} division n'ayant pas d'objet impressionnant bien déterminé, nous éprouvons une grande difficulté à les transformer en *sensation de souvenir*. Ce n'est que par le souvenir des circonstances qui ont accompagné leur développement que nous y parvenons. Aussi oublions-nous facilement les maux physiques que nous avons endurés; il en est de même de la faim, de la soif, sensations vives, mais qu'il est impossible de se donner subjectivement, parce qu'elles n'ont pas de siège spécial bien déterminé. Cependant la mémoire de ces sensations est une source féconde d'hallucinations.

Observation analogue pour les sensations de la deuxième division.

La mémoire des cinq sens présente quelques particularités intéressantes à signaler. La plus importante est la possibilité de reproduire subjectivement les objets de nos impressions en leur absence. Nous dessinons sur notre rétine le pays absent; nous reproduisons dans le vestibule et le limaçon, les impressions musicales; les sensations de l'odorat, du goût, du toucher, sont moins faciles à reproduire, nous y arrivons cependant par le souvenir des objets qui fournissent la cause impressionnante. L'étude de la mémoire des sensations spéciales nous a conduit à admettre, dans les conditions physiologiques, une action en retour réelle de la périphérie corticale du cerveau, non seulement sur les couches optiques pour recueillir la sensation de souvenir, mais encore sur les nerfs sensitifs jusqu'à la périphérie. Cette action, dans l'état normal, ne va jamais jusqu'à la reproduction extérieure de l'objet impressionnant, mais dans l'état pathologique la reproduction a lieu et il y a alors *hallucinaaton sensorielle*.

(1) Ces conditions ont été complètement étudiées dans notre *Physiologie du système nerveux* et dans notre *Essai de psychologie*.

La mémoire des sensations qui résultent de l'activité volontaire de nos organes est la plus importante à connaître, d'abord parce qu'on n'en avait jamais parlé et ensuite parce qu'elle comprend, entre autres, la mémoire particulière du langage. Il est des causes impressionnantes, résultant de nos mouvements, qui affectent le sens de la vue : la mimique, le dessin, la sculpture, d'autres qui affectent le sens du toucher : la marche, la préhension, etc. ; d'autres enfin, qui impressionnent le sens de l'ouïe : la voix, la parole.

Les sensations que provoquent ces impressions nous donnent la connaissance du résultat des mouvements voulus, et c'est par cette connaissance indispensable que nous obtenons la coordination intelligente des mouvements. Car ce n'est pas le prétendu *sens musculaire* qui dirige cette coordination ; le seul directeur ici est le sens spécial auquel le mouvement s'adresse.

Dans le développement de la mémoire spéciale qui nous occupe nous trouvons le premier phénomène dans un des cinq sens ; nous invoquons d'abord la mémoire du sens spécial qui a reçu l'impression du mouvement, et cette représentation subjective est immédiatement suivie de l'excitation des nerfs qui président à l'exécution des mouvements ainsi représentés. Cette action est tacite comme toute représentation subjective ; on ne voit pas le mouvement, mais on sent qu'il existe en puissance, sinon de fait. Demandez à celui qui par la pensée, joue un air sur un instrument qui lui est familier, s'il ne sent pas le mouvement de ses doigts, bien que ce mouvement ne soit pas visible. Demandez encore à l'orateur qui médite sur un discours qu'il va prononcer, s'il ne s'entend pas parler, bien que le silence règne autour de lui.

La représentation subjective du mouvement de nos organes, réunie à celle du sens spécial constitue la mémoire *composée* des mouvements volontaires exécutés dans un but bien défini.

Dans ce groupe des mémoires particulières, nous trouvons la mémoire du langage. Ici le sens de l'ouïe joue le rôle de sens spécial et les mouvements volontaires sont exécutés par le tuyau vocal, c'est pourquoi nous lui donnons le nom de mémoire de la *sensation-signé*. Nous devons nous borner à souligner ici l'importance de cette mémoire. C'est avec l'aide de cette mémoire, en effet, que l'homme pense, imagine et raisonne, c'est elle, par conséquent, qui constitue les hallucinations de la pensée, de l'imagination et de la raison.

Nous venons d'exposer rapidement, trop rapidement peut-

être les conditions du développement de la mémoire; nous avons également indiqué la division physiologique que l'on peut adopter pour le classement des mémoires particulières. Nous avons donc réalisé la première partie de notre programme et il ne nous reste plus qu'à faire l'application de ces notions à l'état pathologique de la mémoire c'est-à-dire aux hallucinations.

Mémoire pathologique. — Nous avons dit, au début de cette étude, que l'hallucination est un trouble de l'acte mémoire. Rien, selon nous, n'est plus vrai. En effet, les cellules de la couche corticale du cerveau n'ont pas le don naturel de provoquer dans les couches optiques l'image d'un objet qui ne les a pas déjà impressionnées, elles n'inventent pas le souvenir du son, du paysage, du mal qui ne les ont jamais émues; elles ne sont que l'organe du développement des sensations de souvenir à l'occasion des impressions intérieures ou extérieures. Ces cellules ne peuvent donc donner dans le présent que ce qu'elles ont déjà reçu dans le passé et l'hallucination qui résulte de leur activité ne peut être qu'un acte de mémoire.

Cet acte de mémoire se distingue de la mémoire physiologique par deux caractères : 1° l'hallucination s'impose au malade comme un fait à la participation duquel sa volonté et sa conscience restent complètement étrangères. L'halluciné entend des bruits, des paroles, il voit des fantômes, il discute avec un interlocuteur inconnu, mais il n'a pas conscience que c'est son organisme qui lui fournit toutes ces impressions malades qu'il n'a pas voulues; 2° dans l'hallucination la représentation subjective des causes impressionnantes dépasse les limites normales à ce point que la représentation d'images, de sons, de paroles, devient pour l'halluciné une réalité objective.

Ces caractères nous permettent de définir l'hallucination : *un acte de mémoire involontaire et inconscient dans lequel la représentation subjective est exagérée au point de donner à l'halluciné le sentiment d'une représentation objective.*

Quant au mécanisme de l'hallucination, il est absolument le même que celui de la mémoire physiologique tel que nous l'avons déterminé. L'halluciné trouve dans les cellules de la périphérie corticale du cerveau les conditions du souvenir de tout ce qui l'a impressionné : sensation de provenance extérieure ou intérieure, sentiments, langage, idées, créations de l'intelligence raisonnable ou de l'imagination.

Ces cellules venant à entrer en activité d'une manière malade, elles réveillent dans les couches optiques l'apparition de l'impression qu'elles représentent, et ce réveil, s'étendant jusqu'aux nerfs de la périphérie donne à l'halluciné le sentiment d'une cause impressionnante réelle.

La théorie que nous venons de formuler reçoit sa confirmation de toutes les notions que nous possédons touchant la physiologie expérimentale et l'anatomie pathologique des maladies mentales. Les observations recueillies tous les jours corroborent, en effet, l'opinion élayée d'abord sur la physiologie expérimentale (1) que le *sentiment* de quelque nature qu'il soit se développe dans les couches optiques sous l'influence de deux ordres d'impressions : les premières viennent de la périphérie à travers les nerfs sensitifs et représentent les sensations *actuelles* ; les secondes viennent de la couche corticale du cerveau et représentent les sensations du *souvenir*.

On peut détruire la couche corticale sans porter atteinte au développement de la sensation simple ; la maladie nous montre tous les jours, chez les méningitiques, chez les aliénés, que la couche corticale peut être profondément lésée sans qu'il se manifeste le moindre trouble dans la *perception* des impressions. Le seul fait de coïncidence qui se manifeste dans ces conditions est l'altération de l'enchaînement des idées, de la mémoire et de la reproduction subjective des notions acquises. Par conséquent, la perception des impressions ne se produit pas dans cette région.

Calmeil et Macé ont trouvé dans quelques autopsies d'hallucinés que les lésions de la couche optique coïncident quelquefois avec les lésions de la périphérie corticale.

Ce fait n'est pas douteux ; mais une lésion bien plus constante que celles des couches optiques est celle de la couche corticale du cerveau. La lésion des couches optiques dans l'hallucination est un fait plausible mais un fait de simple coïncidence et d'ailleurs assez rare ; par conséquent, nous ne pensons pas qu'on puisse faire reposer sur lui une théorie de l'hallucination.

Après avoir défini, caractérisé et montré le mécanisme de l'hallucination nous devons nous occuper de mettre en ordre, de classer les formes variées de cet état morbide. Ici encore, c'est dans la physiologie que nous puiserons nos inspirations.

(1) E. Fournié. *Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau*, 1872.

Du moment, en effet, que l'hallucination est un trouble de l'acte mémoire, il est tout naturel que nous adoptions pour la *mémoire à l'état pathologique* les mêmes divisions que nous avons adoptées pour la *mémoire à l'état physiologique*. Nous admettons donc :

1° Hallucination des sensations de la vie fonctionnelle de nutrition.

2° Hallucination des sensations de la vie fonctionnelle de reproduction.

3° Hallucination des sensations des organes des sens.

4° Hallucination des sensations qui résultent de l'activité volontaire de nos organes.

Cette division essentiellement logique fait disparaître l'ancienne division des hallucinations en *psychiques*, *psycho-sensorielles* et autres dont le principe ne correspondait à rien de physiologiquement déterminé. Il suffit en effet, de faire remarquer que les *hallucinations psychiques*, ne sont que des hallucinations de la *pensée*, de la *fonction-langage*, en un mot, des *hallucinations des sensations, qui résultent de l'activité volontaire de nos organes*, pour faire comprendre combien il était utile de faire pénétrer le flambeau de la physiologie dans cette classification.

REVUES CLINIQUES

REVUE DE CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital de la Pitié. — Le professeur Peter a pu observer dans son service un malade de 40 ans qui au cours d'une bronchite, à la suite d'un refroidissement brusque, avait été pris de frisson, de céphalalgie, de nausées, enfin d'une oppression croissante. A l'entrée, on fut frappé de la fréquence extrême du pouls, en l'absence de toute élévation de température; d'autre part les battements du cœur étaient larges et vigoureux contrastant avec la petitesse du pouls radial. L'auscultation du cœur ne révélait autre chose que la fréquence et la force de ses battements sans altération du rythme ou des bruits. Le lendemain apparaissait un souffle à la pointe coïncidant avec une douleur atroce, d'apparence névralgique, dans la jambe droite et une expectoration sanguinolente et abondante. Deux jours plus tard souffle et râles sous-crépitaux à la base du poumon droit avec persistance des crachats sanguino-

lents. De plus, le foie était augmenté de volume et douloureux. Le lendemain la jambe droite, anesthésiée jusqu'au genou présentait une teinte livide qui faisait prévoir le sphacèle. Le pied gauche devint ensuite violacé et le malade mourut 9 jours après son entrée.

A l'autopsie on trouva les cavités du cœur remplies de caillots gélatineux et noirâtres. A gauche les altérations de la valvule mitrale consistaient en végétations paraissant constituées par une néo-formation développée aux dépens de l'endocarde. L'orifice mitral était rétréci. Le myocarde plutôt aminci qu'épaissi était néanmoins dur et présentait à la coupe des zones alternativement blanches, violacées et normales. C'était au niveau des zones blanchâtres que l'induration était surtout marquée, indiquant une dégénérescence fibreuse du myocarde.

Les deux poumons offraient de la congestion avec œdème. A la base du poumon droit existait un foyer pneumonique développé autour de deux infarctus noirâtres de la grosseur de petites noisettes. Le foie présentait le type du foie cardiaque et les reins étaient manifestement atteints de néphrite interstitielle. L'artère poplitée droite renfermait un caillot noir occupant une étendue d'environ 3 centimètres.

M. le **D^r Mercklen** qui publie dans la *France médicale* cette intéressante observation que nous avons essayé de résumer, y ajoute les réflexions suivantes :

« Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Elle justifie l'importance de certains symptômes rares et dont la valeur seméiologique ne saurait passer inaperçue : nous voulons parler de la violence du pouls comme signe des coagulations intracardiaques et des dégénérescences du myocarde et de la douleur comme première manifestation de l'oblitération artérielle d'un membre. D'autre part, le fait que nous rapportons est un bel exemple de cette diathèse scléreuse invoquée pour expliquer la coïncidence de la néphrite interstitielle et des lésions du myocarde.

Le premier symptôme observé chez notre malade, la fréquence extrême et la petitesse du pouls, contrastant avec la force et la largeur des impulsions cardiaques, indiquait évidemment un obstacle au passage du sang du ventricule gauche dans le système artériel. Cet obstacle était double, représenté d'une part et surtout par cette dilatation passive du cœur gauche, incapable par suite de la dégénérescence fibreuse de ses parois, de revenir complètement sur lui-même et d'expulser

son contenu, d'autre part par la présence dans ses cavités d'un sang en partie coagulé, probablement de petits thrombus agissant à la fois comme entrave et comme irritant. Le cœur suppléait par le nombre à l'impuissance de ses contractions.

La douleur si vive provoquée dans la jambe droite par l'embolie artérielle qui s'est faite de ce côté devait faire penser à l'apparition de cet accident, étant donnés les phénomènes observés du côté du cœur. Les douleurs névralgiques subites et vives, se produisant dans un membre chez un cardiaque, doivent toujours faire songer à l'embolie. En ce qui concerne la nature et la marche de la maladie, notre observation démontre une fois de plus que la néphrite interstitielle peut demeurer latente jusqu'à sa dernière phase. C'est l'autopsie seule qui nous l'a fait découvrir et certainement elle n'a joué qu'un rôle effacé dans le tableau clinique qui s'est présenté à nous. De ces deux phases signalées par MM. Debove et Letulle comme caractérisant la marche de cette affection complexe, la phase rénale et la phase cardiaque, celle-ci seule a pu être observée et cela avec des accidents qui ne sont que rarement signalés. C'est qu'à la sclérose rénale, à la sclérose cardiaque, s'était ajoutée chez notre malade une véritable sclérose de l'endocarde avec rétrécissement mitral et des végétations de la valvule mitrale qui constituaient autant de points d'appel pour la coagulation du sang.

Celui-ci, du reste, déjà en stagnation par suite de la dilatation et de l'impuissance ventriculaire, se trouvait dans les conditions les plus favorables pour donner naissance à la formation de concrétions et, par conséquent, d'embolus. Les lésions endocardiques, chez cet homme qui n'avait ni antécédents de rhumatisme, ni athérome bien caractérisé, ne peuvent donc qu'être rapportées à la diathèse scléreuse invoquée pour le myocarde et les reins par MM. Debove et Letulle, à l'artériosclérose de Gull et Sutton.

Hôpital de la Charité. — M. Hardy a entretenu, dans une récente clinique, ses nombreux auditeurs de la gastralgie dont il leur a présenté un exemple remarquable. Il s'agit d'un homme d'aspect vigoureux, fort enclin à l'hypocondrie, qui raconte toute une odyssée pathologique.

Entre autres choses, il est sujet aux syncopes, aux vertiges et a eu en 1870 un ictère spasmodique. Depuis deux ou trois ans, ses digestions sont devenues mauvaises; s'accompagnent d'éruptions gazeuses après le repas et d'une douleur

intercostale du côté gauche s'irradiant, soit transversalement au-dessous de l'appendice xiphoïde donnant lieu à une sensation de constriction, de pesanteur d'estomac, soit verticalement en remontant vers l'épaule. Le sous-nitrate de bismuth, la liqueur de Baunie, l'opium, l'eau de Saint-Galmier n'ont amené qu'un soulagement passager. Il a continué à dormir mal, à avoir du dégoût pour les aliments et à s'alarmer de plus en plus sur son état. L'examen le plus approfondi des organes thoraciques et abdominaux ne permet la constatation d'aucune lésion et le diagnostic de névrose stomacale, de gastralgie est le seul rationnel.

M. Hardy, après avoir étudié complètement son malade, a exposé doctrinalement la gastralgie suivant les écrits de Beau, qui en a laissé la meilleure description, bien qu'il en ait souvent trop élargi le cadre. Il considère le pronostic chez cet homme comme grave en ce sens que la guérison qu'on obtiendra ne sera que momentanée, son état nerveux l'exposant au retour plus ou moins rapide des phénomènes morbides.

Les indications thérapeutiques ont été soigneusement étudiées et consistent : 1° à calmer la douleur; 2° à faciliter les digestions. Pour calmer la douleur, on peut avoir recours aux narcotiques : une pilule d'extrait d'opium de 1 centigramme, deux ou trois fois par jour, quelques minutes avant le repas, ou bien 1 centigramme de codéine avant chaque repas, ou bien deux, trois ou quatre gouttes de laudanum remplaçant la codéine. M. Hardy recommande spécialement le laudanum qui vient d'Angleterre, et qui est connu sous le nom de gouttes noires anglaises. On peut encore employer les narcotico-âcres, la belladone à la dose de 6 milligrammes d'extrait, deux ou trois fois par jour. Enfin, si l'opium est mal supporté, il est facile de le remplacer par des injections de chlorhydrate de morphine.

Pour faciliter la digestion, l'assimilation, et empêcher le développement des gaz on se trouve bien d'employer les alcalins tels que la magnésie, le bicarbonate de soude, l'eau de chaux; ou bien l'acide chlorhydrique, si on a affaire à une dyspepsie neutre. La poudre de charbon et la magnésie rendent des services contre le développement des gaz; enfin on facilite notablement les digestions au moyen des préparations de pepsine. Comme adjuvant à ces agents thérapeutiques, il est encore indiqué de traiter le système nerveux par l'hydrothérapie, principalement par les douches en pluie.

Hôpital Laënnec. — Dilatation de l'estomac. —

Août, T. II, 1881.

27

M. Legroux continue avec succès à l'hôpital Laënnec la série des cliniques inaugurées récemment. Dans une de ses dernières et de ses plus intéressantes, il s'est occupé de la dilatation de l'estomac, sujet qui nous semble devoir d'autant plus intéresser nos lecteurs, que la partie thérapeutique surtout contient des indications précieuses et d'application journalière.

L'estomac est sujet aux mêmes lois de dilatation que tous les organes creux et contractiles. Deux causes principales peuvent être les agents de cette dilatation et ce seront par conséquent sur elles que devront porter les efforts du praticien. Ces deux causes sont les tumeurs de l'estomac amenant une gêne plus ou moins considérable à sa déplétion et au cours des matières suivant leur siège, et l'inflammation chronique de la muqueuse stomacale, la gastrite chronique simple, non liée à la présence d'un néoplasme, ni d'un ulcère. La dilatation est ainsi symptomatique ou essentielle.

Les causes de la gastrite chronique sont multiples, on le sait, les plus fréquentes cependant consistent dans l'ingestion d'aliments particulièrement indigestes ou excitants et dans leur ingestion répétée. Il en résulte une congestion de la muqueuse qui, d'abord passagère, devient subintrante, puis s'établit à demeure ; on comprend alors le mécanisme de la dilatation due à l'inertie et à l'absence complète de sécrétion des glandes pepsiques altérées, ce qui veut dire inaptés à remplir vite et bien toutes ses fonctions. C'est là la gastrite des gros mangeurs ou de ceux qui mangent et boivent souvent.

Il importe bien de distinguer cette catégorie de malades de ceux qui sont atteints d'un cancer du pylore. L'examen attentif des symptômes le permettra le plus souvent. Les cancéreux perdent complètement l'appétit, surtout celui de la viande ; dans la dilatation par gastrite, au contraire, les malades retrouvent de temps en temps leur appétit. Dans le cancer du pylore les forces se perdent beaucoup plus vite ; on voit apparaître les vomissements marc de café, les méloëna, on sent enfin la tumeur aux limites de l'épigastre et de l'hypochondre droit. Rien de tout cela dans la gastrite qui fait perdre incomparablement moins rapidement les forces et n'amène pas la teinte spéciale cachectique. Les commémoratifs montrent souvent dans le cancer des antécédents héréditaires et la maladie survient surtout chez les gens d'un certain âge. C'est tout autre chose dans la gastrite où on retrouve comme causes l'abus fréquent des boissons, l'alcoolisme. Enfin le traitement lui-même est

suivi d'une marche rapide et continue vers la guérison dans la dilatation essentielle, il n'amène qu'un soulagement quelquefois très marqué, mais toujours passager dans la dilatation symptomatique d'une tumeur pylorique.

Le traitement de la dilatation suite de gastrite chronique comprend plusieurs indications. Il faut d'abord vider l'estomac; autrefois on employait simplement un vomitif mais c'était là une médication qui n'était pas sans inconvénients : aujourd'hui on pratique avec beaucoup plus de succès et de sécurité le curage et le lavage mécaniques de l'estomac. Le médecin possède pour cela deux instruments bien connus et dont la description serait oiseuse dans cette revue ; la pompe stomacale de Kusmaul et le syphon de Fauché. M. Legroux, avec beaucoup d'autres, préfère le syphon à la pompe. Il ne faut pas se rebuter si les premières séances de lavage sont mal tolérées par le malade. Peu à peu il arrive à déglutir facilement le tube en caoutchouc et à pratiquer lui-même le curage, pourvu qu'il soit un peu intelligent. Quand l'estomac est vidé on en pratique le lavage au moyen d'eau de Vichy ou d'une solution analogue de bicarbonate de soude; néanmoins il est bon de ne pas trop abuser de ces lavages. Cette pratique sera secondée par l'administration de la nourriture presque exclusivement au lait pendant un certain temps.

Il convient encore dans beaucoup de cas de donner aux malades une médication antidyspeptique, composée de prises de pepsine. L'hydrothérapie combat avantageusement la congestion stomacale, elle trouve donc ici son application comme adjuvant. Suivant les indications il faudra se tenir prêt à administrer du sulfate de soude à petites doses, 30, 40, 50 centigrammes seulement à la fois, ou du sous-nitrate de bismuth.

Le régime alimentaire doit être surveillé et gradué avec le plus grand soin. D'abord les malades devront s'en tenir au lait et même au lait pris en petite quantité. On leur permettra ensuite les œufs crus qui sont beaucoup plus facilement digérés que les œufs durs et amènent une bien moins grande congestion de l'estomac, ainsi que l'a maintes fois prouvé l'expérimentation sur des chiens. Plus tard on arrivera à la viande crue et hachée et enfin au poisson haché. Les infractions à cette méthode sévère sont souvent punies d'un pas en arrière dans la marche progressive de la guérison. Pour boisson il ne convient pas de permettre tout indifféremment ; il faut proscrire l'ingestion d'une trop grande quantité de liquide ; défen-

dre le vin, l'alcool, ne permettre que le thé ou le café léger. On devra supprimer les aliments gras, les salades et toutes les choses d'une digestion difficile en les remplaçant par des légumes parmi lesquels les pommes de terre en purée sont des meilleurs. Ces détails sont loin d'être inutiles, ils constituent, au contraire, un ensemble de conditions aux prix desquelles la guérison est assurée.

RECUEIL DE FAITS

Deux cas d'encéphalite chronique, par M. le docteur A. CARRIER. — A côté de l'encéphalite aiguë ou suppurée et de l'encéphalite chronique ou sclérose cérébrale, M. Hayem a décrit une troisième forme d'encéphalite, qu'il appelle subaiguë ou hyperplastique. Elle se traduit anatomiquement par la prolifération des éléments nucléaires de la névroglie au détriment des éléments nerveux qui s'altèrent et tendent à disparaître. Ces caractères sont généralement admis par tous les anatomo-pathologistes qui ont écrit sur ce sujet, mais toutes les descriptions qui ont été faites jusqu'ici ont eu en vue le processus pris à un degré d'évolution peu avancé, et l'on ne sait encore que peu de choses des modifications que cette forme d'encéphalite devenue chronique peut imprimer au tissu nerveux qui en est le siège. Or, les deux cas que je vais rapporter me paraissent de nature à jeter quelque lumière sur l'évolution de ce processus morbide. En effet, dans ces deux observations on trouve certains des caractères que M. Hayem a assignés à l'encéphalite subaiguë, mais ils s'y trouvent mêlés à d'autres modifications du tissu cérébral qui semblent dues simplement à un degré plus avancé de la maladie.

Je dois ces deux observations à l'obligeance de M. le professeur Lépine, au service duquel elles appartiennent. Les autopsies ont été faites dans le laboratoire de M. le professeur Pierret, où j'ai pu, sous sa direction, examiner les pièces anatomiques.

Le premier cas est celui d'un homme âgé de trente-huit ans, dans les antécédents duquel on ne notait que de nombreux excès alcooliques et vénériens; cependant il n'avait jamais eu de syphilis, et sa santé avait toujours été bonne jusqu'en 1865. Le 8 mars 1865, il est pris brusquement d'étourdissement, il tombe et perd connaissance. Quatre ou cinq heures après, il



se releva, ne conservant que de la somnolence sans paralysie; il n'avait pas eu d'écume à la bouche et ne s'était pas mordu la langue. Quelque temps après, il eut une première crise sur la nature de laquelle son récit ne laisse aucun doute; c'était bien une crise d'épilepsie. Depuis il n'a jamais cessé d'en avoir; elles apparaissent par périodes pendant lesquelles les accès deviennent très fréquents, périodes alternant avec des intervalles de repos durant un ou deux mois. Souvent ces périodes de crise étaient suivies de spasmes convulsifs et de crampes dans la jambe et le poignet gauche, sans perte de connaissance.

En 1874, le malade eut une fièvre typhoïde qui dura quarante jours; pendant cette maladie il eut du délire, des spasmes et des crampes, mais aucune crise épileptique. Après cette fièvre typhoïde, une hémiplegie gauche apparut puis quelque temps après des contractures survinrent dans les membres paralysés. Plus tard, à ces symptômes s'ajoutèrent de l'insomnie, une douleur vive au niveau du frontal droit, puis des crises épileptiques plus longues et plus fréquentes; enfin, en dernier lieu, des troubles de la vue. On n'observa jamais le moindre trouble intellectuel. Il resta dans cet état pendant environ deux mois dans le service de M. Lépine, puis ses crises devinrent de plus en plus fréquentes et graves, et il mourut le 6 janvier 1878, après être resté en état de mal épileptique pendant toute la journée et la nuit précédente.

La maladie avait donc duré douze ans et dix mois.

A l'autopsie. Rien à noter dans les organes thoraciques et abdominaux.

Cavité encéphalique. La boîte crânienne enlevée, la surface externe de la dure-mère paraissait saine et l'on ne remarquait pas d'asymétrie entre les deux hémisphères. En incisant la dure-mère du côté droit, on reconnaissait qu'au niveau de la partie antérieure des circonvolutions frontales, il existait des adhérences entre les méninges proprement dites et la dure-mère. Assez molles, de coloration brunâtre, elles se laissaient déchirer assez facilement; il était plus difficile de détacher les méninges épaissies de la couche corticale sous-jacente qui participait évidemment à la lésion. Ces adhérences existaient depuis la partie antérieure du lobe frontal jusqu'au niveau de la circonvolution frontale ascendante, qui est prise dans toutes ses parties, soit en haut, soit en bas; la pariétale ascendante, au contraire, paraît indemne. A ce niveau, les méninges enlevées, on trouvait les circonvolutions frontales, 1^{re}, 2^e et naissance de la 3^e,

considérablement aplaties ; il semblait qu'il y eût là une perte de substance portant sur le tissu nerveux sous-jacent aux circonvolutions.

La couche corticale de couleur gris jaunâtre présentait par places de petits points résistants et élastiques qui témoignaient de l'existence d'une sclérose.

Toute la partie du même hémisphère, située en arrière de la circonvolution pariétale ascendante, paraissait saine ; elle était seulement le siège d'une hyperémie assez intense. On ne trouvait dans l'hémisphère gauche aucune lésion appréciable, ni dans les méninges, ni dans le tissu nerveux.

Le pédoncule cérébral droit était atrophié dans sa partie inférieure, la protubérance était symétrique, mais la pyramide antérieure du même côté paraissait manifestement d'un volume moindre que celle du côté opposé ; il y avait donc une dégénération secondaire qu'il était possible de suivre dans la moelle.

On était donc en présence d'une vaste lésion intéressant la presque totalité du lobe frontal droit, y compris les méninges qui le recouvrent.

A la coupe, on n'observait pas de ligne de démarcation bien tranchée entre les substances blanche et grise ; dans toute l'étendue de la lésion, c'était un tissu grisâtre assez consistant, surtout dans certains points, très lâche dans d'autres ; le centre ovale ainsi altéré était considérablement diminué de volume, présentait par places de véritables lacunes et paraissait ainsi le siège d'un travail de résorption. Profondément la lésion s'étendait jusqu'au corps strié dont les noyaux lenticulaire et caudé étaient altérés dans leurs parties antérieures ; il en était de même de la capsule interne qui les sépare. Le tissu altéré se confondait insensiblement avec le tissu normal, de sorte qu'il était difficile d'établir une limite bien précise entre les deux.

On fit des préparations microscopiques à l'état frais en dissociant des parcelles de ce tissu prises dans différents points de la lésion ; elles furent colorées avec le picro-carminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine, et voici ce que l'on observa :

Dans les points les plus rapprochés du tissu normal, on trouvait des altérations semblables à celles que M. Hayem a décrites dans l'encéphalite subaiguë, c'est-à-dire une augmentation considérable des éléments nucléaires qui affectaient dif-

férentes formes : les uns étaient ovoïdes et présentaient deux nucléoles, d'autres étaient accolés deux par deux comme s'ils venaient de se former par la scission d'un noyau préexistant. Ces noyaux étaient en grand nombre autour des vaisseaux dont les parois étaient garnies en certains points de granulations graisseuses ; les éléments nerveux y étaient rares, et ceux que l'on rencontrait étaient en voie de régression. Les cellules étaient dépourvues de prolongements, et leur protoplasma envahi par des granulations graisseuses. Enfin on observait aussi des amas de corpuscules granuleux libres.

Dans d'autres points il était presque impossible de trouver des éléments nerveux, les granulations graisseuses étaient plus abondantes, les noyaux étaient plus gros mais moins nombreux, enfin la substance amorphe avait un aspect fibrillaire anormal, et l'on rencontrait çà et là des cellules à un ou deux noyaux bien distincts, pourvus d'un protoplasma peu volumineux et de prolongements très nombreux et très fins, s'enlaçant les uns avec les autres et donnant à ces éléments la forme étoilée ; quelques-uns de ces éléments étaient également en voie de régression ; quant aux vaisseaux, leur altération était plus profonde que dans les préparations précédentes ; les noyaux qui encombraient leur gaine adventice étaient moins nombreux, mais en revanche ils étaient couverts de granulations graisseuses. Ces cellules étoilées étaient les mêmes que celles qu'on observe dans la sclérose de la moelle. On a longtemps discuté sur leur nature ; on sait aujourd'hui que ces éléments ne sont pas autre chose que les éléments normaux de la névroglie, qui affectent à l'état normal la forme de cellules à prolongements très fins. Elles sont peu visibles, l'inflammation les fait s'hypertrophier et acquérir la forme que nous venons de décrire.

En résumé, les caractères principaux du tissu que nous observons étaient les suivants : hyperplasie des éléments conjonctifs analogue à celle décrite par M. Hayem dans l'encéphalite subaiguë, disparition progressive des éléments nerveux sous l'influence de cette hyperplasie, enfin altération de ces éléments hyperplasiés dont quelques-uns même étaient en voie de résorption. Après avoir constaté les éléments de l'encéphalite hyperplastique, nous voyions les phases successives de l'évolution. Je crois donc qu'il n'est pas téméraire de supposer que le processus de l'encéphalite hyperplastique conduit à la sclérose, et après la sclérose à la résorption des éléments

morbides. Et si nous avions pu le constater dans le cas présent, c'est que nous observions une encéphalite après douze ans d'évolution, fait qu'il est assez rare de rencontrer.

Le second cas que j'ai à rapporter met encore mieux en évidence ce travail de résorption; j'ai le regret de ne pouvoir en donner l'observation clinique qui malheureusement a été égarée, mais du moins j'ai le procès-verbal de l'autopsie et l'examen de pièces anatomiques qui ne sont pas moins intéressantes.

Dans le même moment où nous observions le cas que je viens de rapporter, nous faisons dans le laboratoire de M. Pierret, l'autopsie d'une femme âgée d'environ 50 ans et qui avait présenté durant sa vie des symptômes d'hystérie.

A l'ouverture de la cavité encéphalique, on ne notait pas d'asymétrie des os du crâne. La dure-mère un peu sèche laissait voir de petites dépressions. L'incision de la dure-mère laissa échapper une certaine quantité de liquide. Les circonvolutions étaient plus petites qu'à l'état normal, et les sillons qui les séparent plus larges. En outre, la surface des circonvolutions elle-même, au lieu d'être lisse, présentait de petites bosselures. Cet aspect s'observait aussi bien à droite qu'à gauche. En retirant le cerveau on s'aperçut immédiatement qu'une grande quantité de liquide qui était entre le cerveau et les méninges s'écoulait, et l'on put voir alors une énorme perte de substance portant sur les lobes occipital, pariétal et temporo-sphénoïdal de l'hémisphère droit.

La circonvolution pariétale ascendante était respectée, mais en arrière d'elle toute la partie postérieure de l'hémisphère n'existait plus et était remplacée par une poche contenant quelques débris de tissu cellulaire avec un peu de sérosité. La paroi supéro-externe était formée par les méninges épaissies et très fortement adhérentes à une mince couche d'un tissu grisâtre qui remplaçait la substance corticale des circonvolutions sous-jacentes, qui n'existaient plus; le centre ovale avait également disparu et la lésion atteignait la portion postérieure de la couche optique.

Les artères de la base étaient saines. Il n'existait pas d'asymétrie, soit au niveau des tubercules mamillaires, de l'étage inférieur des pédoncules, soit au niveau de la protubérance et du bulbe, des olives ou des pédoncules cérébelleux. Les deux lobes latéraux du cervelet ne paraissaient avoir subi aucune atrophie consécutive.

Or, dans la paroi de cette poche on trouvait des points de sclérose et des éléments analogues à ceux que nous avons primitivement décrits. Il s'agissait donc aussi d'une encéphalite, mais très ancienne et arrivée à ce degré de son évolution où tous les éléments morbides sont entièrement résorbés. L'observation de ces deux faits m'amène donc aux conclusions suivantes :

1° L'inflammation dans les centres nerveux se comporte comme dans les autres organes du corps humain. Elle aboutit à la production d'un exsudat dans la formation duquel le tissu connectif joue le principal rôle.

2° Cet exsudat est susceptible d'organisation ; mais à un certain degré d'évolution, il peut subir un processus régressif qui en amène la destruction.

3° Quant aux éléments nerveux, ils jouent un rôle passif et ne paraissent pas participer activement au travail inflammatoire. (Lyon médical.)

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Trachéotomie. — M. de Saint-Germain vient de faire une leçon sur ce sujet, leçon publiée par la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, et que vu son intérêt pratique, nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs.

Procédé de Heisler. — On opérerait les malades assis ; cette position est mauvaise, parce que la syncope est plus facile, le sang pénètre plus librement dans la trachée, et le malade peut succomber.

La position couchée est de beaucoup la meilleure.

Le chirurgien, placé à droite du malade, incisait la peau depuis l'extrémité inférieure de la pomme d'Adam jusqu'à la fourchette sternale, dans une étendue de 5 à 8 centimètres.

Lorsque la peau est fendue, en la tendant, on arrive sur l'aponévrose qu'on divise ; puis, les deux couches de muscles écartées, on arrive dans une masse presque exsangue située sur la trachée (cependant on y a assez souvent des hémorragies veineuses). Velpeau conseillait de lier ces veines à mesure qu'on les trouvait.

Cette grande incision est mauvaise, parce qu'elle laisse une large place à la diphthérie.

Procédé Bourdillat (inusité). — Du premier coup on divise toutes les parties molles jusqu'à la trachée ; on introduit son doigt sur la trachée, et on l'incise le long de son ongle.

C'est un procédé à l'aveuglette, parce qu'il n'est pas si facile qu'on le pense de sentir la trachée.

Procédé de l'auteur. — Si le tirage existe, il faut opérer et prendre la précaution d'avoir avec soi toujours des aides suffisants.

Le chirurgien doit porter avec lui sa *boîte à trachéotomie*, comprenant :

- 1° Un bistouri droit *neuf* ou repassé à *neuf* et au poli ;
- 2° Un bistouri boutonné ;
- 3° Un dilateur : le meilleur est celui à deux branches ;
- 4° Trois canules ordinaires ;
- 5° Du ruban de fil ;
- 6° De l'amadou et du taffetas ciré.

Le chirurgien doit choisir ses aides et leur indiquer leurs fonctions.

Il faut un *éclairage latéral*. Il faut un *rouleau à trachéotomie* ; on prend une bouteille et un oreiller, on roule l'oreiller sur la bouteille, et on fait un coussin très dur, destiné à être placé sous le cou de l'enfant.

On va chercher l'enfant soi-même et on le déshabille complètement.

Fonctions des aides. — Un aide tient la tête ; il faut que celui-là soit bien décidé à ne pas bouger ; les autres aides tiendront les mains, les pieds et le tronc.

Fixation de la trachée. — Il ne faut pas s'occuper de la trachée, parce qu'elle est profonde, surtout chez les enfants gras ; on saisit le larynx avec la main gauche entre le pouce et le médius, comme si on voulait l'énucléer ou plutôt passer derrière lui. Par ce moyen, on le fait saillir en avant.

Avant de le fixer, il faut prendre ses points de repère ; il faut marquer le point par lequel on pénétrera : ce point est la membrane crico-thyroïdienne.

Une fois le larynx fixé, la main gauche ne doit plus bouger ; on prend le bistouri de la main droite, et on l'enfonce dans la membrane crico-thyroïdienne. La peau doit toujours être bien tendue, ainsi que le cou, ce que l'on obtient avec l'oreiller dont nous avons parlé plus haut.

Le bistouri droit ne doit pas avoir plus d'un centimètre un quart de longueur ; on obtient cette longueur en tenant entre le pouce et le médius la lame du bistouri ; on peut mettre aussi du ruban de fil, du diachylon, etc.

Jamais on ne se sert du bistouri convexe ; on saisit le bistouri droit entre le pouce et le médius, et on l'enfonce perpendiculairement.

Au moment où on pénètre dans la trachée, il se produit un petit sifflement accompagné d'une légère pluie de sang. Dès que la ponction est faite, on fait l'incision en sciant doucement la trachée, la peau et les parties molles. La plaie cutanée doit être plus large et faite en sillon.

Quelquefois il ne sort rien que du sang ; on ne lâche pas son larynx, et l'on donne un second coup de bistouri.

Dès qu'on a fait la ponction et l'incision, il faut *fouiller avec l'index* dans la trachée ; par là l'on s'assure qu'on a pénétré dans la trachée ; ensuite le doigt empêche le sang de pénétrer dans les bronches.

Introduction du dilateur. — On prend le dilateur à pleine main ; et, se guidant sur l'index introduit dans la plaie, on le fait pénétrer dans la trachée et l'on ouvre modérément le dilateur.

La canule doit être introduite le plus vite possible ; car, dès qu'elle est introduite, l'hémorrhagie s'arrête ; on est sûr qu'elle est dans la trachée, quand il arrive beaucoup de sang avec des bouffées d'air chaud ; il faut ensuite coudre les lacs.

Soins consécutifs. — Lorsqu'on aura écouvillonné la canule intérieure, il faudra, lorsqu'on remet la canule, en tourner le verrou et attendre vingt-quatre heures avant de changer la canule.

Il faut laver la plaie avec de l'eau et de l'eau-de-vie et badigeonner d'huile d'olives les parties environnantes.

Application de la cravate. — Il faut placer de la tarlatane ou des gazes pour tamiser l'air.

Une précaution très importante à prendre, c'est la création d'une atmosphère humide dans l'appartement : « *il faut que le malade crache gras* ».

Pronostic. — Jamais se prononcer avant qu'il se soit écoulé trois fois vingt-quatre heures.

Changement des canules. — Dès le quatrième jour, il faut retirer la canule et laisser l'enfant sans canule pendant une ou deux heures.

Quand l'enfant est arrivé à rester vingt-quatre heures sans canule, on peut être sûr qu'il respire par la glotte.

Accidents. — On peut perforer la paroi postérieure de la trachée; on remarque cet accident par la grande difficulté qu'on a d'introduire la canule; la trachée devient comme un ruban.

Hémorrhagies. — Il n'y a pas d'hémorrhagies graves à craindre; si cela arrive, on met une grosse canule. Si de grosses artères donnaient chez un adulte, on retirerait la canule, et l'on mettrait des pinces hémostatiques sur tous les vaisseaux qui donnent du sang.

Trachéotomie en plusieurs temps. — Le malade est couché sur le dos, un coussin sous le cou (il est moins nécessaire que chez l'enfant). On fait une très large incision, partant de l'extrémité inférieure du cartilage thyroïde et allant de 7 à 8 centimètres au-dessous; on abandonne le bistouri et avec la sonde cannelée, on cherche le raphé médian, et l'on arrive, en fouillant, jusque sur la trachée; on lie les veines à mesure qu'on les rencontre.

Nélaton, convaincu que la trachée était profonde, avait employé le *cricotome*. Il faisait une incision cruciale devant le cricoïde, le fixait avec une pince, enlevait la partie antérieure du cricoïde, et mettait une canule dans ce trou béant.

Canules chez l'adulte. — Il faut se munir de canules assez longues et assez larges, et, au besoin, les faire faire d'avance.

Trachéotomie à chaud. — C'est un procédé nouveau, né avec le galvano-cautère, mais assez mauvais, et qui présente de nombreuses difficultés.

Les premiers essais de trachéotomie à chaud furent faites avec un petit cautère chauffé, qu'on introduisait dans la membrane crico-thyroïdienne; on agrandissait le trou fait avec un dilateur, et l'on introduisait une canule.

On a pris ensuite le bistouri boutonné, garni à sa base d'un ruban de fil mouillé; on faisait rougir la pointe du bistouri et on la plongeait dans la membrane crico-thyroïdienne; on sciait ensuite le cricoïde et deux anneaux de la trachée, tout cela sans une goutte de sang, et sans eschare latérale.

Thermo-cautère. — Les premières opérations au thermo-cautère furent déplorables; maintenant on opère par ponctions, et les eschares consécutives sont à peu près nulles; il ne faut pas appuyer sur le thermo-cautère comme sur un couteau, il ne faut pas non plus trop le chauffer.

Il ne faut pas ouvrir la trachée avec le thermo-cautère ; il faut l'ouvrir avec le bistouri.

Cette opération est bonne chez l'adulte, mais non chez l'enfant, d'abord parce que la trachée est plus difficile à trouver, ensuite parce qu'on est pressé par les circonstances. Ne jamais donc la tenter chez l'enfant et la préférer chez l'adulte.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De la présence anormale de l'acide urique dans les sécrétions salivaire, nasale, pharyngée, gastrique, sudorale, utérine, et dans le sang menstruel. — Indications diagnostiques et thérapeutiques, par le Dr BOUCHERON, ancien interne des hôpitaux (Note présentée à l'Académie des sciences par M. BOULEY, 22 août 1881.) On sait que les déchets de la nutrition, qui ne sont pas éliminés produisent en s'accumulant dans le sang, des accidents variés d'intoxication, d'autant plus durables que les matières toxiques peuvent être fabriquées presque indéfiniment par l'économie.

Parmi les déchets de la nutrition, sans parler des ptomaïnes de connaissance récente, l'un des plus importants est l'*acide urique* (Prout), dont l'accumulation dans le sang constitue l'*uricémie* (Garrod, Sée, Charcot, Gigot-Suard, Zalesky, Yacoud, Labadie-Lagrangé, Fernet, etc.).

Quand l'acide urique en excès, s'élimine anormalement par divers organes, il détermine l'apparition d'affections variées dites *uricémiques*, dont la plus anciennement connue est la *goutte articulaire*, caractérisée par l'élimination de l'acide urique dans les articulations. (Garrod.)

Il existe un grand nombre d'affections qui sont soupçonnées d'être sous la dépendance de l'acide urique, et dont la nature uricémique n'a pu être nettement démontrée, vu les insuffisances et les difficultés des analyses chimiques dans chaque cas.

Suivant cet ordre d'idées, et supposant que l'élimination anormale de l'acide urique était, chez certains malades, la principale cause des affections dont ils étaient atteints, nous avons recherché et trouvé, en effet, l'acide urique dans les sécrétions des organes malades. C'est ainsi que nous avons, avec les conseils de M. le professeur Grimaux et avec le concours de M. Chassin, pharmacien, ancien interne des hôpitaux, décélé

l'acide urique dans la sécrétion gastrique pituiteuse, qui nous était fournie par le vomissement matutinal ; dans la sécrétion nasale et pharyngée pendant l'évolution de certains catarrhes naso-pharyngiens, dans la sécrétion de la muqueuse utérine et dans le sang menstruel de certaines femmes, atteintes d'affections utérines, dans la sueur, comme l'avaient trouvé aussi plusieurs observateurs, entre autres : Charcot, Bell, Robin, Peter, et G. Daremberg. Dans tous les cas, les liquides à analyser, tout en étant difficiles à se procurer, pouvaient cependant être recueillis.

Mais pour les organes composés d'une cavité close, comme les séreuses articulaires ou autres, comme les globes oculaires qui conservent dans leurs cavités les liquides sécrétés ; et pour les organes dont les sécrétions s'épanchent dans les cavités splanchniques profondes, tels que le foie et les muqueuses gastro-intestinales, la démonstration de la nature uricémique de leurs affections est extrêmement difficile ou impossible pour chaque cas.

Restait donc à trouver une sécrétion assez abondante pour être analysée, s'épanchant à ciel ouvert et servant très fréquemment à l'élimination de l'acide urique en excès dans le sang.

La présence de l'acide urique dans cette sécrétion, fournirait la preuve directe de l'accumulation de cette substance dans le sang, la preuve directe de l'intoxication par l'acide urique, et la preuve indirecte que les affections variées dont souffre le malade sont sous la dépendance de cet agent toxique. La disparition des accidents concordant avec la disparition de l'acide urique dans la sécrétion, apporte une nouvelle preuve à l'appui.

La sécrétion qui joue très fréquemment le rôle d'émonctoire accessoire de l'acide urique, c'est la *sécrétion salivaire*.

En effet nous avons trouvé dans la salive de l'acide urique en abondance dans les principales variétés d'uricémie, quelles qu'en soient les causes :

1. Dans l'uricémie par arrêt de la fonction urinaire ou rétention de la majeure partie des liquides et matériaux de l'urine, chez des sujets névropathiques ou autres.
2. Dans l'uricémie par alimentation trop riche en azote.
3. Dans l'uricémie de sujets ayant été atteints de goutte aiguë franche-articulaire.

4. Dans l'uricémie de sujets atteints de goutte chronique articulaire.

5. Dans l'uricémie avec accidents morbides du côté du foie, de l'estomac et des intestins.

6. Dans l'uricémie avec lésions diverses de la peau.

7. Dans l'uricémie avec lésions oculaires (décollements de la rétine, choroïdites et corps flottants du corps vitré, iritis, kératite, névrite optique, conjonctivites, blépharites.

8. Dans l'uricémie avec lésions de l'oreille et surdité.

9. Dans l'uricémie avec détermination morbide du côté des reins, des bassinets, de la vessie.

10. Dans l'uricémie avec détermination morbide sur l'appareil cardio-vasculaire.

11. Dans l'uricémie avec accidents encéphalo-névropathiques.

Procédé opératoire. — C'est avec la réaction de la murexide que nous avons obtenu les meilleurs résultats pour la recherche qualitative de l'acide urique dans la salive. Cette réaction n'exige qu'une faible quantité de liquide, elle est rapide et caractéristique.

Pour la bien réussir nous recommandons les précautions suivantes : avec un ou deux grammes de salive déposés sur une capsule de porcelaine plate, une soucoupe par exemple, on chauffe légèrement au-dessus d'une lampe à alcool, de manière à amener la dessiccation du liquide sans déterminer d'ébullition, et sans laisser jaunir le dépôt, aussitôt la dessiccation produite, passer très légèrement sur le dépôt salivaire, une baguette de verre humectée d'acide azotique, puis immédiatement une autre baguette humectée d'ammoniaque en solution, l'exposition aux vapeurs d'ammoniaque suffit quelquefois quand la quantité d'acide urique est faible.

Trop d'acide azotique ou trop d'ammoniaque nuisent à la réaction. Si la salive renferme de l'acide urique, on voit se produire la coloration pourpre caractéristique, souvent avec une intensité de coloration presque égale à celle que donne l'urine diurne traitée de la même manière.

La comparaison entre la réaction de la murexide et les procédés cliniques de recherche de l'acide urique (précipitation de l'acide urique par les acides forts, cristallisation sur un fil, etc.) nous ont montré que la présence de la mucine qui entrave la réaction de la murexide dans une certaine mesure s'oppose, dans de bien plus fortes proportions à la précipitation de l'acide urique de ses solutions. C'est en se basant sur la non-précipi-

tation de l'acide urique qu'on a pu nier la présence de l'acide urique dans certains liquides, et en même temps nier la nature uricémique des affections qui les ont produits.

Tous les uricémiques n'éliminent pas leur excès d'acide urique par la salive, mais chez les sujets qui l'éliminent par leur salive, on trouve dans cette élimination des indications de la plus haute importance :

1. Pour le diagnostic de l'état d'uricémie.
2. Pour la prophylaxie des accidents d'intoxication uricémique imminents.
3. Pour la direction du traitement quand les accidents d'intoxication uricémiques se sont produits.
4. Pour le choix de la voie d'élimination thérapeutique de l'acide urique en excès.
5. Pour la connaissance du moment où a cessé l'état d'uricémie.
6. Pour le choix formel d'un régime alimentaire et d'une hygiène antiuricémique.
7. Pour la connaissance des résultats quotidiens de la thérapeutique, de l'alimentation et de l'hygiène prescrites.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 23 août.

Présidence de M. LEGUEST

M. Burq a inventé un appareil qui se compose essentiellement d'un flacon gradué d'une capacité d'environ trois litres. La douille de cuivre qui entoure son ouverture est en rapport : 1° avec un levier horizontal muni de poids curseurs ; 2° avec trois conduits de caoutchouc, dont l'un sert à insuffler de l'air avec la bouche dans le flacon, dont les autres communiquent avec des sacs imperméables à l'air et à l'eau et pouvant tenir en réserve soit l'air venu des poumons, soit l'eau chassée du flacon par l'air qui y est introduit. On comprend que dans ce dernier cas le volume d'eau expulsé correspond exactement au volume d'air qui en prend la place.

M. Burq destine cet appareil à mesurer à l'aide du levier, la force d'inspiration des poumons et aussi leur capacité à l'aide des ballons. Il estime qu'on peut espérer, par un exercice ré-

pété, par une sorte de gymnastique, donner aux muscles thoraciques la force qui leur manque : l'appareil serait précieux pour les chanteurs. Nous ne pouvons qu'indiquer les intentions de notre confrère, sans nous prononcer d'aucune façon sur les résultats pratiques, dont il nous a paru qu'il n'était pas question.

C'est M. Gavarret qui a présenté l'instrument; mais à coup sûr il ne le connaissait guère, puisque, au moment de le faire fonctionner ce diable de système s'est obstiné à demeurer inerte en dépit des robinets tournés, des tubes pressés, etc. Il a fallu requérir M. Burq, qui, aussitôt a dompté le rebelle. Mais on ne se joue pas impunément d'un physicien comme M. Gavarret; l'appareil Burq paiera tôt ou tard cette incongruité.

M. Ch. Richet communique une note renfermant le détail de ses expériences sur des lapins et des chiens soumis à l'électrisation tétanique. On sait qu'en conduisant l'électrisation de certaine manière on parvient à communiquer aux muscles une contracture tétanique qui détermine rapidement la mort.

M. Ch. Richet voulait pénétrer le mécanisme de la mort survenue par électrisation tétanique.

Tout d'abord, il a remarqué que les lapins mouraient d'asphyxie, les chiens d'hyperthermie. Il n'y avait pas à s'y méprendre; l'asphyxie et l'hyperthermie étaient si bien les causes directes de la mort qu'en les supprimant par un procédé quelconque (la respiration artificielle, les affusions d'eau froide) on pouvait lorsque l'électrisation n'avait pas dépassé certaine mesure, soustraire le sujet aux conséquences meurtrières du tétanos.

Un tampon placé dans la trachée d'un lapin produit par asphyxie la mort apparente en trois minutes, la mort réelle en 5 ou 6 minutes, tandis que l'électrisation tétanique le foudroie en moins d'une minute, comme le tétanos strychnique. Que se passe-t-il dans ces dernières circonstances? M. Ch. Richet pense que l'électrisation épuise avec la plus grande rapidité la force musculaire du lapin sur laquelle il va s'expliquer tout à l'heure et qu'elle ne l'épuise pas chez le chien. Dans le chien en expérience, l'ascension thermique, partie de la température normale qui est environ 39° s'élève jusqu'à 44°. 5 avec une progression de 0°,2 par minute. A ce point extrême la respiration est devenue tellement anhéante qu'on ne saurait compter les mouvements inspiratoires et respiratoires.

A quelles limites la température est-elle mortelle, soit con-

sécutivement, soit immédiatement? M. Ch. Richet a observé que la température de $43^{\circ},5$ était mortelle consécutivement, celle de $44^{\circ},5$ mortelle immédiatement. Et, comme la température normale de l'homme est inférieure de 1° à celle du chien, il en conclut que les chiffres de $42^{\circ},5$ et $43^{\circ},5$ représentent pour l'homme les températures mortelles soit consécutivement, soit immédiatement.

L'électrisation tétanique agit, suivant M. Richet, en opérant un travail extraordinaire du muscle, qui se traduit par la contraction permanente. Ce travail épuise ou n'épuise pas, suivant les espèces auxquelles on s'adresse, la *substance comburante* mise en réserve par l'organisme pour l'action musculaire et alimentée par l'oxygène du sang. Dans le premier cas, il y a asphyxie; dans le second hyperthermie. Mais, au cas d'asphyxie, si la respiration devenue normalement impossible est entretenue artificiellement, la mort n'a pas lieu, car la substance comburante se reproduit avec une grande facilité. Au cas d'hyperthermie, si on empêche les effets sur l'innervation de l'excès de chaleur, la mort n'a pas lieu non plus, et l'électrisation cessant, l'économie reprend son équilibre.

Reste, à notre avis, à expliquer pourquoi, même avec la respiration artificielle et les affusions, l'électrisation peut déterminer la mort consécutivement. Ne serait-ce point qu'il y aurait autre chose qu'un dérangement dans la production et la consommation de la *substance comburante*? L'électrisation cessant, ce dérangement disparaît; si l'effet meurtrier persiste, n'est-ce point parce qu'une lésion plus intime, celle du système nerveux, empêche le rétablissement de la fonction.

C'est un simple point d'interrogation que nous entendons placer ici, sans la moindre idée de critique : les recherches de M. Ch. Richet ne font que commencer; nul doute que le eune expérimentateur ne soit amené à aborder le problème que nous indiquons.

MM. Krishaber et Dieulafoy se sont adressés aux principales singeries de l'Europe, notamment à celle de Francfort. Il paraît que dans le pays allemand, surtout à Francfort, les singes prospèrent de façon à démentir tout à fait le préjugé qui veut que tous les quadrumanes deviennent fatalement phthisiques en Europe. MM. Krishaber et Dieulafoy, après avoir fait cette intéressante constatation, exposent les inoculations pratiquées par eux avec des substances tuberculeuses provenant de l'homme sur seize singes répartis en plusieurs

groupes. On avait eu soin de réserver 24 animaux à titre de témoins. On avait choisi les singes parmi les variétés qui, comme l'homme, contractent la tuberculose spontanée.

Le massacre a réussi complètement. Sur le premier groupe, comptant trois individus, deux toutefois ont survécu; sur les treize autres pas un seul n'a échappé. Deux ont succombé à une mort accidentelle; c'est bien la phthisie tuberculeuse qui a exterminé les onze restants. La granulation grise a paru plus active que les autres substances employées pour les inoculations. La mort est survenue dans un intervalle variant de 40 à 218 jours.

Conclusion : l'inoculation de la tuberculose de l'homme au singe tue celui-ci neuf fois sur dix.

M. Hervieux s'est juré de poursuivre **M. J. Guérin** dans ses derniers retranchements. **M. J. Guérin** a invoqué, comme nous l'avons dit, une conversation qu'il aurait eue à Londres récemment avec **M. Varlomont**. **M. Hervieux** tient à arracher à **M. J. Guérin** l'avantage de posséder **M. Varlomont** dans son camp ou sur les limites de son camp. On s'est donc battu aujourd'hui sur le dos de **M. Varlomont**. **M. Varlomont** a écrit à **M. Hervieux** : il proteste qu'il est toujours fervent partisan de la vaccination animale. Il a écrit à **M. Jules Guérin** : « Eminent confrère, lui dit-il, je vous ai dit que j'étais prêt à signer deux des conclusions opposées par vous aux conclusions du rapport de **M. Depaul**, parce que vos conclusions, à mon avis, pouvaient être acceptées par **M. Depaul** lui-même. Pour le reste, vous m'avez mal entendu ou mal compris : j'estime que la vaccination animale est préservatrice; jusqu'à ce jour aucun fait bien établi ne m'a prouvé le contraire et je suis convaincu que ce procédé est appelé dans l'avenir à rendre les plus grands services. »

Voilà bien du bruit, a fait justement remarquer **M. J. Guérin**, pour établir l'opinion de **M. Varlomont**. Elle m'importe moins cependant que les faits dont j'ai à vous entretenir. Je m'engage à venir ici dans quinze jours avec les résultats du dépouillement que j'aurai accompli de tous les documents relatifs à la vaccine adressés à l'Académie dans ces dernières années. Il y a là des observations, des essais, des remarques qui parleront plus haut que tous ces propos.

A la bonne heure !

M. Depaul. — J'aurai le regret d'être absent; et puisque notre confrère avec un sentiment de loyauté chevaleresque que

j'apprécie, annonce ainsi l'ouverture du tournoi, je lui demande s'il ne pourrait la retarder un peu.

M. Jules Guérin. — J'appelle, afin que la lumière se fasse, toutes les contradictions, loin de les fuir. J'attendrai le retour de M. Depaul.

On n'est pas plus courtois. Et cela vaut mieux que de s'attarder à des commérages.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION I. — ANATOMIE (Suite).

6 août. — Le professeur Hannover, de Copenhague, fait une communication sur le cartilage primordial du crâne humain.

Puis une discussion s'engage, provoquée par le Dr Cunningham d'Édimbourg. Il s'agit de déterminer exactement la relation qui existe entre la source d'innervation et l'homologie musculaire, sujet nouveau, on le voit, mais à cause de cela même encore bien obscur.

Le principe a été posé par le Dr Ruge d'Heidelberg. Le muscle, dit ce savant, doit être considéré comme l'organe terminal du nerf, et par conséquent, lorsque la position et les rapports d'un muscle sont modifiés, on peut toujours reconnaître ses relations antérieures et classiques par le moyen de la source dont il reçoit l'influx nerveux.

Mais, s'il en est ainsi, pourquoi la réciproque n'est-elle pas vraie? Pourquoi les anomalies nerveuses, si fréquentes, par exemple, à l'origine des principaux plexus ne s'accompagnent-elles pas toujours d'anomalies musculaires? C'est ce que se demande le Dr Cunningham qui, reculant la proposition de M. Ruge, n'admet de rapports constants qu'entre les muscles et leurs *foyers nerveux dans la moelle épinière*.

Nous entendons ensuite deux communications ayant trait aux origines profondes des quelques nerfs crâniens.

Enfin le Dr Howard, de New-York, termine la séance par la lecture d'un travail plutôt physiologique qu'anatomique sur l'élévation de l'épiglotte par la position.

L'épiglotte, dit-il, est relevée instantanément aussi haut que possible par l'extension forcée de la tête et du cou.

L'os hyoïde, en effet, est tiré en avant et en haut par les muscles qui l'unissent au maxillaire inférieur et l'épiglotte

fixée à cet os par le ligament hyo-épiglottique en suit tous les mouvements.

On comprend l'intérêt de cette communication, au point de vue de l'examen laryngoscopique. Mais c'est surtout pour prévenir les accidents d'asphyxie sous le chloroforme qu'il est bon de connaître le mécanisme invoqué par M. Howard. Nous ne possédons pas, dit-il lui-même, d'autre moyen que l'extension forcée de la tête et du cou, pour élever complètement l'épiglotte sur un malade insensible et dans la position dorsale.

8 août. — 1^o Professeur Kölliker, de Würzburg : « Du développement du méroderme chez le lapin. »

2^o Professeur Kölliker, au nom du Dr Théodore Kölliker : « De l'os inter-maxillaire de l'homme. »

3^o M. E. H. Fenwick : « Les veines sous-cutanées du tronc. »

Arrêtons-nous un instant sur cette troisième communication.

Des troncs veineux se portent du réseau de la face antérieure du tronc aux veines fémorale, axillaire, et sous-clavière, et l'action semblable à celle de la pompe de Sprengel, exercée par ces larges veines, est aidée par des valvules, convenablement dirigées et placées à l'orifice de ces troncs veineux.

Telles sont en substance les conclusions du Dr Fenwick. Il a pratiqué ses recherches sur des cadavres non injectés afin de bien déterminer la direction et la position des valvules.

Des longs troncs veineux, dit-il, relient les veines axillaire et fémorale des deux côtés, présentent à leur orifice des valvules puissantes, dirigées de telle façon que le passage du sang des extrémités dans les parois abdominales ou thoraciques, est empêché.

Il y a donc là une disposition valvulaire analogue à celles que M. Houzé de l'Aulnoit a décrites entre le système superficiel et le système profond des veines du membre abdominal.

L'analogie est encore plus grande si l'on considère les veines épigastriques. Pour M. Fenwick, en effet, les superficielles sont reliées aux veines épigastriques profondes et sont munies de valvules qui permettent au sang de passer des premières dans les secondes, mais qui s'opposent au retour du sang.

On trouve un système analogue au précédent entre les veines épigastriques profondes et la mammaire interne.

Les veines intercostales enfin, reliant la veine mammaire

interne avec l'azygos, présentent précisément la même disposition valvulaire.

Après M. Fenwick, nous entendons le professeur Struthers, d'Aberdeen, qui lit un mémoire sur les écoles d'anatomie anglaises et étrangères.

Vous êtes orfèvre, c'est-à-dire anatomiste, monsieur Struthers! Quand vos écoles de la Grande-Bretagne seront, suivant votre désir, organisées comme les Universités allemandes; quand des professeurs exclusivement anatomistes, pleins de dédain, par conséquent, pour les élèves qui s'occuperont d'une autre science, auront créé toute une génération d'anatomistes distingués, quel bénéfice en retirerez-vous?

L'anatomie pratique, l'anatomie médicale et chirurgicale que vous proclamez vous-même mieux connues dans vos écoles que dans les Universités allemandes, seront alors délaissées. Vous aurez des élèves très forts en anatomie morphologique et microscopique, mais ils ignoreront l'anatomie des régions.

Comme en Allemagne, vous publierez de volumineux mémoires sur les caractères normaux des embryons; vous aurez une opinion originale sur la question de la vésicule allantoïde de l'homme; mais pour deux étudiants entraînés sur ce terrain véritablement trop spéculatif, auxquels vous aurez inculqué l'amour du microscope et de l'embryogénie, dix resteront qui auront perdu leur temps à l'étude de ces questions extra-médicales, dix qui ne pourront que très difficilement faire de bons praticiens, leur instruction péchant par la base.

Non, mille fois non, une école d'anatomie ne doit pas avoir pour but exclusif de former des hommes qui produisent. Elle doit, comme notre école pratique de Paris, préparer sérieusement l'élève à l'étude de la médecine et de la chirurgie, lui bien faire connaître le corps humain dont il aura à diagnostiquer et à traiter plus tard les lésions; mais c'est aux laboratoires particuliers qu'il faut que l'étudiant demande une instruction plus complète, si ses goûts le poussent dans cette voie.

En un mot, l'étude de l'anatomie telle que la comprend M. John Struthers, c'est-à-dire une étude assez étendue pour absorber plusieurs années de la vie d'un homme, ne peut pas être obligatoire. On doit la favoriser, la rendre facile à ceux qui désirent s'y consacrer. Mais elle ne saurait jamais être que facultative.

9 août. — Dernier jour du Congrès. Nous n'entendons guère que des communications. Le temps, en effet, ne permet plus de discuter les propositions émises par les différents orateurs.

C'est le Dr Rein, de Saint-Petersbourg, qui ouvre la séance par la lecture d'un mémoire sur le développement de la glande mammaire.

Nous avons assisté à cette lecture. Nous venons de relire avec le plus grand soin, dans le volume des « *Abstracts* », les conclusions du Dr Rein, mais nous sommes obligé de reconnaître qu'elles ne présentent absolument rien d'original.

L'auteur distingue six stades dans le développement de la glande mammaire : le stade tuberculeux, le stade lenticulaire (pendant lesquels l'épithélium s'hypertrophie sur un point de la peau), le stade conique et le stade en forme de manne (caractérisés par l'invagination dans le derme des cellules épithéliales), le stade de formation de bourgeons, enfin le stade de dégénérescence du dépôt épithélial primitif et de développement du dépôt secondaire.

M. Rein, on le voit, sépare les uns des autres les phénomènes de l'évolution de la glande. Les distinguant, il les désigne sous un nom toujours nouveau sinon toujours heureux.

Mais on pourrait retrouver la même description dans tous les ouvrages classiques. A ce point de vue donc, nous le répétons, sa communication ne présente aucune originalité.

Après le Dr Rein, nous entendons le Dr Ganon (de Londres).

Il veut, dit-il, attirer l'attention sur la mensuration pelvienne pour la comparaison des bassins des différentes races humaines et l'adoption d'une méthode uniforme et facile.

Voici les mensurations principales classées d'après l'auteur suivant leur ordre d'importance.

1. Longueur du sacrum.
2. Largeur du sacrum.
3. Largeur entre les épines antérieures et supérieures de l'os iliaque.
4. Largeur entre les crêtes iliaques.
5. Hauteur du bassin.
6. Largeur de l'os iliaque.
7. Distance minima entre les os iliaques en arrière du sacrum.
8. Distance du bord postérieur de l'acétabulum à la symphise.
9. Profondeur pubio-ischiatique.
10. Distance entre les limites internes des trous sous-pubiens.
11. Diamètre antéro-postérieur du détroit postérieur.
12. Diamètre transverse du détroit supérieur.

13. Diamètre transverse du détroit inférieur.

14. L'angle sous-pubien.

Nous entendons enfin une communication du D^r Lebedeff (de Saint-Petersbourg) sur l'origine de l'anencéphalie et du spina-bifida chez les oiseaux et les hommes.

Et un mémoire du D^r Sapolini (de Milan) sur un treizième nerf cérébral.

C'est de l'Italie que nous viennent aujourd'hui les nerfs crâniens supplémentaires.

En résumé, beaucoup de travaux ont été présentés à la section d'anatomie; mais un très petit nombre offrent un intérêt pratique, réel. C'est à l'exposition de ces derniers que nous nous sommes surtout attaché; nous avons d'ailleurs expliqué dans les derniers articles les raisons de notre conduite à cet égard.

Comme il est facile de le deviner, peu de communications anatomiques ont été l'objet de discussions sérieuses. Les faits se contrôlent; à peine donnent-ils quelquefois lieu à des interprétations différentes.

Nous verrons dans le prochain article que les travaux de la section de physiologie ont présenté un tout autre caractère. A ce point de vue même, M. Foster, le président de la seconde section, nous paraît avoir, beaucoup mieux que tous ses collègues, compris l'organisation et le mode de fonctionnement des congrès.

(A suivre.)

F. Joux,
Interne des Hôpitaux.

REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

A propos du secret professionnel.

Peu de professions ont cet honneur de parer à certaines heures ceux qui les exercent d'une sorte de sacerdoce: un des plus beaux privilèges des médecins et des avocats est le respect du secret professionnel, grâce auquel ils deviennent les confidents éclairés des douleurs de l'âme ou du corps, de l'esprit ou de la conscience, et peuvent, doivent, le conseil donné, le remède fourni, ensevelir au fond de leur cœur la confiance reçue.

Nous comprenons qu'on se montre jaloux de cette noble prérogative; mais les conditions dans lesquelles elle se doit exercer ne laissent point que de présenter des espèces embarrassantes; le médecin, par exemple, se trouve placé entre son

rôle qui lui commande la discrétion, et la société qui lui demande son aide pour la répression d'une faute.

A notre avis, il est bien difficile de ne pas admettre que c'est au médecin seul qu'il appartient d'être juge des cas où sa langue doit rester enchaînée : lui ordonner de soumettre ses hésitations à l'examen d'un magistrat serait méconnaître absolument le vœu de la loi et rendre illusoire le secret professionnel.

Ainsi, le docteur Lesueur de Cernay, vient de se faire condamner à cent francs d'amende par la Cour d'assises de l'Eure, pour avoir refusé de répondre à la citation à lui délivrée par le parquet, demandant son témoignage dans une affaire d'avortement, et pour s'être retranché derrière le secret professionnel.

Nous commencerons par dire que l'honorable praticien a eu tort de ne pas répondre à la citation ; de toute façon il lui fallait comparaître, dût-il, après avoir donné son nom, garder le silence sur les questions posées en déclarant qu'il ne connaissait les faits qu'en sa qualité de médecin et ne pouvait en conséquence parler.

Mais écartons ce point et voyons plus loin.

L'article 378 du Code pénal est ainsi conçu : « Les médecins, » chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets à eux confiés, » qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cent francs » à cinq cents francs. »

Rappelons que les crimes auxquels fait allusion l'article précité en ordonnant leur révélation, sont ceux qui intéressent l'Etat tout entier.

Bien avant la loi les médecins avaient d'eux-mêmes reconnu et respecté ce principe.

Le livre de Briand et Chaudé sur la médecine légale confirme notre opinion sur l'impérieux besoin de laisser les médecins seuls juges de discerner ce qu'il leur faut taire et les cas où ils peuvent résister aux demandes de la justice.

« Lors donc que le médecin est appelé devant la justice » comme témoin, disent-ils, il ne doit compte que des faits » venus à sa connaissance autrement que comme médecin ; » sur tous les faits dont il est devenu dépositaire à raison de » sa profession, il doit se taire, et deux arrêts des Cours de » Montpellier (23 septembre 1827) et de Grenoble (23 août » 1828) ont décidé que l'obligation du secret continue d'exister » dans le cas même où celui que les faits concernent et qui

» les a confiés, a demandé la révélation ; car l'obligation prescrite par l'article 378 est établie dans un intérêt général, et ce n'est qu'à ce prix que des professions dont l'exercice importe à la société tout entière peuvent jouir de la confiance et de la considération nécessaires. »

Constatons que, depuis quelque temps, la jurisprudence marque une tendance regrettable à réagir contre l'admission absolue de ce principe et à établir des distinctions un peu subtiles ; ainsi nous ne comprenons pas qu'un arrêt de la Cour de cassation ait pu imaginer des nuances entre le caractère plus ou moins confidentiel des faits portés à la connaissance du médecin.

La seule question à poser est celle-ci : « Est-ce comme médecin que vous avez eu occasion de constater telle chose ? » Si oui, le secret s'impose. Encore une fois, établir des distinctions aurait pour résultat de lancer le corps médical dans mille divergences d'appréciations que la rigueur salutaire d'un principe ferme et d'une règle inflexible peuvent seulement éviter.

L'arrêt de la Cour d'assises de la Seine du 10 avril 1877, rappelé par les journaux à propos de l'arrêt de la Cour de l'Eure, a visé le cas où le médecin refusait de comparaître ou du moins de prêter serment avant de savoir si les questions posées le mettraient dans la nécessité d'invoquer le secret professionnel.

Disons pour l'honneur du corps médical que si on a vu plusieurs fois des médecins se faire condamner, par un scrupule de conscience estimable, plutôt que de parler, on en a vu bien rarement poursuivis pour avoir violé les prescriptions de l'article 378.

Au résumé, le médecin cité comme témoin doit comparaître, puisqu'il faut toujours répondre à une citation de justice, prêter le serment demandé, et, dès que la question posée vise un fait révélé à l'occasion de la profession, refuser de répondre en invoquant la loi même.

Quant au D^r Lesueur, on ne peut que s'incliner devant les motifs qui l'ont porté à préférer une condamnation à ce qu'il considérerait justement comme la violation d'un des plus nobles devoirs de sa profession.

Fabrice CARRÉ,
Avocat.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

3 Septembre 1881

APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE
MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

REVUE DES SCIENCES

SOMMAIRE : Hyperostoses généralisées. — Fractures



Hyperostoses généralisées. — M. Leloir vient de présenter à la Société biologique un malade véritablement intéressant chez qui, depuis une dizaine d'années, tous les os du squelette ont acquis un développement lent mais progressif et parfaitement régulier. Quant à la cause de cette singulière hyperostose, elle est restée jusqu'à présent inconnue. Le malade dont il s'agit est âgé de cinquante ans à peu près : on ne trouve ni chez les siens, ni dans son existence antérieure aucun antécédent morbide notable, si ce n'est qu'il eut autrefois, travaillant dans les sels de plomb, quelques signes d'intoxication saturnine : coliques et paralysie des extenseurs. Depuis il a complètement abandonné son premier métier pour se faire colleur d'affiches. Pas traces de scrofule, rhumatisme, syphilis ou autre diathèse. C'est peu de temps après le Siège qu'il a ressenti les premières atteintes du mal dont il se plaint aujourd'hui. Dès l'abord il n'y eut que des courbatures, des douleurs vagues dans les membres qui sont devenus bientôt le siège d'un léger œdème. Plus tard, il remarqua que sa coiffure devenait pour sa tête de plus en plus étroite, enfin il constata l'augmentation de volume des os des membres supérieurs et inférieurs.

Il est à présent presque complètement impotent, ne pouvant plus marcher, ayant de la difficulté à respirer, souffrant de maux de tête incessants et presque toujours plongé dans un état de semi-coma. Tout le squelette est symétriquement hypertrophié sans que la configuration générale du corps en soit fort altérée. Les côtes augmentées de volume se touchant presque,

Septembre, T. II, 1881.

28

gènent le jeu de la respiration; les os du crâne, en comprimant le cerveau, sont cause de cette torpeur intellectuelle dont ne sort plus le malade, et par l'étranglement des paires crâniennes au niveau des trous de la base entraînent des désordres de l'odorat, de l'ouïe et de la vue. Enfin les douleurs en éclairs qui s'irradient de la moelle vers les membres inférieurs, comparables aux douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice, sont vraisemblablement dues à l'effacement des trous de conjugaison par la néo-production osseuse. Il se passe ici sans doute ce que M. Charcot signale sous le nom de pseudo-névralgies dans le mal vertébral des cancéreux, alors que les vertèbres ramollies s'affaissent comprimant les nerfs à leur sortie de l'étui rachidien.

Mais chez le malade en question, on ne peut nulle part saisir vestige de ramollissement osseux. Ajoutons que les urines analysées se sont toujours montrées normales dans leur composition.

Pour M. Joffrey il aurait été de première importance de peser rigoureusement le malade. On posséderait par ce moyen un précieux renseignement : on saurait s'il y a ostéoplasie véritable, ou augmentation de volume de l'os sans nouvelle production osseuse, sorte d'ostéo-porose.

M. Hanot croit que le malade présenté, tout curieux qu'il est, n'est pas une exception. C'est un simple ostéo-malacique. Il faut connaître que l'ostéo-malacie peut présenter deux périodes : l'une d'induration des os, l'autre de ramollissement. Sir James Paget a bien décrit cette succession. Le malade présent n'en est qu'au premier acte, mais on peut penser que la maladie évoluera et que d'ici peu on pourra la confondre avec tous les cas habituels d'ostéo-malacie. Autrefois, en collaboration avec M. Bouley, M. Hainot a publié l'observation d'un individu qui passa par les deux phases qu'il vient d'indiquer.

La suite prononcera.

Fractures du crâne. — Il s'en faut que le mécanisme suivant lequel se produisent les fractures du crâne soit complètement élucidé. On s'accorde généralement à ne plus vouloir reconnaître, pour les fractures de la voûte, qu'il se puisse faire des fractures par contre-coup. Du point où le corps vulnérant a déprimé, puis fait céder la paroi crânienne peuvent se détacher une ou plusieurs fissures avec ou sans pénétration, qui se prolongent plus ou moins loin sur les os voisins jusqu'à

la base. De fractures indirectes, expliquées autrefois par les vibrations ellipsoïdes, on n'en admet plus guère : (voir S. Du-play). Cependant on en rencontre encore quelquefois, témoin celle que nous allons relater après M. Tuffier, dont l'observation fut présentée, avec pièces à l'appui, devant la Société anatomique. C'est que « sous l'influence d'un choc, la boîte crânienne ne cède pas nécessairement juste au point frappé, quelquefois un peu plus loin; les conditions de résistance du crâne ne pouvant être assimilées à celles qu'offrirait une sphère creuse dont les parois seraient également élastiques et résistantes (Terrier) ».

Nous empruntons l'observation qui suit, en la résumant, au *Progrès médical* du 13 août :

A l'autopsie d'un M. X..., âgé de 30 ans, qui s'était donné volontairement la mort d'un coup de revolver dans la tête et qui frappé debout, tomba violemment de toute sa hauteur sur le dos sitôt le coup porté, on trouva outre, des lésions diverses accessoires peu intéressantes, le crâne perforé à droite dans la région temporale d'un petit trajet circulaire de 7 millimètres de diamètre environ, orifice d'entrée du projectile. Dans la région pariétale gauche, sur une ligne droite passant par l'orifice d'entrée précédent et dirigée de droite à gauche et légèrement de bas en haut et d'avant en arrière un second orifice, orifice de sortie, deux fois plus grand que le premier, circonscrit par de petites esquilles osseuses rebroussées en dehors.

D'aucun point de ces deux orifices, on ne peut voir partir un trait de fracture, et cependant la calotte crânienne présente des solutions de continuité.

En avant, trois traits de fracture s'irradient de la bosse frontale gauche comme centre. L'un s'étend en arrière jusqu'au milieu du pariétal gauche, où il s'arrête après avoir traversé la suture fronto-pariétale. Les deux autres descendent obliquement en dehors sur les deux arcades sourcilières qu'elles traversent pour se prolonger sur les lames criblées de l'ethmoïde et de la paroi supérieure de l'orbite et séparer ainsi tout un fragment du frontal, fragment triangulaire, à sommet supérieur et s'arrêtant en bas à l'étage moyen.

En arrière existe une longue ligne circulaire passant au-dessus de la protubérance occipitale, mais n'allant pas jusqu'à l'orifice d'entrée.

Nous passons sur les lésions cérébrales sans intérêt, puisque

Septembre, T. II, 1881.

29

le blessé succomba presque aussitôt, avant même d'être arrivé à l'hôpital.

Cette pièce n'est-elle pas intéressante par l'indépendance des fractures par rapport aux orifices d'entrée et de sortie de la balle?

Si dans une certaine mesure on peut accepter, ainsi que M. Tuffier en fait l'observation, que la fracture postérieure est justement indépendante des orifices d'entrée, produite qu'elle aurait été par la chute sur la nuque, que dire de la fracture multiple de l'étage antérieur?

PATHOLOGIE

DE LA NATURE DE L'OZÈNE ET DE SON TRAITEMENT

Par le Dr ÉDOUARD FOURNIÉ (1).

Nature de l'ozène. — *L'ozène constitue-t-il une maladie distincte?* — Nous examinerons d'abord si l'ozène constitue par lui-même un état morbide distinct, ou bien s'il est l'expression de plusieurs états morbides différents.

Jusqu'à ces dernières années, les mots *ozène* et *coryza chronique* servaient à désigner la même affection. Encore, en 1869. Desnos, dans un excellent article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, accepte cette synonymie, et, si on cherche, dans le même ouvrage le mot *ozène*, on ne trouve qu'un simple renvoi. Pourtant, Trousseau, dans ses cliniques, faisait déjà remarquer que, souvent, l'ozène affecte des allures particulières qui en font une maladie à part : « Lorsque dit-il, rien ne permet de penser qu'il existe une phlegmasie de la membrane pituitaire, une nécrose des os du nez, quand l'individu atteint de punaisie a les attributs de la plus florissante santé, nous nous voyons forcé d'admettre que, dans ces cas, la sécrétion nasale a une fétidité spéciale, et c'est réellement à cette forme de l'ozène qu'il faudrait conserver l'épithète de punaisie constitutionnelle (2). »

Cette remarque, pleine de justesse, resta pendant longtemps lettre morte; mais, quelques années plus tard, Warrington Howard ajouta aux trois variétés d'ozène habituellement ad-

(1) Communication faite par l'auteur dans la section des *maladies de la gorge* au Congrès médical de Londres, août 1881.

(2) Trousseau, *Clinique médicale*, 3^e édition, t. I, p. 544.

mises : ozène scrofuleux, syphilitique et traumatique, un quatrième groupe, l'ozène idiopathique (1) : l'auteur anglais, il est vrai, reste muet sur la pathogénie de cette dernière forme. Il se borne à faire remarquer qu'il a souvent eu l'occasion d'en observer des exemples chez des enfants récemment atteints de rougeole ou de scarlatine, et chez des jeunes femmes mal réglées.

Plus familiarisés avec l'examen rhinoscopique, les médecins durent bientôt reconnaître que l'ozène n'est pas fatalement lié à l'existence d'altérations sérieuses de tissus. Restait alors à en trouver la cause. Quelques-uns s'en tirèrent à bon compte ; ils prétendirent que, dans l'ozène, les désordres anatomiques sont constants, mais que les ulcérations, cachées dans la profondeur des cavités nasales, échappent aisément à l'examen. Malheureusement pour la théorie, des autopsies, dont les résultats furent plus tard confirmés par les recherches de Hartmann (2), démontrèrent l'absence de lésions nasales spécifiques.

Bien que Trousseau ait écrit que : « on voit fréquemment des personnes dont les narines sont extrêmement étroites, de telle sorte que l'air ne passe pas par le nez en quantité suffisante pour les besoins de la respiration, et chez lesquelles, cependant, les sécrétions nasales ne prennent jamais d'odeur (3) » ; bien que pareil fait soit d'observation journalière, certains médecins, à l'exemple de Sauvage, incriminent l'étroitesse des fosses nasales. Dans une note sur le catarrhe chronique, le Dr Tillot (4) se range à leur avis et pense que « la rétention du mucus au milieu des cavités nasales rétrécies par la disposition naturelle des os du nez suffit bien seule pour expliquer l'infirmité si fréquente chez les individus ainsi conformés ».

Avec Zaufal (5), Michel (6), Gottstein (7), la question entre dans une phase nouvelle, et l'ozène idiopathique se substitue dans l'attention des médecins à l'ozène symptomatique. Ce n'est plus l'étroitesse des fosses nasales qu'il faut incriminer, mais bien au contraire leur ampleur. D'après Zaufal, la fétidité trouve sa raison d'être dans une disproportion considérable

(1) Saint-Georges, *Hospital report*. T. VIII, 1874-76, p. 123.

(2) *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1878.

(3) *Clin. méd.* T. I.

(4) *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*. T. II, p. 112.

(5) *De l'application du serre-nœud à l'opération des polypes du nez*, 1878.

(6) *Maladies du nez et du pharynx*. Berlin 1876.

(7) Breslau. *Aerzel. Zeitsch.*

entre la capacité des fosses nasales et la force du courant d'air expiré. Cet accroissement de capacité est dû au volume rudimentaire du cornet inférieur, lequel joue, à l'état normal, un rôle si important dans le balayage du nez par la colonne d'air de l'expiration. On comprend dès lors que difficilement entraînées par un courant trop faible, les sécrétions nasales s'accumulent, se dessèchent, et forment des croûtes, qui conservent même après leur expulsion, une odeur repoussante.

Mais la question n'est pas résolue complètement. Cette augmentation de capacité des fosses nasales, cause immédiate de l'ozène, est-elle primitive? N'est-elle point consécutive à une lésion des sinus? Suffit-elle à expliquer l'apparition de l'ozène?

Si l'on en croit Michel, des causes adjuvantes sont nécessaires; il doit y avoir en même temps, du catarrhe chronique des sinus spénoïdaux et ethmoïdaux.

Quant à Gottstein, il admet que l'ozène n'est que la *troisième* période d'un catarrhe chronique dont les deux premiers stades sont passés inobservés; la muqueuse, rouge, enflammée, s'est d'abord hypertrophiée, puis à la longue, à l'hypertrophie a succédé l'atrophie. Celle-ci à son tour entraîne l'atrophie des cornets sous-jacents.

Pour Zaufal, au contraire, la déformation du squelette est primitive et congénitale. Cette théorie, soutenue également par Zuckerkland trouve un appoint considérable dans ce fait que, généralement unilatéral, l'ozène peut être héréditaire, tout comme la déformation nasale qui lui donne naissance. Cette manière de voir a été également soutenue dernièrement dans une thèse remarquable de M. le docteur Martin.

Il résulte de l'aperçu historique qui précède, que mieux éclairés, la plupart des médecins reconnaissent aujourd'hui l'existence d'un ozène idiopathique constituant par lui-même un état morbide et se distinguant par des caractères particuliers des autres états morbides. Examinons ces caractères.

Caractères distinctifs de l'ozène. — Ces caractères nous les trouvons dans l'odeur, dans l'altération particulière des sécrétions de la pituitaire, dans certaines lésions anatomiques, et, par exclusion dans l'absence de toute autre affection susceptible de se localiser dans les fosses nasales.

A. *Odeur.* — L'odeur de l'ozène vrai est tout à fait caractéristique; mais ce caractère ne peut être bien apprécié que par les médecins qui voient — il serait plus juste de dire qui sentent — beaucoup d'affections nasales; il y a, en effet, dans ce

sujet, des nuances, des intensités, des ressemblances et des différences qu'on ne saisit bien que par des comparaisons multipliées et après une assez longue pratique. — L'odeur de l'ozène vrai ne ressemble ni à l'odeur inflammatoire, ni à l'odeur de la carie, ni à l'odeur de la nécrose, ni à l'odeur de la syphilis, elle est *sui generis*, et, pour la connaître, il faut l'avoir sentie. Elle présente cependant des nuances qu'il n'est pas inutile d'indiquer. Dans les cas peu prononcés elle est moins désagréable et rappelle l'odeur de la marée; c'est cette même odeur atténuée que présentent les malades atteints d'ozène intense après le nettoyage et le lavage des fosses nasales.

D'où provient l'odeur de l'ozène ?

Cette odeur ne peut pas provenir de l'inflammation, puisque dans l'ozène l'inflammation est beaucoup moins intense que dans certaines maladies qui ne donnent d'autre odeur que l'odeur fade de l'état inflammatoire.

Proviendrait-elle de la présence de certains microbes ? Nous n'ignorons pas qu'on a trouvé le *bacterium foetidum* de la sueur des pieds ; mais personnellement nous ne sommes pas fixé sur la légitimité du rôle qu'on a fait jouer à cet élément organique. Cependant, l'occasion était trop belle ici pour ne pas la saisir et nous avons étudié avec le microscope les produits de sécrétion de deux malades en traitement. A plusieurs reprises nous avons retiré des mucosités molles ou durcies que nous delayions aussitôt dans un peu d'eau distillée et nous mettions une goutte du mélange sur l'objectif.

Nos examens n'ont abouti qu'à constater la présence de débris de cellules et celle de quelques micrococci dans lesquels nous n'avons pu reconnaître rien de spécifique.

Ces recherches sont sans doute insuffisantes et nous ne sommes pas autorisé à en tirer une conclusion ; mais elles offrent un trop grand intérêt pour que nous ne les reprenions pas dès que l'occasion se présentera. Si on obtenait quelque chose dans cette voie ce serait la justification des idées de Ziem qui attribue l'ozène à la présence d'un ferment.

Doit-on attribuer le développement de l'odeur à une certaine conformation du nez et des narines favorisant l'accumulation des produits de sécrétion et s'accompagnant d'un état inflammatoire plus ou moins intense ? Cette manière de voir professée particulièrement par Zaufal est plausible, mais nous ne la partageons pas pour plusieurs raisons.

Premièrement nous avons bien des fois rencontré l'ozène vrai

avec une conformation intérieure et extérieure du nez absolument irréprochable. En ce moment même nous soignons une jeune femme qui résume dans ses traits réguliers le type de la jolie femme et qui, néanmoins, est atteinte de l'ozène vrai avec croûtes revêtant la paroi du pharynx nasal.

Secondement, très nombreux sont les malades qui présentent du coryza chronique avec sécrétion abondante et qui n'ont pas d'odeur bien que leur nez écrasé, la dilatation hypertrophique des narines leur donnent les apparences extérieures des individus atteints d'ozène. Nous avons eu ce moment même une jeune institutrice de Manheim qui présente tout à fait ce type et qui cependant n'exhale aucune odeur.

Disons enfin que s'il était vrai que l'odeur est engendrée par l'altération des mucosités retenues dans le nez, il suffirait d'entretenir la propreté des narines pour empêcher l'odeur de se développer. Or, c'est un fait non douteux, le lavage atténue l'intensité de l'odeur, mais pourquoi? 1° parce qu'on a fait disparaître un de ses principaux foyers, les croûtes; 2° parce que les glandules elles-mêmes qui fournissent les mucosités et l'odeur ont participé à ce nettoyage. S'il en était autrement, si l'odeur était due à la cause invoquée plus haut, elle ne devrait se reproduire qu'après un certain temps, c'est-à-dire après le temps nécessaire à l'altération des mucosités. Or, ce n'est pas ce qui arrive et l'odeur se reproduit aussi intense qu'auparavant quelques heures après le nettoyage, si on n'a employé que de l'eau pure.

Nous ne nions pas cependant l'influence d'une certaine conformation des narines. Nous croyons, par exemple, que la dilatation des cavités nasales favorise le dessèchement des mucosités, mais nous ne saurions admettre que le séjour prolongé de ces dernières dans le nez soit la cause de l'odeur spécifique.

Les auteurs qui soutiennent l'opinion que nous venons de critiquer ont observé un fait relativement vrai, c'est la coïncidence éventuelle d'une certaine conformation du nez et des narines avec l'ozène, mais cette conformation doit être considérée, selon nous, comme conséquence de la cause plus éloignée qui a produit en même temps l'ozène et non comme la cause immédiate de l'ozène. En d'autres termes, certaines conformations vicieuses du squelette indiquent un état constitutionnel qui se manifeste également par de l'ozène.

Voici à présent comment nous comprenons le développement de l'odeur.

Nous considérons l'odeur particulière de l'ozène comme un produit de sécrétion des glandes de la pituitaire. Chaque région du corps, au point de vue qui nous occupe, a une odeur *sui generis* qui s'exhale naturellement ou que l'état morbide met en relief, telles : l'odeur de la respiration buccale et nasale, l'odeur des aisselles, l'odeur de la sueur des pieds, l'odeur de la tête, l'odeur des parties génitales, l'odeur des abcès du périnée ou de l'aisselle, l'odeur de la stomatite mercurielle, etc., etc.

Eh bien, les glandes de la pituitaire sécrètent, elles aussi, une odeur particulière et cette odeur, dans certains cas, revêt les caractères spécifiques de l'odeur de l'ozène. Ce qui prouve d'ailleurs qu'il en est ainsi, c'est que les produits de sécrétion retirés des narines présentent la même odeur. Sur ce point il ne nous semble pas qu'on puisse dire plus.

Il est bien plus utile de chercher comment il se fait que, dans certain cas, l'odeur naturelle de la pituitaire revêt les caractères de l'odeur de l'ozène, car ceci nous place sur le véritable terrain de la nature de la maladie.

Si nous éloignons l'idée de toute cause inflammatoire aiguë ou chronique — car l'expérience de tous les jours prouve que les inflammations les plus intenses peuvent siéger dans les narines sans provoquer de l'odeur; — si nous éloignons également les causes spécifiques qui peuvent donner lieu à des lésions odorantes — ces dernières se distinguent suffisamment de l'odeur de l'ozène vrai — nous restons en présence d'une seule cause possible : l'état constitutionnel de l'individu, état qui provoque dans les acini de la membrane de Schneider une sécrétion d'odeur morbide, de la même manière qu'il provoque ailleurs des sécrétions purulentes, des altérations osseuses, etc.

Telle est la manière de voir à laquelle nous a conduit notre expérience personnelle, sur la cause première de l'odeur de l'ozène.

B. Altérations des sécrétions de la pituitaire. Le second caractère de l'ozène que nous ayons à examiner est l'altération particulière des produits de sécrétion de la pituitaire et de la muqueuse pharyngo-nasale. Ce qui frappe tout d'abord dans l'examen de ces produits, c'est la tendance qu'ils ont à se concréter. Quelle que soit la forme de l'ozène, les produits de sécrétion se concrètent toujours et plus rapidement que dans

d'autres états morbides. Cela dit, il nous paraît utile de considérer ici une forme humide et une forme sèche.

Dans la forme humide les mucosités se concrètent en paquets, mais sans se dessécher, elles sont entourées d'une certaine humidité due probablement à la prédominance de l'état catarrhal. On rencontre surtout cette forme chez les natures scrofuleuses.

Dans la forme sèche, les mucosités non seulement se concrètent presque immédiatement après leur sortie des glandes, mais encore elles se dessèchent, prennent une teinte noirâtre ou grise et adhèrent fortement à la muqueuse.

Cette forme affecte de préférence le pharynx nasal et la partie postérieure des fosses nasales.

La rapidité de formation de ces produits est telle que du jour au lendemain ils recouvrent de nouveau la surface qu'on avait pris soin de nettoyer. Leur adhérence est telle sur le pharynx nasal que souvent on est obligé de les saisir avec des pinces, et encore ne les enlève-t-on que par morceaux.

Il est évident que ces produits ne ressemblent en rien aux produits de sécrétion qui accompagnent les autres états morbides, et que la rapidité de leur formation éloigne toute idée d'une cause mécanique provenant de la trop grande dilatation des narines. Il y a quelque chose de plus, et ce quelque chose est une altération spécifique des glandes qui fournissent le mucus.

C. Lésions anatomiques. — Les lésions anatomiques qui accompagnent l'ozène ne sont nullement en rapport, par leur peu de gravité apparente, avec l'intensité de la maladie; un peu d'injection de la muqueuse, quelques excoriations sous les croûtes, telles sont les seules lésions qu'on rencontre dans un examen superficiel. Cependant, en voyant de plus près les choses, et après un certain temps d'expérience, on arrive à constater des modifications plus sérieuses sur lesquelles Zaufal et Michel ont appelé les premiers l'attention. Nous voulons parler de l'atrophie progressive des parties molles qui recouvrent les cornets et principalement le troisième. Cette atrophie, résultant d'un véritable catarrhe atrophique, aurait été précédée, selon M. Gottstein, d'un catarrhe hypertrophique et conduirait à la guérison spontanée de l'ozène vrai quand elle a atteint le cornet lui-même.

Quoi qu'il en soit, l'atrophie de la muqueuse et des parties sous-jacentes est un fait généralement vrai, mais surtout dans la forme humide, catarrhale et coïncidant avec le tempérament

scrofuleux. Nous ne l'avions jamais rencontrée dans la forme sèche.

Voici d'ailleurs les caractères particuliers de ces deux formes :

A. *Forme sèche.* — Il y a des personnes qui présentent un ozène très prononcé sans qu'il y ait catarrhe. Mais si l'on regarde dans les narines ou dans la région pharyngo-nasale on voit la muqueuse recouverte, par places, d'un enduit noirâtre assez adhérent. Cet enduit s'accumule très souvent vers la partie postérieure du plancher des narines et forme là de véritables paquets qui séjournent longtemps si on ne les retire pas.

Au-dessous de cet enduit noirâtre la muqueuse est rouge, saignante *excoriée* plutôt qu'*ulcérée*. — Nous tenons beaucoup à cette distinction parce que on a toujours fait jouer un grand rôle à des ulcérations qui n'existaient pas ou qui ne sont pour rien dans la genèse de l'odeur. — Cette forme se rencontre surtout chez les constitutions entachées d'herpétisme.

B. *Forme humide.* — C'est la plus fréquente. La muqueuse qui recouvre les narines est plus ou moins gonflée, tomenteuse, excoriée par places, surtout au niveau des parties resserrées de la cavité nasale et, en ces points, recouverte de petits amas de matière muco-purulente plus ou moins tachée de noir. Ces mucosités se présentent en grande quantité sur la partie postérieure du plancher des narines où elles se réunissent en paquets plus ou moins bruns, plus ou moins durs, mais jamais ni aussi noirs ni aussi durs que dans la forme sèche. Un point qui m'a paru être un siège de prédilection des manifestations morbides est le pourtour de l'orifice postérieur des narines formé par le bord postérieur du vomer, les palatins et le sphénoïde. C'est là surtout que l'on voit de petits amas, comme des grains de millet, formés par du muco-pus et une matière brune qui simulent des ulcérations à fond grisâtre. Si on enlève ces amas on trouve à leur niveau la muqueuse gonflée, saignante mais non ulcérée profondément.

Tels sont les caractères anatomiques que nous avons relevés dans l'ozène.

Il résulte donc de ce qui précède que l'ozène constitue un état morbide distinct de tout autre et caractérisé par une odeur spécifique, par des produits de sécrétion altérés d'une façon spéciale, et enfin par des lésions anatomiques particulières. Cet état morbide serait à notre avis, dû à une disposition constitutionnelle et non à des causes ambiantes, mécaniques ou autres.

Septembre, T. II, 1881.

30

2° Traitement de l'ozène. — S'il est vrai que les médications nous montrent la nature des maladies, *naturam morborum ostendunt curationes*, il n'est pas moins certain que, la nature d'une maladie étant connue, nous sommes en état d'instituer un traitement sinon toujours efficace, du moins très rationnel.

Partant de cette idée, que l'ozène est un état constitutionnel provoquant des altérations particulières dans la membrane de Schneider, nous sommes conduit : 1° à modifier la constitution ; 2° à réprimer localement les manifestations morbides.

Parmi les modificateurs de la constitution nous donnons la préférence aux bains sulfureux pris par séries de douze chaque fois, trois ou quatre fois l'an, chez ceux qui présentent la forme humide. Nous leur faisons prendre en même temps, soit de l'huile de foie de morue, soit de l'iodure de potassium, soit de l'iodure de fer selon les besoins du moment.

A ceux qui présentent la forme sèche, nous leur recommandons plutôt les bains alcalins alternés avec les bains arsénicaux, également par séries de 12, trois ou quatre fois l'an.

En même temps, nous leur faisons prendre alternativement l'arsenic et le bicarbonate de soude à l'intérieur.

Quant au traitement local, il comprend : 1° les soins de propreté ; 2° les agents capables de neutraliser l'odeur ; 3° les agents modificateurs des parties malades.

1° Soins de propreté. — Les soins de propreté consistent en lavages répétés deux ou trois fois par jour avec de l'eau tiède additionnée de sel marin (une cuillerée à café par litre). Ces lavages peuvent être effectués, soit avec le syphon de Weber, soit avec la seringue anglaise. Cependant, nous devons dire qu'avec ces appareils on s'expose à des inconvénients, qui pour n'être pas fréquents n'en sont pas moins réels. Nous voulons parler de la pénétration éventuelle de l'eau soit dans les trompes, soit dans la bouche.

Le seul moyen de fermer la trompe et en même temps l'orifice bucco-nasal, consiste à contracter les péristaphylins, comme nous l'avons démontré autre part. Mais comme il n'est pas toujours facile de soumettre ces muscles à la direction de la volonté, nous avons cherché un acte physiologique, compréhensible et facile pour tous, qui nous donnât le résultat désiré. Cet acte consiste à souffler fortement dans un tube, et, pour ne pas perdre cette dépense de travail, nous lui faisons remplir l'office de la poire de caoutchouc que l'on place sur les flacons pour

pulvériser de l'eau. L'appareil dont nous nous servons ne pulvérise pas l'eau, mais il injecte l'eau avec l'énergie que l'on désire dans la région pharyngo-nasale (1). Avec cet appareil on est à l'abri de la pénétration de l'eau dans les trompes et de son passage dans la bouche.

Les lavages ne suffisent pas toujours à débarrasser les narines des mucosités qu'elles contiennent. Il est indispensable alors de les détacher avec une tige terminée par un bout entouré de coton qu'on introduit dans les narines, ou bien, s'il s'agit de la région pharyngo-nasale, avec une tige recourbée et des pinces.

Parmi les moyens de pansement, nous devons signaler particulièrement le coton introduit dans les narines.

M. Zaufal emploie le coton pour remédier à l'élargissement des narines; M. Gottstein l'emploie dans le but d'exercer une action irritative et sécrétoire. Quant à nous, nous nous en servons avec l'idée de faire du Lister, ou plutôt dans le but que se propose d'atteindre M. Alphonse Guérin (selon les indications de M. Pasteur) dans le pansement ouaté des plaies. Selon nous, la quate introduite dans les narines empêche les germes de l'extérieur de pénétrer et d'agir sur les mucosités, qui ont déjà une tendance à se décomposer. Quelle que soit d'ailleurs l'idée théorique qui préside à l'emploi du coton, ce moyen est excellent comme palliatif, et nous ne saurions trop le recommander.

2° Les agents neutralisateurs de l'odeur sont très variés depuis le permanganate de potasse jusqu'à l'iodoforme. Nous donnons la préférence à l'acide borique (3 gr. p. 500 gr. d'eau) et au salicylate de soude (10 gr. p. 500 gr. d'eau).

Ces agents doivent être employés à la dose d'une petite seringue par narine immédiatement après le lavage.

3° Les agents modificateurs de la muqueuse sont nombreux : nous employons à cet effet les eaux minérales sulfureuses, alcalines, arsénicales et enfin la solution de nitrate d'argent au cinquième et la teinture d'iode pure ou mélangée par moitié avec de l'acide phénique.

Nous employons les eaux minérales comme eaux de lavage, à la place de l'eau salée quand le malade prend des bains.

Quant aux caustiques, nous les appliquons au moyen d'une

(1) M. Roustan, de Montpellier, a eu une idée analogue pour l'insufflation de la trompe; mais le principe est différent.

tige terminée par du coton tous les deux ou trois jours et en nous servant du *speculum nasi*.

Il nous est impossible, ici, d'entrer dans les détails, mais ces indications générales adressées à des médecins qui sont comme nous au courant de ces questions nous paraissent suffire.

D'ailleurs, les moments de cette lecture sont comptés et nous ne saurions, sans indiscretion, aller plus loin.

Bornons-nous à dire, en terminant, que, grâce aux progrès de la science, grâce surtout aux travaux des médecins spéciaux, qui manient le laryngoscope et le rhinoscope, l'ozène n'est plus, de nos jours, une maladie désespérante et rebelle à nos moyens. Aujourd'hui, le médecin peut toujours pallier convenablement les inconvénients de l'ozène et bien souvent en triompher.

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

Traitement des loupes du cuir chevelu. — Les loupes du cuir chevelu, par leur volume ou par leur nombre, constituent souvent une infirmité non seulement disgracieuse, mais encore pénible par les douleurs qu'entraînent les frottements. De plus, la peau qui les recouvre peut, à la longue, s'ulcérer et la poche kystique se transformer en une fistule intarissable. En présence de semblables inconvénients, on s'étonne de voir les chirurgiens se décider avec peine à intervenir énergiquement et considérer ces loupes comme une sorte de *noli me tangere*. Il est juste d'ajouter que beaucoup hésitent à faire courir à leurs malades les risques d'un érysipèle ou d'une infection purulente pour une opération qu'ils considèrent comme étant de complaisance. Ces craintes paraissent exagérées, surtout depuis que la chirurgie s'est enrichie de moyens antiseptiques qui légitiment presque, même de plus grandes hardiesses.

M. Lucas-Championnière (1), n'hésite pas à intervenir, le bistouri à la main. Il donne la préférence à l'instrument tranchant sur les divers caustiques employés habituellement :

La pâte de Vienne, le caustique Filhos (potasse caustique et chaux vive), les trainées d'acide nitrique ou sulfurique, ont l'inconvénient d'être douloureuses, trop lentes, et de donner naissance à des cicatrices vicieuses contre lesquelles le peigne

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

se heurtera plus tard. D'ailleurs, pas plus que le bistouri elles ne mettent à l'abri de l'érysipèle.

Jobert employait un procédé beaucoup plus simple et beaucoup plus expéditif, qu'il appelait l'*embrochement*. M. Lucas-Championnière qui a eu un grand nombre de fois l'occasion d'y recourir, s'en loue beaucoup.

Voici en quoi consiste le manuel opératoire :

S'il s'agit d'un homme et si les tumeurs sont de médiocre volume, les cheveux étant rasés autour de la tumeur ou coupés très courts, on savonne la tête ou on la lave avec l'eau de Panama (*Guilaza saponaria*), puis avec l'eau phéniquée forte. On embroche alors la tumeur à sa base, puis on la fend d'un seul coup de bistouri. Avec deux pinces à griffe, on saisit la paroi du kyste et on l'attire à soi. Quelques tractions ou quelques coups de spatule suffisent à faire l'énucléation.

Ceci terminé, on lave la plaie avec l'eau phéniquée puis on applique du protectif sur chaque plaie linéaire, de la gaze phéniquée par dessus et, toutes les autres précautions de la méthode de Lister étant prises, le malade guérit très vite.

Quand la loupe est volumineuse, il convient de réunir les lèvres de la plaie par quelques points de suture et de glisser dans la poche un tube à drainage.

Les sutures doivent être faites de préférence avec du crin de Florence (crin des pêcheurs) ou de catgut; le fil d'argent, douloureux à retirer, est aussi trop coupant.

Les sutures doivent être retirées de bonne heure, au bout de deux jours, de trois jours au plus tard.

Si les kystes sont nombreux, il est bon de procéder à leur extirpation en plusieurs séances. M. Championnière en a enlevé quatre le même jour.

Quelquefois, et cela arrive surtout quand la loupe est volumineuse, l'extirpation de la poche est souvent très difficile. Il est bon alors d'être muni de pinces larges et plates, grâce auxquelles on peut vaincre les adhérences. — On pourrait au besoin réséquer une partie de la peau si les lambeaux paraissaient trop larges, mais il faut le faire avec discrétion car la peau du cuir chevelu se rétracte vite et bien.

Il n'est pas nécessaire de couper les cheveux, mais il faut être très attentif à faire un bon lavage phéniqué à chaque pansement; à toucher à l'eau phéniquée les caillots retenus dans les cheveux, et à envelopper largement le cuir chevelu.

On pourrait craindre que la matière sébacée en s'insinuant

dans le tissu cellulaire environnant n'empêche la cicatrisation. Il n'en est rien quand les lavages phéniqués sont pratiqués avec soin.

L'anesthésie est de rigueur lorsque les tumeurs sont anciennes, parce qu'alors l'énucléation est ordinairement laborieuse.

De l'action thérapeutique du Hoang-nan. — Le Hoang-nan est une plante de la famille des laganiacées, baptisée par M. Pierre, directeur du jardin botanique de Saïgon, du nom de *Strychnos Gauthieriana*.

Introduite en France par M. Gauthier, vicaire apostolique du Tong-King méridional, le *Strychnos Gauthieriana* est vivement recommandé à l'expérimentation des médecins, par les missionnaires qui en ont souvent apprécié les heureux effets contre la rage et la lèpre. Une brochure publiée récemment par l'un d'eux, M. Lesserteur, en fait connaître les diverses indications et le mode ordinaire d'administration.

Cet ouvrage vient d'être analysé par M. le docteur Barthélemy, de Nantes (1), qui a contrôlé par des recherches personnelles, les faits produits par M. Lesserteur, et leur a imprimé ainsi une valeur vraiment scientifique.

Ses essais ont porté sur trois malades de l'asile Sainte-Anne, de Nantes. L'une était atteinte d'une hémiplegie incomplète du côté droit avec atrophie osseuse et raccourcissement. Cette femme, alors âgée de 56 ans, avait été atteinte à l'âge de 9 mois d'une paralysie infantile.

Le second malade, est un vieux soldat d'Afrique atteint de paralysie progressive. Enfin, le troisième, un vieillard de 77 ans, porteur d'énormes ulcères variqueux, avec gonflement éléphantiasique, a, malgré l'ancienneté et la nature de sa maladie, été considérablement, rapidement amélioré par l'usage du Hoang-nan.

Ces essais, d'ailleurs, ne sont pas isolés. M. Lévy, médecin de l'hospice Lejeune à Mossoul, a obtenu de nombreuses et remarquables guérisons : 1° pour des ulcères infects ; 2° pour des maladies syphilitiques ; 3° pour des affections cutanées diverses : eczéma, furoncles, acnée rosacée, etc.

L'efficacité du Hoang-nan pour combattre le venin des serpents et des autres animaux venimeux est attestée par le Dr Féron qui en a obtenu des succès remarquables.

(1) *Bulletin général de thérapeutique.*

En ce qui concerne le traitement des maladies cutanées, les relations des missionnaires concordent avec les résultats obtenus par divers médecins, notamment le docteur Brassac, médecin principal de la marine, le docteur Cabre, de la Guadeloupe et le docteur Jobant, de Pondichéry.

Enfin, l'action du Hoang-nan irait jusqu'à conjurer la rage et en enrayer les manifestations ?

Ce nouveau médicament est administré sous forme de poudre ou de pilules. En Orient, on l'associe presque toujours, par tiers, à l'alun ou au réalgar, mais on peut l'employer seul. Le poids des pilules varie de 20 à 25 centigrammes. Pour hâter leur dissolution dans l'estomac on administre au malade immédiatement après leur ingestion une ou deux cuillerées de vinaigre.

Ce médicament paraît agir par la strychnine et la brucine qu'il renferme ; au point de vue de sa constitution il offre de nombreuses analogies avec la fausse angusture.

C'est donc sur le système nerveux que s'exerce l'action spéciale du Hoang-nan. Rien d'irrationnel, dès lors, à en tenter l'emploi contre le virus rabique, puisque d'après la récente communication de M. Pasteur, il paraît acquis que l'axe cérébro-spinal est le siège principal de l'élaboration de ce virus.

Le persil comme antilaiteux. — Si on recouvre les seins d'une nourrice de feuilles de persil fraîchement cueillies, renouvelées plusieurs fois le jour et à mesure qu'elles se fanent, le lait ne tardera pas à disparaître. Cet épithème peut être employé toutes les fois qu'il y aura impossibilité de faire boire à la malade les tisanes et les purgatifs ordinairement prescrits dans la circonstance.

Les matrones romaines connaissaient, paraît-il, les propriétés merveilleuses du persil ; aussi lui avaient-elles accordé une place distinguée dans la composition de leurs philtres.

Citons l'auteur responsable : c'est M. Stanislas Martin, dont l'article a été publié dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

F. LEPRÉVOST.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

Ligature des uretères et des artères rénales.—

Des expériences nombreuses tentées par d'Apoff (1), il résulte que la ligature des uretères offre avec celles des artères rénales, au point de vue des troubles ultérieurs, des résultats tellement identiques que, les altérations anatomiques du rein, étant mises hors de cause, il est difficile de distinguer entre elles :

Dans les deux cas, en effet, on observe : 1° que l'animal survit à peu près aussi longtemps ; 2° que la température s'abaisse, alors même qu'aucun narcotique n'a été administré ; que cette dépression thermique s'accroît de plus en plus jusqu'à la mort. Si cependant une seule artère rénale a été liée, la température après s'être abaissée, se relève dans le cours de la seconde journée ; 3° en même temps que l'abaissement thermique, on remarque un ralentissement du pouls ; 4° la diarrhée et les vomissements apparaissent rapidement dans l'un et l'autre cas ; la mort survient dans un coma profond ; 6° après la ligature des uretères on observe constamment des convulsions toniques et cloniques. Ce dernier phénomène n'a été vu qu'une seule fois, après la ligature des artères rénales.

De l'administration du fer en injections hypodermiques. — Le Dr Da Costa pense que le médecin peut retirer les plus grands avantages de la méthode hypodermique dans l'administration du fer. Une jeune fille de son service, atteinte de chlorose a été guérie avec une grande rapidité par ce procédé, qu'il recommande fortement à ses élèves.

Les diverses préparations ferrugineuses ne sont pas toutes propres à ce mode d'administration, la plupart d'entre elles sont trop irritantes. Il n'en est pas de même du fer dialysé, dont l'usage n'est suivi d'aucun trouble digestif. On l'emploiera d'abord étendu d'eau, puis progressivement moins dilué, et finalement pur. La dose peut être élevée insensiblement de 15 à 30 grains par jour. Sous l'influence de cette médication, le mieux s'accroît, en général, avec rapidité. La digestion devient meilleure, le souffle vasculaire disparaît, la menstruation reparaît et s'établit avec régularité. (*New-York medical Gazette.*)

(1). *Virchow's Archiv*, vol. XXII et *London med. Rec.*

La desquamation de la scarlatine peut, ainsi que l'établit le Dr Wo Rix, être complètement terminée au bout de trente jours, même dans le cas où l'exanthème s'est montré interne et quand l'élévation thermique a été considérable. Mais, dans la majorité des cas, la période de desquamation est beaucoup plus longue et peut durer de soixante à soixante-deux jours. Chez nombre de scarlatineux, on trouve, aux talons, une peau épaisse qui n'est pas encore tombée au bout de neuf semaines. L'auteur considère comme douteuse la contagiosité de la scarlatine par l'intermédiaire des squames épidermiques. Elle doit s'exercer d'une autre manière, car on voit quelquefois des scarlatineux, chez lesquels toute desquamation a depuis longtemps disparu, dont les vêtements ont été changés, les cheveux coupés, qui ont été soumis à toutes les précautions prophylactiques, apporter la scarlatine, et de nouveaux cas d'exanthème éclater, huit ou neuf jours après que les malades ont repris la vie commune, au milieu de leurs frères et sœurs.

Kyste de l'ovaire guéri par l'incision et le drainage. — Le *New-York med. Journal* publie une très intéressante observation de M. Gaillard Thomas. Il s'agit d'une dame, atteinte de tumeur ovarique, d'un volume énorme. Deux tentatives d'extirpation avaient été faites, mais sans résultat, de nombreuses adhérences et une grande hémorrhagie, ayant rendu la fin de l'opération impossible. A la suite de ces essais infructueux, l'état de la malade ne fit qu'empirer; et elle en arriva bientôt à tel degré de cachexie que la mort paraissait imminente. Elle se décida à entrer dans le service de Gaillard Thomas. Là, pendant quelque temps, on eut recours aux injections dans la poche, à l'aide d'un tube à drainage introduit lors de la première tentative opératoire, mais comme l'état de la malade allait s'aggravant, Gaillard Thomas, tenta l'énucléation de la tumeur après avoir pratiqué une incision à son niveau, en s'efforçant de ménager le péritoine. Mais en présence d'une hémorrhagie effroyable, et d'adhérences multiples, il dut y renoncer en se contentant de tailler dans la tumeur, sortant sa main à travers l'ouverture ainsi pratiquée, il reconnut la présence de poches secondaires, dont l'une, presque complètement isolée de la tumeur principale, était remplie de pus. Avec de grandes précautions pour éviter l'épanchement du pus dans la cavité péritonéale, l'opérateur, vida complètement la poche et plaça des tubes à drainage, de

façon à permettre les injections d'eau phéniquée. Sous l'influence de lavages répétés, et d'une alimentation réconfortante, l'état de la malade ne tarda pas à s'améliorer, la tumeur, diminua peu à peu, au point de ne pas dépasser le volume d'une tête de nouveau-né. Un mois après l'opération, cette dame quittait l'hôpital, et continuait chez elle les injections phéniquées. Un mois plus tard, sa santé était excellente malgré la persistance d'une petite tumeur de la grosseur d'une orange, dans laquelle la malade pouvait elle-même très facilement pratiquer des lavages.

Gastrotomie dans les cas de rétrécissement

œsophagien. — Tel est le titre d'un mémoire publié par le Dr T.-F. Prewitt, dans le *Saint-Louis Cour. of. med. and. col. science*. Les conclusions de cet intéressant travail sont appuyées par une statistique portant sur 59 cas. Si l'on compare les résultats de la gastrotomie suivant qu'elle est pratiquée pour l'extraction d'un corps étranger, ou dans le but de remédier à une sténose œsophagienne, on voit que, dans cette dernière circonstance, la mortalité est bien plus grande, ce que l'auteur attribue à l'état d'épuisement et quelquefois de cachexie véritable, dans lequel se trouvent les malades. Aussi est-il bien préférable de se décider de bonne heure à intervenir, puisque c'est bien plutôt la cachexie que la péritonite qui enlève les patients, et sur 59 opérations, 40 s'adressaient à des individus atteints de tumeur maligne; 12 malades seulement souffraient d'un rétrécissement cicatriciel; chez trois autres, il s'agissait de syphilis. Enfin dans 4 cas, la nature du rétrécissement n'est pas indiquée. Dans les cas de tumeur de mauvaise nature, la survie ne fut pas de longue durée: de 14 jours à six mois. Un des malades, cependant, opéré depuis longtemps est encore à l'heure actuelle, assez bien portant. Dans le second groupe, six opérés ont été guéris. Sur les 3 syphilitiques un seul s'est rétabli. La péritonite a été rarement la cause de la mort, presque toujours les malades sont morts d'épuisement.

F. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine*Séance du 30 août.*

Présidence de M. LEGUEST.

Il paraît que M. Delthil a calomnié le gâteau dit Saint-Honoré en affirmant :

1° Que tous les pâtisseries se servent de l'alun ammoniacal pour blanchir et durcir sa crème;

2° Que ce mélange d'alun et de crème mis en présence du cuivre, quelle que soit la propreté du vase, forme un sulfate de cuivre, substance très soluble et par conséquent très dangereuse, car c'est un des vomitifs les plus énergiques que l'on connaisse;

3° Que ce composé cuprique a été retrouvé dans les gâteaux dits Saint-Honoré;

4° Que c'est à lui qu'il faut attribuer les accidents survenus chez certaines personnes;

5° Que ces accidents constituent un ensemble de symptômes parfaitement définis au point de vue nosologique et reproduisant les effets de médicaments éméto-cathartiques.

M. Galippe est venu communiquer aujourd'hui à l'Académie un mémoire qui contredit, sur les cinq points que nous avons formulés, le travail de M. Delthil.

M. Galippe, on le sait, ne craint pas le cuivre, au moins sous la plupart de ses formes; il a prouvé ses convictions à cet égard. Le fait suivant en fait foi. Laissons la parole au héros de l'incident.

« L'expérience eut lieu dans les conditions qui m'avaient été fixées à l'avance par le Dr Thomas-E. Jenkins, commissaire des Etats-Unis à l'Exposition universelle de 1878. Cette expérience devait causer ma mort, comme elle avait provoqué, d'après notre confrère américain, celle de plusieurs personnes. Je n'ai pas même été malade. Après avoir fait bouillir du lait et des œufs dans un récipient de cuivre en agitant constamment jusqu'à consistance de crème, j'ai laissé refroidir ce mélange pendant 25 heures dans le vase. Au bout de ce temps, les bords de celui-ci étaient recouverts de crème rendue verte par la présence du composé cuprique, qui s'était formé grâce

à l'action de l'air et aussi sous l'influence du lait aigri. L'aspect de ce mets n'était point séduisant ; sa saveur, surtout dans les parties qui avoisinaient les bords du vase, était cuprique, c'est-à-dire fort désagréable. Il aurait été fort difficile de faire avaler un semblable aliment à une personne non prévenue. Nous avons absorbé, dans un but expérimental, surmontant la répugnance que nous éprouvions, environ une assiette à dessert de cette crème. Nous n'avons eu aucun accident. Il eût été d'ailleurs impossible d'absorber cette substance sans percevoir la saveur des composés cupriques. »

M. Galippe enferme d'abord M. Delthil dans ce raisonnement :

Vous admettez que c'est l'alun en contact avec le cuivre qui a causé les accidents observés. Vous affirmez, d'autre part, que tous les pâtissiers emploient ce procédé. Or, les mêmes causes amenant toujours les mêmes effets, il n'est pas possible d'admettre qu'il n'y ait pas d'accidents chaque fois que l'on mange du Saint-Honoré. Ce qui est manifestement faux et contraire à l'expérience.

Le raisonnement n'est peut-être pas aussi victorieux qu'il en a l'air.

Oui, les mêmes causes amènent toujours les mêmes effets ; mais la crème de tous les gâteaux peut contenir du sulfate de cuivre sans produire les mêmes effets ; car on peut en manger plus ou moins, et la dose de sulfate renfermée dans chacun des gâteaux peut être plus ou moins forte. La crème de tous les gâteaux ne représente donc pas toujours nécessairement la même cause ; d'où il suit qu'elle ne produit pas nécessairement les mêmes effets.

Mais laissons la scolastique et venons aux faits.

1^o M. Galippe affirme qu'il résulte d'une enquête à laquelle il s'est livré que très peu de pâtissiers emploient l'alun pour la confection du Saint-Honoré.

Ici la contradiction est tellement précise qu'elle nous met dans une perplexité sans issue. Il faut qu'un arbitrage intervienne et nous fasse savoir si, oui ou non, l'emploi de l'alun, dans ces circonstances, est fréquent, rare, ou constant.

2^o M. Galippe a voulu s'assurer s'il était possible de battre dans un vase de cuivre de l'albumine avec de l'alun sans dissoudre des traces sensibles de cuivre. On commence, dit-il, par battre l'albumine sans addition, et, quand le blanc d'œuf a la consistance voulue, on y ajoute un peu d'alun ammoniacal.

L'albumine blanchit aussitôt ; mais elle perd en légèreté ce qu'elle gagne en blancheur. *Si on ne laisse pas séjourner l'albumine dans le vase de cuivre*, il n'y a pas de traces appréciables du métal entraîné ou dissous pendant l'opération. L'albumine a une réaction légèrement acide que la saveur du sucre dissimule aisément.

Tout cela est, nous l'admettons, fort exact. Mais que de conditions délicates à réaliser pour faire qu'il n'y ait que des traces non appréciables de cuivre dans la crème ! D'abord, la propreté exquise du vase, puis, le battage de l'œuf seul (et ce battage doit être poussé suffisamment), ensuite, la petite quantité d'alun ajouté, enfin, la rapidité de l'opération. Il faut que le pâtissier soit propre, scrupuleux, patient, alerte, et que surtout il n'ait pas *la main trop lourde*. C'est un chef-d'œuvre qu'on lui demande. Décidément, ce qui nous étonnerait, ce serait de trouver dans le gâteau des traces *non appréciables* ; en règle générale elles doivent être appréciables.

M. Galippe ne redoute pas le sulfate de cuivre autant que M. Delthil : on s'en sert, dit-il, avec avantage dans certaines dermatoses et dans les névropathiques ; c'est une substance bien tolérée en général.

Et la dose ! Tout ici est affaire de dose, Monsieur Galippe.

M. Galippe ne conteste pas, au surplus, que dans la crème. M. Delthil ait trouvé du cuivre, bien que lui-même n'en ait pas découvert dans un gâteau provenant, il est vrai, d'une des premières maisons de Paris. Mais il n'est pas prouvé, selon lui, que le cuivre fût à l'état de sulfate dans la crème, et que le sel formé de l'alun et du cuivre n'eût subi aucune modification en présence de l'albumine et des corps gras. La conclusion de M. Galippe sur ce point est donc qu'il peut y avoir des composés cupriques, mais qu'il n'est pas prouvé que le sulfate s'y rencontre.

M. Galippe soutient que les symptômes morbides décrits par M. Delthil, contrairement à ce qui est avancé par ce dernier, n'ont pas de caractéristique, ne constituent pas une entité nosologique. Ils peuvent appartenir à la diarrhée, être la conséquence d'une simple indigestion, etc.

Là-dessus nous estimons que la réponse de M. Galippe est un peu faible. Sans rechercher s'il y avait là une entité morbide bien définie, on peut, ce semble, affirmer qu'il y avait autre chose qu'une indigestion et de la diarrhée ; il est difficile de méconnaître qu'il y avait des symptômes d'intoxication.

Écartant les questions très délicates relatives aux analyses chimiques, qui, à notre avis, dans l'état actuel de nos connaissances, sont encore loin de la certitude, nous retiendrons des faits rapportés et interprétés par M. Delthil et de la réponse de M. Galippe, ceci :

L'emploi de l'alun dans les préparations culinaires, quand il n'est pas pratiqué *avec toutes les précautions nécessaires*, peut donner naissance au sein des aliments à des composés cupriques susceptibles de provoquer des accidents d'intoxication plus ou moins graves.

M. Bernard occupe la tribune après M. Galippe. Il faut renoncer à analyser même sommairement sa communication. C'est un article de philosophie médicale, de pharmacutique transcendante, de physiologie psychologique. L'auteur a omis de lui donner un titre; il a évité, en s'abstenant, de résoudre un véritable problème. Imitons sa réserve. Il est question d'abord de la découverte, faite en 1853, par M. Bernard, des applications d'iode à l'état naissant. L'état naissant! Ces deux mots ont le don d'inspirer une sorte d'enthousiasme à M. Bernard; pour lui, ils recouvrent l'arcane des arcanes. L'état naissant, tout est là. Puis vient, on ne sait comment, une théorie sur les fluides vitaux; on entrevoit dans la pénombre le grand système de l'action des impondérables sur la matière pondérable dans notre organisme. M. Bernard en veut bien détacher aujourd'hui un petit morceau et nous apprendre comment s'opère la transformation de la chaleur en travail musculaire, de celui-ci en sensation, du sentiment en intelligence; comment tous les sentiments violents, la peur, l'effroi, la colère peuvent supprimer la sensation, parce que le fluide qui allait à la fonction du sentir est dérivé vers une autre fonction. C'est pourquoi le bruit de la sonnette du dentiste fait soudain cesser l'odontalgie; c'est pourquoi la foi peut faire des miracles.

M. Bernard termine sa communication, renvoyée à des commissaires, parmi lesquels nous trouvons plusieurs aliénistes, en se faisant sur l'avant-bras une application d'iode à l'état naissant.

M. du Castel, médecin du bureau central, rend compte d'une médication nouvelle qu'il a instituée à l'hôpital Saint-Antoine dans une épidémie de variole grave. Cette médication consiste dans l'emploi de l'éther et de l'opium.

L'éther est administré en injections sous-cutanées, deux fois par jour, matin et soir; on injecte chaque fois une pleine se-

ringue de Pravaz. La douleur des piqûres est peu de chose eu égard au résultat obtenu. Seulement, si on veut éviter les eschares et les indurations, il faut pousser très lentement l'injection.

L'opium est administré sous forme d'extrait thébaïque dans une potion, à prendre d'heure en heure, contenant 15 à 20 centigrammes.

M. du Castel employait en même temps, pour prévenir l'hémorragie, une potion au perchlorure de fer (20 gouttes sur 125 grammes de solution). Les malades recevaient une assez forte dose d'alcool par jour.

Si ce traitement est pratiqué à temps, avant que la suppuration des pustules ait commencé, et alors toutefois qu'on a pu prévoir la forme grave que doit affecter la variole, voici ce qui se passe : les phénomènes morbides subissent une atténuation marquée et une évolution plus rapide. Chez la plupart des malades les vésicules se dessèchent avant de suppurer; beaucoup de vésicules s'arrêtent dans leur développement; la salivation est nulle; la convalescence commence entre le sixième et le neuvième jour à partir de l'éruption. Sur soixante-seize individus, treize sont morts pendant la période de suppuration; les soixante-trois restants ont éprouvé les meilleurs effets de la médication éthérée opiacée. Il a été constaté que les individus vaccinés y étaient plus sensibles que les autres.

La séance est levée à 4 heures 1/2.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION II. — PHYSIOLOGIE.

Président : Dr Michaels Foster, F. R. S. de Cambridge. —
Vice-présidents : Dr Pavy, F. R. S. de Londres. — Prof. Purser, M. D., de Dublin. — Prof. Rutherford, M. D. F. R. S. d'Edimbourg. — *Secrétaires* : Dr C. S. Roy et prof. Gérald-F. Yéo.

Nous avons dit, dans le dernier numéro, qu'à la section de physiologie les membres du comité d'organisation avaient adopté pour la direction de leurs travaux une marche différente de celle des autres sections du Congrès.

Voici, en effet, ce que nous trouvons dans le livre des *Abstracts* au lieu et place des résumés des communications.

« Les membres du comité de la section de physiologie, après avoir mûrement réfléchi sont arrivés à cette conclusion qu'il sera avantageux de donner la préférence aux discussions de questions importantes et générales plutôt qu'à la lecture des travaux sur des sujets spéciaux. »

Ces discussions, d'un intérêt physiologique général, choisies après délibération par un grand nombre de savants étrangers et anglais avaient été, dans différentes lettres circulaires, indiquées d'avance aux membres de la section. Nous n'espérons guère, disait-on dans ces lettres, pouvoir approfondir toutes les questions contenues dans le programme : c'est pourquoi le comité de la section se réserve la faculté de décider quelle partie de la liste sera omise et quel sera l'ordre de discussion des questions avancées. Nous n'avons pas besoin de dire que, pour la décision de ces deux points, nous consulterons tout d'abord les propositions et les vœux des membres étrangers de la section.

Les sujets indiqués par les membres du comité étaient au nombre de seize classés suivant leur ordre d'importance et de la façon suivante :

1° Des fonctions de la substance corticale du cerveau et particulièrement de leur localisation ;

2° Théorie de la perception des couleurs ;

3° (a) De la sécrétion rénale et de ses points de ressemblance avec les sécrétions des autres glandes. (b) Des changements histologiques qui se produisent dans les glandes pendant la sécrétion ;

4° De la forme de la courbe du pouls étudiée au point de vue des causes qui produisent le pouls anacrote et le pouls dicrote ;

5° De la structure intime des cellules et des noyaux ;

6° Des produits de la digestion dans le canal alimentaire ; état précis dans lequel ils sont absorbés ;

7° De la participation relative des hydrates de carbone et des matières albuminoïdes à la formation des corps gras ;

8° Du lieu ou des lieux de formation de l'urée et de son mode de production ;

9° (a) Preuve physiologique de l'existence des nerfs trophiques. (b) Influence du système nerveux sur la température animale ;

10° Des fonctions du foie autres que la sécrétion de la bile ;

11° Extrémités périphériques des nerfs (à l'exception des nerfs auditifs, optiques et olfactifs).

12° Du mécanisme qui règle et entretient les battements du cœur ;

13° Des fonctions de la substance grise de la moelle épinière ;

14° Du mécanisme de la respiration ;

15° Des nerfs vaso-dilateurs ;

16° De la structure de la fibre musculaire.

C'est à dessein que nous insistons sur tous ces détails et que nous ne craignons pas de donner malgré sa monotonie l'énumération complète des sujets proposés. Nous croyons, en effet, que les congrès de l'avenir adopteront un jour l'ordre choisi par le professeur Foster, comme supérieur à tous les autres. Nous le croyons, parce que seul il permet de tirer de ces assises scientifiques un progrès réel pour la science, tout en laissant à chaque savant l'occasion de produire ses découvertes particulières. Nous allons le montrer en rapprochant des questions proposées, les questions traitées devant la deuxième section.

Et puis tout est prévu dans le mode d'organisation proposé par M. Foster, tout excepté la question des langues, sur laquelle nous comptons revenir d'une façon toute spéciale à la fin de ces articles.

On lit, en effet, encore à la page 27 des *Abstracts* :

Les membres du comité de la section de physiologie proposent :

1° De destiner la première partie de chaque réunion de section aux discussions des questions spécifiées dans le programme. Chaque membre de la section qui aura envoyé une communication se rapportant plus ou moins directement à un des sujets à considérer par la section, sera prié de prendre part à la discussion de ce sujet sur la base de sa communication.

(Nous ne saurions trop insister sur l'importance et la sagesse de cette dernière disposition.)

2° D'employer le temps qui restera après la clôture des discussions à la lecture des communications qui n'auront de rapport avec aucun des sujets dont la section s'occupera spécialement.

3° De consacrer les séances de l'après-midi à des présentations d'appareils et à la lecture des mémoires qui s'occupent

d'instruments nouveaux ou de nouvelles méthodes de recherches.

En résumé, deux parties bien distinctes dans les travaux de la section. Pendant la première, on discute les grandes questions scientifiques à l'ordre du jour, en y rapportant autant que possible les découvertes récentes et les opinions personnelles des membres présents qui trouvent ainsi une belle occasion de les exposer et de les défendre.

Pendant la seconde, on entend les mémoires qui ne peuvent, en aucune façon, rentrer dans les grandes discussions générales.

Si l'on ajoutait à ces deux dispositions une mesure qui permette à tous les membres présents de comprendre et de suivre la discussion, partant d'y apporter au besoin son petit contingent, et nous verrons que cette mesure est loin d'être irréalisable, les congrès seraient véritablement une institution au-dessus de toute attaque, une institution dont la science pourrait très sérieusement profiter.

L'innovation du docteur Foster n'est, à proprement dire, qu'un essai, un essai comme il y en a eu dans d'autres sections. C'est ainsi que, dans la section des maladies de la gorge, quelques membres avaient été chargés d'ouvrir la discussion sur les divers sujets par un discours d'introduction (*introductory paper*) dans lequel l'auteur exposait les points litigieux et ses vues personnelles. Le discours sur *la nature et le traitement de l'ozène*, de M. Edouard Fournié est un exemple de ces *introductory paper*. Et cependant, si l'on en juge par les résultats l'essai du Dr Forster équivaut à un succès. Combien les travaux de la section de physiologie ont été intéressants ! Comme le compte rendu *in extenso* de ses séances pourra former un livre véritablement scientifique !

Hâtons-nous d'arriver à l'analyse succincte aussi rapide que possible de ses remarquables travaux.

La section se constitue le jeudi, 4 août.

Le Président prononce un discours inaugural d'un intérêt si soutenu, d'une importance si considérable que nous ne pouvons résister au désir d'en rappeler les passages principaux. N'est-il pas d'ailleurs du devoir de la presse de recueillir les idées qu'il y professe et de défendre énergiquement la science attaquée à Londres d'une façon vraiment inquiétante pour les progrès de l'avenir ?

J'ai cru bien faire, messieurs, dit le professeur Forster,

en choisissant comme sujet de discours inaugural de cette section l'histoire de l'évolution de la physiologie en Angleterre.

Vous ne m'accuserez pas d'égoïsme national, car vous, les médecins de tous les pays réunis en grandes assises cosmopolites, vous savez bien que le vrai savant n'a pas de patrie, mais appartient à l'humanité.

Et puis, retraçant le passé scientifique de la Grande-Bretagne, j'aurai l'avantage d'exposer tout un chapitre de l'histoire de la physiologie.

La suite du discours montre de quel intérêt est ce chapitre, aussi nous garderons-nous bien de blâmer M. Foster de son choix.

Mais une autre raison bien plus forte encore pèse sur sa détermination. Le savant, veut protester énergiquement contre une loi inique. Il veut revendiquer pour l'Angleterre l'honneur de demeurer à côté des autres nations dans la voie du progrès. Voyez, va-t-il dire aux représentants des deux mondes, voyez ce que nous avons fait, voyez combien notre rôle a été grand et sublime. Eh bien, l'Etat nous paralyse aujourd'hui, une mesure législative inspirée par une inqualifiable sensiblerie nous opprime et nous, les fils de William Harvey, nous, les descendants, de Willis, de Wharton, de Hunter et de Charles Bayle nous sommes de par la loi condamnés à demeurer stériles (1).

Après avoir indiqué en quelques mots le sujet de son discours M. Foster entre franchement en matière :

Un homme, dit-il, domine toute l'histoire de la physiologie en Angleterre, cet homme je ne l'apprécie pas, je le nomme, c'est Harvey.

Et dans un style à la fois imagé et concis Foster rappelle l'œuvre du maître, ses débuts, ses luttes, ses peines. Ce n'est qu'aujourd'hui, messieurs, que l'Angleterre lui élève la statue qu'il a cependant si bien méritée.

A côté d'Harvey plaçons immédiatement Francis Glisson. Nous ne le connaissons guère aujourd'hui que par la capsule qui porte son nom et par l'anatomie du foie qu'il publia en 1654. Mais combien d'autres travaux attirèrent justement sur lui l'attention de ses concitoyens. Recherché dans son style, logique dans sa dialectique, un peu vague peut-être dans ses travaux d'anatomie générale, il fit successivement paraître un travail : *De ventriculo et intestinis* : puis un autre : *De vita naturæ*, dans lesquels il touche aux problèmes les plus ardues de la physiologie moderne. A ce point de vue là, je ne saurais trop vous

(1) Il s'agit ici de la loi contre les virisections.

recommander les pages qu'il consacre à l'étude de l'irritabilité musculaire, de cette propriété qui devait faire plus tard la fortune scientifique de Halles.

Contemporain et ami de Glisson, un autre savant d'une activité scientifique remarquable, illustre par ses recherches anatomiques et physiologiques les universités de Cambridge et d'Oxford ainsi que la Société royale de médecine, dont il est un des premiers fondateurs, j'ai nommé Wharton.

Et Willis, que ses travaux sur l'anatomie et la physiologie des centres nerveux, non seulement au point de vue fonctionnel, mais encore dans leurs rapports avec la physiologie placent également au premier rang ! Et Robert Bayle ! et l'encyclopédiste Robert Hook ! Et Richard Lower ! Et John Majow !

Que ces savants étaient puissants, messieurs, avec quel autorité ils s'imposaient à leurs contemporains. Un prêtre mourant, Arthur Coga, se laissait alors, sans la moindre hésitation et sur la prescription de ses médecins, injecter par Lower et King, au moyen d'une sonde d'argent, dix onces de sang de mouton dans les veines. Aujourd'hui que nous avons l'expérience de la transfusion, que nous possédons des appareils perfectionnés, trouverions-nous facilement des malades qui montrent tant de confiance dans les maîtres modernes ?

D'ailleurs, à ce moment, les grands savants sont nombreux dans toute l'Europe. Nous sommes au temps du philosophe Descartes, de l'anatomiste Malpighi, du mathématicien Borelli, — Stenon, Bellini, Graaf, Redi, Ruysch, Swammerdam, Leuwenhoer, Vieussens, et tant d'autres illustrent les différentes chaires du continent. Aussi allons-nous voir, sous l'influence de ces esprits féconds — la physiologie faire de très rapides progrès. Éclairés par le flambeau de William Harvey les savants, vont nécessairement découvrir les sources de la chaleur animale et les phénomènes mécaniques et chimiques de la respiration.

Et M. Foster suit l'évolution de la physiologie à travers les derniers siècles montrant le rôle joué par les professeurs des grandes universités britanniques, mais indiquant également avec impartialité les découvertes des auteurs étrangers.

Il arrive aux temps modernes et termine enfin par une péroraison toute empreinte de mélancolie et sur laquelle nous ne saurions trop insister :

Aujourd'hui, messieurs, les horizons s'élargissent, la science marche dans tous les pays à pas de géant. Certes, nous

pourrions ne pas rester en arrière dans le domaine des sciences physiologiques; mais des obstacles inconnus au XVIII^e siècle et aux siècles précédents nous paralysent et rendent nos travaux impuissants.

Une idée fatale à la science, a pu faire son chemin dans ce pays, peser sur la loi et entraver nos efforts. Voulons-nous marcher en avant, des mesures législatives et des décrets émanés de la Chambre des lords se dressent devant nous. Nous ne pouvons expérimenter qu'après en avoir obtenu spécialement la permission. Nous sommes à la merci de législateurs incapables de juger nos expériences et par cela même incompetents.

Comme autrefois Israël, nous soupirons, pauvres persécutés après la délivrance.

Puisse ce congrès devenir pour nous le point de départ d'une ère nouvelle! Puissent nos frères étrangers, témoins de nos entraves, provoquer dans leur pays un mouvement énergique en faveur de l'expérimentation, la première de toutes les méthodes pour l'étude des phénomènes de la vie!

Qu'ajouterai-je que vous ne sachiez, messieurs? N'a-t-on pas écrit des volumes pour la défense de notre cause!

Ce qui était vrai au temps de Willis l'est encore aujourd'hui et je ne saurais mieux terminer ce discours qu'en citant textuellement les lignes suivantes que je trouve dans la préface de son Anatomie du cerveau: « Nam ant hac via scilicet per vulnera et mortes per Anatomiam et quasi cæsareo partu, in lucem prodibit veritas aut semper latebit. » —

Le discours de M. Foster, écouté avec recueillement, produit sur l'auditoire l'impression la plus vive. Espérons que les paroles de ce courageux savant seront entendues, et qu'il n'aura pas protesté en vain.

La vieille fille de Londres qui ne voit dans les expériences physiologiques que le massacre de son singe, de son chat ou de son perroquet, les seuls êtres qu'elle ait jamais aimés, a pu dans un moment de surprise, arracher une loi ridicule à la Chambre des lords, — mais l'homme intelligent, l'homme qui connaît les affections véritablement élevées, qui comprend la passion du savant, ne saurait céder plus longtemps à des influences aussi mesquines.

L'humanité souffre et tout le monde doit chercher à améliorer son sort. Que les respectables *ladies* distribuent en paix leurs brochures, mais qu'elles se gardent d'entraver les efforts

du penseur qui, dominant sa répugnance, va chercher dans les entrailles des bêtes le moyen de faire un peu de bien à ses semblables.

Après le discours du président, discussion sur la localisation des fonctions dans l'écorce du cerveau. M. Ed. Fournié devant prochainement faire de ce sujet l'objet d'un article spécial, nous nous contentons de rappeler au passage combien les orateurs du Congrès ont été intéressants et serrés dans leur argumentation.

Le soir de cette première journée le Dr Bocci présente à la section une canule pour les fistules gastriques — le Dr R. Ewald un moulin à sang et quelques autres instruments. — Enfin, M. W.-H. Gaskell lit un mémoire dans lequel il expose les différentes opérations à faire pour examiner l'action du pneumo-gastrique sur le cœur. — Le manuel opératoire est bien exposé et à ce point de vue le mémoire de M. Gaskell peut rendre des services à ceux qui débutent. Mais nous ne remarquons rien de nouveau dans ce travail. Les conclusions de M. Gaskell sur l'action du pneumo-gastrique sont également celles de tous les expérimentateurs.

e 5 août. — Discussion sur le mécanisme régulateur de l'action du cœur, ouverte par le professeur François Franck. — Le savant étudie la question à deux points de vue considérant d'abord les organes qui président physiologiquement aux mouvements de l'organe central de la circulation, il étudie longuement l'influence du grand sympathique et du pneumo-gastrique, — puis, il remonte plus loin et cherche à délimiter les centres respirateurs. Enfin, il examine l'influence de tous les organes de l'économie (cerveau, poumons, foie, reins, etc.), qui peuvent à un moment donné modifier le rythme du cœur.

Ces notions posées, le professeur Franck arrive à la seconde partie de son discours et parle des agents capables de modifier directement ou indirectement le rythme du cœur — du tabac, de la digitale, du café, de l'alcool, etc.

Tant il est vrai de dire que les sciences médicales s'enchaînent et qu'entraver la physiologie, c'est en même temps porter atteinte à toutes les autres.

Après le professeur Franck, nous entendons le professeur Wood, de Philadelphie, dans une discussion sur la chaleur animale.

Les professeurs Gaskell, Ewald et Sheridan Lea, font des présentations d'instruments. Enfin M. Ed. Fournié montre aux membres de la section un appareil représentant artificielle-

ment le larynx, la langue et la bouche c'est-à-dire tous les organes de la phonation. M. Fournié est arrivé à la confection de cette merveilleuse machine, qui fonctionne, hâtons-nous de l'ajouter, de la façon la plus satisfaisante par l'analyse attentive et complète de toutes les conditions dans lesquelles se produisent la voix et la parole. C'est donc une œuvre de synthèse physiologique qu'il présente au Congrès.

6 et 7 août. — Pas de réunion.

8 août. — (a) Discussion sur les apparences microscopiques des muscles striés pendant le repos et pendant la contraction. Ouverte par le professeur Rutherford.

(b) Discussion sur la structure primitive des cellules. Ouverte par le Dr Klein.

Nous n'insistons pas sur ces deux premiers sujets. Ils relèvent en effet bien plutôt des sciences anatomiques que de la physiologie.

A deux heures, M. le professeur Douders fait une communication sur la sensation des couleurs, au point de vue de sa durée, de son intensité, de ses anomalies. Il expose le mécanisme du daltonisme congénital et acquis; enfin termine en indiquant les moyens qui peuvent enrayer sinon guérir cette infirmité.

Le professeur Dastre indique les caractères physico-chimiques des lécithines. Enfin plusieurs membres font des présentations d'appareils sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre.

9 août. — (a) Discussion sur la question des nerfs vaso-dilatateurs, ouverte par le professeur Morat.

(b) Dr Pavy. — « Nouvelles recherches et démonstrations ayant rapport à la théorie du glycogène. »

On connaît la compétence du Dr Pavy dans les questions de physiologie hépatique. On ne sera donc pas surpris d'apprendre que sa communication a été écoutée avec le plus vif intérêt, et cependant le Congrès était à sa dernière heure.

Résumons-la en disant que tout en approuvant le plus grand nombre des données émises par Cl. Bernard, particulièrement sur les fonctions du quatrième ventricule. Le Dr Pavy a de la tendance à moins localiser la fonction glycogénique. La rate et le corps thyroïde, le thymus et tous les organes lymphoïdes ne seraient pas étrangers à la formation de la matière glycogène.

Peut-être un jour consacrerons-nous tout spécialement un article à l'exposition des idées du Dr Pavy.

Mais aujourd'hui l'espace nous manque et nous devons nécessairement nous contenter de très succints résumés. N'avons-nous pas, en effet, encore à analyser les travaux de treize sections.

On le voit par ce que nous venons d'exposer, six seulement des questions posées à l'ordre du jour par les membres du comité de la section de physiologie ont été discutées à fond. Mais combien nous préférons ces six grandes discussions aux communications souvent mauvaises, toujours trop nombreuses pour être intéressantes des autres sections.

Encore une fois, l'avenir du Congrès est dans cette voie. Nos compliments donc à M. Foster qui s'est montré d'ailleurs, sous tous les rapports, président de section si parfait.

(A suivre.)

F. JOUIN,
Interne des Hôpitaux.

NOUVELLES

HÔPITAL FRANÇAIS DE LONDRES. — Ceux de nos confrères qui ont assisté au Congrès médical de Londres connaissent certainement cette physionomie franche, sympathique, que l'on rencontrait tous les jours dans la salle du College of physicians et vers laquelle tout Français, instinctivement se dirigeait, pour obtenir à coup sûr l'information désirée.

Le porteur de cette physionomie heureuse, M. le Dr Vintras, remplissait sa fonction de commissaire du Congrès non seulement avec bonheur, mais encore avec une sorte de sentiment de reconnaissance; tout disait en lui qu'il était content de se trouver avec les membres de la famille française et de les obliger.

Cette satisfaction, M. le Dr Vintras, ne se bornait pas à se la donner dans les salles de réunion officielle, il la voulait plus intime, chez lui, et la plupart d'entre nous ont eu le plaisir de rencontrer dans les *luncheons* journaliers de notre honorable confrère les souvenirs les plus purs de la famille française : les bons fruits, les bons vins et par-dessus tout le gracieux et intelligent accueil de la maîtresse de la maison.

Tout ceci est dit pendant le temps que nous mettons à atteindre le n° 10 de Leicester place, Leicester square, lieu où se trouve l'Hôpital français dont le Dr Vintras est un des fondateurs et actuellement le médecin en chef.

Semblable à toutes les vieilles maisons de Londres, l'hôpital présente une façade en briques, ornementée d'une façon agréable, mais sans style bien défini.

Dans le vestibule où nous pénétrons d'abord, on nous présente un registre sur lequel les visiteurs inscrivent leurs noms avec leurs réflexions.

Nous avons pris la liberté de copier quelques-unes de ces dernières :

« Je ne saurais dire à quel point la visite que je viens de faire à l'hôpital m'a touché. On ne saurait porter plus loin l'attention pour les pauvres ma-

lades et l'entente de l'aménagement. J'ose dire que c'est un grand hôpital dans une petite maison. Je serai heureux autant qu'honoré de lui donner mon concours.

» Signé : *L'ambassadeur de France,*
» CHALLEMEL-LACOUR. »

« J'ai eu le plus grand plaisir à visiter l'hôpital, qui m'a paru très bien tenu et entendu de la meilleure façon pour le bien-être des malades.

» Signé : GENEVIÈVE SAY,
» Épouse du président du Sénat. »

Franchissant ensuite le seuil des salles de service, nous avons été frappé de la bonne tenue de l'ensemble, mais cela ne nous a plus surpris dès que nous avons vu poindre la robe grise et la cornette blanche des bonnes sœurs de la charité.

Dans le courant de l'année, 7,601 malades ont été secourus soit à titre d'internes, soit à titre d'externes.

Le personnel médical de la maison se compose :

M. le Dr H. Guéneau de Mussy, Paris, médecin honoraire. — M. William Mac-Cormac, 13, Harley Street, chirurgien consultant. — M. le Dr A. de Vintras, 141, Regent Street, médecin en chef. — M. le Dr Colomiati-Meredith, 10, George St., Hanover Square, médecin et accoucheur. — M. Alex. Mac-Kellar, Westminster Palace Hotel, chirurgien en chef. — M. Henri de Meric, 4, Upper Gloucester Place, Dorset Square, chirurgien. — M. Charles Higgins, 38, Brook Street, Grosvenor Square, chirurgien oculiste. — M. A. George Hockley, 45, Great Malborough Street, chirurgien dentiste. — M. R. A. Busby, médecin résident. — M. Gabriel Jozeau, pharmacien.

Il est à noter que les soins médicaux sont donnés gratuitement par nos honorables confrères. Le médecin résident est seul payé.

L'hôpital français de Londres est ouvert à tous les étrangers parlant français, mais la plupart des gouvernements contribuent, par leurs donations, à son entretien.

Parmi les principaux donateurs, nous signalons :

Son Altesse royale le prince de Galles;
Son Altesse royale le duc d'Edimbourg;
Tous les princes de la maison d'Orléans;
MM. N.-M. de Rothschild et fils;
S. E. l'ambassadeur de France.

Le gouvernement italien et, en général, tout ce que la noblesse, la finance, et la diplomatie renferment d'âmes charitables.

Les dons se sont élevés pendant l'année à £ 2,737 1 s. 11 d., ce qui correspond à 38,277 fr. 35 c. (moins les frais d'encaissement).

Grâce à cette somme assez ronde et à la gratuité des soins médicaux l'hôpital peut secourir largement toutes les personnes qui viennent réclamer son assistance.

D^r Édouard FOURNIÉ.

P. S. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que M. William Mac-Cormac, l'organisateur zélé du Congrès médical de Londres et chirurgien de St-Thomas's hospital, vient d'être l'objet d'une distinction bien méritée : la reine l'a nommé Knight, c'est-à-dire *Chevalier*.

Que sir Mac-Cormac reçoive ici nos bien sincères félicitations. A ces félicitations nous joindrons un vœu : notre gouvernement pourrait se rappeler que sir W. Mac-Cormac est déjà chevalier de la Légion d'honneur et qu'une augmentation en grade serait la juste récompense d'un dévouement constant à la cause internationale du Congrès médical de Londres.

Nous émettrons encore un autre vœu — que ne sommes-nous gouvernement — ce serait déjà fait.

Après sir William Mac-Cormac, nous ne connaissons pas d'homme qui se soit plus dévoué à l'organisation du Congrès que M. le Dr Vintras, notre compatriote, celui que les rapports du comité de l'hôpital français de Londres désignent sous le nom de « bon génie de l'hôpital ». Les gouvernements ne peuvent que s'honorer eux-mêmes en récompensant noblement notre honorable confrère, depuis longtemps déjà chevalier de la Légion d'honneur.

E. F.

UNE FÊTE DE FAMILLE. — Le personnel de l'imprimerie Chaix était réuni dimanche dernier dans le vaste atelier typographique qui vient d'être édifié à Saint-Ouen pour servir de succursale à l'établissement de la rue Bergère. On distribuait les prix aux élèves de l'école professionnelle de la maison ; les parents des élèves assistaient en grand nombre à cette fête de famille. M. Chaix, qui présidait la séance, a fait ressortir, dans une allocution familière, les résultats des travaux des apprentis et du fonctionnement des nombreuses institutions de prévoyance fondées en leur faveur. Puis M. Charles Robert, vice-président de la Société de protection des enfants employés dans les manufactures, a entretenu l'assemblée, en termes élevés, des bienfaits de l'instruction et des heureux fruits du travail par un établissement où le patron et les ouvriers sont unis dans une étroite et effective solidarité d'intérêts. Des médailles d'honneur, des outils et des albums typographiques, de beaux volumes, des livrets de caisse d'épargne et de caisse de retraite ont été distribués aux lauréats. Comme les années précédentes, l'orphéon de la maison, dont les progrès s'accroissent de plus en plus, a exécuté avec beaucoup d'ensemble plusieurs chœurs fréquemment applaudis.

— La distribution des prix aux élèves de l'École supérieure de pharmacie a eu lieu jeudi dernier :

Première année : pas de prix. Citation : M. Boquillon.

Deuxième année : 1^{er} prix, M. Martin ; 2^e prix M. Grignon. Citation : M. Gallois.

Troisième année : 1^{er} prix, M. Vaudin ; 2^e prix, M. Chicandaud.

Le prix Desportes n'a pas été décerné.

Prix Buignet : 1^{er} M. Vaudin ; 2^e M. Chicandaud.

Prix Laroze : MM. Ruysens et Varennes.

Travaux pratiques. — Première année : médaille d'or, MM. Bocquillon et Dufourre ; médaille d'argent, MM. Meillière et Vigoulette.

Deuxième année : médailles d'or, MM. Tayasse et Grignon ; médailles d'argent, MM. Hondas et Tercinot.

Troisième année : 1^{re} Botanique. Médailles d'or, MM. Briouze et Nardin ; médailles d'argent, MM. Chicandaud et Marie ; 2^e physique. Médaille d'or, M. Vaudin ; médaille d'argent, M. Chicandaud. Citations avec éloges : MM. Bonnard, Reeb et Patin.

AVIS UTILE A MM. LES INTERNES. — Un élève interne des hôpitaux de Paris ayant donné des soins à une dame, sur les indications d'un professeur de Faculté, et ayant, après avoir été reçu docteur, introduit contre sa cliente une instance en paiement d'honoraires, la 7^e Chambre du tribunal de la Seine l'a débouté de sa demande.

Le tribunal a jugé que la mission confiée par un professeur à un élève, de donner certains soins à un malade, ne supplée pas au défaut de diplôme.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

10 Septembre 1881



APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE. — Les fonctions de la couche corticale du cerveau (1) par le Dr ANTOINE CROS. — Les fonctions de l'enveloppe grise des circonvolutions, les fonctions cérébrales en général ne sauraient être déterminées immédiatement et par induction simple, même sur les expériences les plus ingénieuses. Je reprocherai à beaucoup de physiologistes qui se sont adonnés à de telles expériences durant ces huit ou dix dernières années de n'avoir pas apporté assez de vues synthétiques pour éclairer les faits de pathologie expérimentale produits par leurs opérations. Je leur reprocherai même de n'avoir pas assez tenu compte des observations et des expériences déjà nombreuses et non contestables de leurs prédécesseurs. Ils ont ainsi cherché et ont cru trouver entre l'enveloppe corticale et certains groupes de muscles des relations diverses qui n'existent pas, qui ne peuvent pas exister. C'est par la conception d'un ensemble très complexe de rapports qu'on peut arriver à découvrir la vérité sur le fonctionnement de ce *monde organique*, de ce vaste milieu vivant formé d'un nombre immense de cellules et de filets nerveux de transmission. L'expérimentation physiologique nous a livré de précieuses données sans doute, mais il ne faut pas lui demander de nous présenter seule des théories toutes construites. Si l'esprit, travaillant sur lui-même n'arrive à rien de bien précis, il ne doit pas cependant abdiquer en présence des moyens les plus puissants et les plus délicats de constatation scientifique. Il doit être toujours présent et dans la plus intense activité de son action, avant l'expérience qu'il prépare, pendant l'expé-

(1) Communication faite par l'auteur au *Congrès médical international* de Londres, section de physiologie. Séance du 4 août 1881.

rience qu'il conduit, après l'expérience dont il rapproche les résultats de tous les faits antérieurement connus, sans dédaigner ceux de la plus vulgaire observation, ceux que la pratique ordinaire de l'existence livre aux savants comme aux autres hommes. Il doit, surtout lorsqu'il s'agit de s'expliquer les phénomènes de la vie, chercher çà et là les analogies offertes par les sciences dont les lois sont déjà connues, et faire intervenir toutes les notions se rattachant par des corrélations même lointaines aux études physiologiques.

Il est un point très important que tous ont négligé, c'est la fonction sensorielle de l'écorce du cerveau. De ce que les animaux sujets des expériences ne semblaient pas ordinairement accuser de véritables douleurs, lorsque le caustique ou l'instrument tranchant entament la surface de l'encéphale, de ce que l'absence de douleur chez l'homme dans les grands traumatismes de la tête paraît avoir été bien constatée quant aux lésions de la substance nerveuse cérébrale, il ne faut pas conclure que cette fonction sensorielle n'existe pas ; on la refuserait pour des motifs semblables aux nerfs optique et acoustique.

La sensation particulière liée à l'organisme cérébro-cortical a un nom dans toutes les langues, considérée en l'un de ses modes, elle se nomme le *souvenir*.

Si je pense en ce moment aux tours de Notre-Dame, ce qui se produit en moi est bien une sensation ou pour mieux parler une conception sensorielle. Cette sensation, cette conception sensorielle, est différente sans doute de celle que produiraient ces mêmes tours placées devant mes yeux, mais elle est une sensation cependant.

Il y a là, de toute évidence, deux ordres différents de sensations ou de conceptions dépendant de centres nerveux distincts, savoir : les centres des sensations périphériques ou immédiates, ou impressives, les centres des conceptions sensorielles cérébrales ou cortico-cérébrales identiques aux souvenirs ou sensations-souvenirs.

Dans les deux ordres de centres sensoriaux se trouvent les conditions physiologiques de deux mondes sensoriels.

Par exemple, quelles que soient les corrélations de structure des centres de conception visuelle périphérique, il résulte des dispositions même des appareils externes de la vision, étudiées déjà et conçues en des théories complètes, que des images virtuelles se forment en quelque sorte dans notre conscience et ces images coïncident rigoureusement avec les objets du monde

extérieur, pour les médiocres distances, au point que nos organes locomoteurs et tactiles constatent facilement cette coïncidence,

C'est ainsi que s'exercent les fonctions du toucher aidées par la vision.

C'est ainsi que la conscience prend possession de l'espace et connaît le monde extérieur.

Ces images, représentations du monde objectif, constituées organiquement par un ensemble d'éléments nerveux modifiés, vont retentir vers les centres plus éloignés de la périphérie ; c'est-à-dire vers les cellules de l'écorce cérébrale ; elles s'impriment dans ces centres en modifications rythmiques d'un autre genre, mais de même nature, et deviennent là ce qu'il faut nommer les souvenirs visuels créant ainsi un autre monde sensoriel comprenant l'espace idéal et coïncidant avec le premier.

Les conditions différentielles permettant de distinguer ces deux mondes l'un de l'autre et prouvant qu'ils ne peuvent se produire qu'avec des milieux organiques différents sont, d'une part, dans la vision périphérique la fatalité propre au monde objectif. En effet notre volonté ne peut rien changer à ces images produites directement en nous par la lumière, ni aux impressions produites par les autres modalités de la force, dans les centres correspondant aux autres sens. D'autre part, dans la vision-souvenir règne la toute-puissance relative de l'être qui change à son gré les rapports dans les phénomènes de l'imagination, du raisonnement, en un mot dans toutes les manifestations de l'intelligence. Tous ces mouvements divers se font par l'intermédiaire des conducteurs nerveux reliant la périphérie aux centres et, dans les centres, les cellules entre elles.

Comment s'opèrent toutes ces transmissions ?

Au début nous trouvons l'action directe des forces physiques en leurs divers modes rythmiques.

En passant des milieux extérieurs dans notre système nerveux, ces rythmes dynamiques, subissent un changement, mais gardent cependant quelque chose de ce qu'ils étaient auparavant.

Lorsqu'on prononce le mot lumière dans le langage habituel, on ne parle point du rythme de l'éther, étudié sous ce nom par les physiciens, mais de la sensation correspondant au rythme modifié dans les surfaces rétinienne et les nerfs optiques.

En passant du centre des sensations périphériques à celui

Septembre, T. II, 1881.

32

des souvenirs, le rythme primitif subit une nouvelle modification. Une question surgit à propos : Comment ce rythme modifié peut-il s'imprimer dans les cellules et y reparaître plus tard en mode de récordation ?

J'avais pensé qu'un dispositif particulier dans la cellule était nécessaire pour cela ; ce dispositif pouvait être analogue à une foule d'appareils d'invention humaine, aux appareils enregistreurs par exemple, mais ce mécanisme assez compliqué n'est pas indispensable à la fonction. Les aptitudes bien connues de certains corps à se laisser modifier par les forces physiques peuvent nous fournir déjà des analogies très simples pour expliquer l'impression rythmique sur les cellules cérébrales et les phénomènes de la récordation.

Telles sont la gélatine et surtout l'albumine à demi-coagulée impressionnable au plus haut degré par la lumière et gardant cette impression pour longtemps, ou pour toujours. On utilise en photographie les propriétés pareilles de diverses substances. Une cellule cérébrale peut contenir à son centre en rapport avec le cylinder-axis une matière analogue légèrement impressionnable par le rythme sensoriel. On comprend que sa conductibilité sera modifiée de la surface au centre ou d'un pôle à l'autre suivant les conditions de ce rythme ; dès lors, tout courant dynamique traversant la cellule reproduira ce rythme nécessairement,

Ici l'hypothèse légitime s'arrête. On ne sait pas comment ces transactions dynamo-matérielles et rythmiques peuvent être senties par l'être conscient. Le rapport paraît insaisissable. Entre le fait physique des mouvements sensoriaux et le fait psychologique de la conscience, même simplement de la conscience sensorielle, il y a comme un abîme. Nous savons que ces deux ordres de faits se correspondent, mais par quels moyens de mise en rapport ? Nous n'avons aucune donnée sur ce point. Remarquons d'ailleurs qu'il en est de même des rapports de la force avec la matière.

Comment l'une peut-elle agir sur l'autre ? — Nous constatons ce rapport dans tous les phénomènes de mouvements sans autrement l'expliquer ; de même que nous voyons l'être conscient gouverner plus ou moins bien son organisme et s'en servir comme d'un instrument, nous le voyons dans les centres supérieurs du cerveau plus particulièrement maître de la matière et par celle-ci de la force qui lui est départie.

Ce qui précède étant donné, il nous est facile d'expliquer le

phénomène de l'hallucination absolument analogue à celui du rêve et de l'illusion, de l'illusion physiologique qu'on a voulu trop-absolument en séparer. Les images naissant dans le centre sensoriel de l'imagination et de la mémoire, à l'inverse de ce qui se produit dans les conditions ordinaires de la vie, vont retentir dans les centres de la sensation périphérique et prennent là tous les caractères des impressions immédiatement venues des objets du monde extérieur.

L'hallucination produite par une influence pathologique ne diffère du rêve que par l'intensité. Cette intensité est telle, que les images illusoires effacent en quelques points celles des objets réels, ou tout au moins s'y mêlent et s'y confondent. On comprend avec cette théorie que le point d'où part l'excitation pathologique importe assez peu pour expliquer les effets produits. C'est pour cette raison que l'anatomie pathologique nous offre des lésions ayant causé des hallucinations pendant la vie, soit vers l'extrême périphérie des sens, soit en des points très divers de la surface corticale, soit aux couches optiques, soit aux surfaces sensorielles des ventricules cérébraux (1).

Nous pouvons maintenant dire quelles sont les fonctions de l'écorce cérébrale.

Tous les faits bien observés et bien interprétés ont prouvé depuis longtemps qu'il n'y faut chercher que des *facultés spéciales*, c'est-à-dire des groupes d'éléments modifiés (souvenir de sensations et de mouvements) gouvernant non pas tel ou tel département de l'appareil locomoteur, mais réglant l'exercice de telle ou telle série d'actes plus complexes de la vie : la parole, l'écriture, le chant, l'exercice des métiers et des arts, etc.

Ces facultés spéciales, ces groupes de souvenirs, de sensations et de mouvements, se forment peu à peu dans l'écorce cérébrale par l'exercice même de la vie, par l'éducation, en donnant à ce mot, le sens le plus étendu. Elles sont les produits coordonnés de l'action directrice de l'être conscient. Elles ne préexistent pas dans les cellules ou dans les groupes de cellules corticales qui en sont, lorsqu'elles sont constituées, les conditions anatomiques. Tout au plus les faits d'observation et d'expérience, laissent-ils penser que certaines régions sont plus particulièrement destinées à servir de points de localisation à telles ou telles d'entre elles. Quant aux paralysies plus ou moins

(1) Voir notre *Traité des fonctions supérieures du système nerveux*. (Paris, 1874.) Livre VI, chap. IV. Théorie des troubles des fonctions supérieures. — Le rêve et l'hallucination.

constantes observées dans les expériences, quant aux convulsions et autres phénomènes analogues obtenus par des ablations de substance corticale ou par l'action des courants voltaïques, on ne peut les expliquer que par des transmissions à de grandes distances vers les centres de mouvements simples de la moelle, peut-être pour quelques-uns, vers quelques points de la base du cerveau.

Les expériences de vivisection montreront toujours lorsqu'on lésa l'écorce du cerveau chez les animaux, des troubles ou des abolitions de souvenirs et de mouvements coordonnés, en un mot, des facultés spéciales. Les autres phénomènes sont accessoires, produits par des influences accidentelles perturbatrices très importantes en pathologie, mais qu'il faut précisément écarter ou négliger en physiologie.

La question des localisations est ainsi résolue. Sans aucun doute, ces facultés spéciales sont localisées, il est même impossible de comprendre comment elles pourraient ne pas l'être, elles sont constituées en certaines régions déterminées, mais non pas en un seul point ou en un seul espace restreint, si ce n'est les plus simples d'entre elles, qui sont comme les éléments des autres. Plusieurs d'entre elles, ont des points auxiliaires ou complémentaires assez éloignés les uns des autres, d'où résulte un enchevêtrement encore difficile à débrouiller. Ceci explique très bien pourquoi les si nombreuses expériences de ces derniers temps ont donné, en l'absence de toute direction théorique, des résultats si incertains et si confus.

REVUES CLINIQUES

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

LEÇON DE M. PÉAN.

I. Autoplastie. — II. Tumeur érectile de la lèvre inférieure. — III. Sarcome sous-périostique du tibia.

I. — On va nous amener une petite fille de quatre ans et demi, dont les vêtements ayant pris feu l'hiver dernier, a eu certaines parties du corps brûlées, notamment le bas de la figure, où l'on constate aujourd'hui une cicatrice considérable

qui s'étend du menton jusqu'au lobule de l'oreille gauche. Cette ancienne blessure n'entraînant aucune infirmité, mais seulement une difformité, nous n'avons pas à y toucher. Mais il n'en est pas de même du côté de la bouche; ici la lèvre inférieure est, en grande partie, renversée, surtout à gauche, par la rétraction du tissu cicatriciel qui s'est formé à la suite de sa brûlure; et non seulement il y a là, en effet, des plans disgracieux, au point de vue de l'esthétique, la lèvre formant un gros bourrelet retombant, mais encore une véritable infirmité, la lèvre inférieure, en effet, ne suffisant plus à retenir la salive sécrétée, laisse celle-ci s'écouler continuellement au dehors.

Cette déformation de la lèvre n'est pas rare dans cet hôpital, soit qu'elle survienne à la suite de brûlures comme chez cette enfant et sous l'influence du tissu cicatriciel, soit qu'elle se produise par suite de pertes de substances dues à quelque affection cutanée telle, par exemple, que le lupus ou à des accidents syphilitiques.

Ces sortes de renversements de la lèvre ont de tous temps généralement peu attiré l'attention des chirurgiens, tandis que ceux-ci se sont beaucoup plus préoccupés des renversements des paupières, sans qu'il soit bien facile de s'en expliquer la raison, l'écoulement continu de la salive étant une véritable infirmité presque aussi sérieuse que l'ectropion, et les bourrelets rougeâtres accompagnés d'un tiraillement plus ou moins prononcé des lèvres supérieure ou inférieure étant presque aussi disgracieux que la lésion palpébrale.

Nous allons donc faire ici, chez cette petite fille, une réparation des tissus qui font défaut, en détachant avec soin la lèvre par sa face profonde pour en obtenir le redressement en prenant dans le voisinage l'étoffe nécessaire avec la plus grande épaisseur possible, afin de combler la perte de substance, enfin en remettant la lèvre en place et la maintenant par des points de suture.

II. — La seconde opération que nous avons à faire, porte aussi sur la lèvre inférieure chez un homme du dehors, âgé d'une quarantaine d'années.

Il s'agit d'un traumatisme ancien, suivi de plaie, qui a donné naissance plus tard à une petite tumeur développée dans la lèvre inférieure dont elle occupe une partie de son épaisseur du côté droit. Cette petite tumeur bleuâtre, un peu violacée, examinée de près, a toutes les apparences d'un kyste sanguin

ou d'une tumeur vasculaire d'autre nature. Au toucher, elle ne paraît pas circonscrite comme une tumeur fibreuse, et elle ne présente pas de bourrelet induré comme dans le cas d'épanchement de lymphé plastique. La compression permet de réduire son volume. Serait-ce quelque production organique.

Si nous consultons ses antécédents personnels, nous ne trouvons absolument rien, mais si nous l'interrogeons relativement à ses ascendants ou ses collatéraux les plus proches, nous apprenons que des productions néoplasiques y ont été observées, soit au sein, soit à la fesse. Cependant, je crois plutôt, comme le dit notre malade, à une tumeur qui s'est développée consécutivement au traumatisme dont il nous a parlé, à un anévrisme ou à une tumeur érectile veineuse.

De plus, comme elle affecte quelque tendance à s'accroître, comme elle est susceptible de s'enflammer, de s'ulcérer et donner lieu, par la suite, à la formation de bourgeons vasculaires, toujours prêts à saigner, à donner lieu à de fréquentes hémorrhagies, je considère comme utile de débarrasser notre malade de cette petite tumeur, je le ferai d'autant plus volontiers que l'ablation en est des plus simples, qu'elle n'est pas assez douloureuse pour nécessiter la chloroformisation du malade, bien qu'elle doive être faite largement avec le bistouri, enfin, que ces sortes de tumeurs ne présentent généralement aucune tendance, soit à récidiver, soit à dégénérer.

III. — Maintenant, nous nous trouvons en présence d'une affection tout autrement grave que celle que nous venons de voir. Le malade que voici est un homme de 66 ans qui porte depuis quatre ans, à la jambe droite, une tumeur, très petite d'abord, mais qui, comme vous le voyez, a depuis ce temps pris un volume considérable.

Elle serait également survenue, d'après cet homme, à la suite d'un traumatisme dans une région déjà chez lui très variqueuse auparavant; mais j'ai quelque peine à croire que ledit traumatisme ait joué un rôle quelconque dans la formation de sa tumeur.

Quoi qu'il en soit, celle-ci, profondément placée, a été très douloureuse dès le début, même à la pression; elle aurait été aussi quelque peu fluctuante à cette époque. Elle occupe la plus grande partie de la région antéro-externe de la jambe droite, depuis l'extrémité supérieure du tibia, qu'elle masque dans sa plus grande partie, ainsi que la tête du péroné, jusqu'à la partie moyenne de ces deux os, mais du tibia principale-

ment, où elle se termine à peu près en pointe, affectant ainsi la forme d'un cœur de carte à jouer.

Les veines sous-cutanées sont fortement dilatées et présentent une vascularisation assez considérable dans toute la région malade et aussi un peu en dedans de la jambe. Les capillaires veineux sont aussi un peu variqueux.

La peau est très mobile sur les diverses bosselures que l'on remarque au-dessous d'elle et dont la fluctuation se transmet dans toutes les directions. Ces bosselures sont séparées entre elles, en haut, par une dépression, à travers laquelle on sent le tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que l'aponévrose et peut-être aussi les muscles de la région soulevés par une tumeur considérable. Celle-ci, en dehors, fait hernie à travers les fibres musculaires. Sur son pourtour interne, ses limites sont assez difficiles à distinguer d'avec le tissu osseux, et elle paraît se continuer avec le périoste, surtout en haut, ce qui nous porterait à penser que nous avons affaire à une tumeur sous-périostique.

Quant à la tête du péroné, elle est parfaitement nette et isolée de la tumeur, tandis que plus bas il n'est guère possible de savoir si celle-ci affecte quelques rapports avec cet os.

Cette tumeur s'est-elle développée dans l'épaisseur des muscles ou a-t-elle pris naissance dans le squelette lui-même?

Les tumeurs que l'on rencontre dans les muscles de la jambe se développent le plus généralement dans les muscles de la région postérieure, tandis que dans la région antéro-latérale le fait est rare et ne se présente pas une fois sur dix. Il n'en est pas de même pour celles qui dépendent du tibia, lesquelles sont les plus nombreuses, non plus que pour celles que l'on rencontre quelquefois sur le péroné; ce sont des sarcomes kystiques et fluctuants ou non kystiques.

Si la marche est rapide, le sarcome est plus souvent embryoplastique; si, au contraire, l'évolution est plus lente, il est plus probable que l'on est en présence d'une tumeur fibreuse ou myéloplaxique. On peut encore rencontrer des enchondromes, mais ici je ne le pense pas, et, de plus, ce n'est pas le lieu ordinaire de leur formation; enfin on ne trouve guère plus de deux enchondromes du tibia et du péroné contre cent tumeurs sarcomateuses.

Quant à l'opération à laquelle nous devons avoir recours, aurions-nous affaire à une tumeur sarcomateuse des muscles, ce que, je le répète, je ne crois pas, l'énucléer serait faire une

mauvaise besogne, nous aurions une vaste plaie, des troubles de nutrition de la jambe, une cicatrice consécutive considérable, et par la suite rien ne nous assure que notre malade conserverait l'usage de sa jambe. Une incision exploratrice n'est donc même pas nécessaire, à moins qu'elle n'ait pour but de confirmer notre diagnostic chez un malade auquel je n'entrevois aucune utilité de conserver son membre.

Je pratiquerai donc, après avoir appliqué la bande d'Esmarch pour obtenir l'ischémie du membre, l'amputation de la jambe dans l'articulation du genou en passant à travers l'extrémité articulaire des condyles du fémur, afin de ne pas conserver des cartilages qui tendraient par la suite à se décortiquer. L'amputation sera faite par la méthode elliptique.

La jambe examinée après l'opération a démontré que la tumeur sarcomateuse était bien développée aux dépens du périoste, laissant le tibia un peu congestionné, mais parfaitement sain ; la tumeur contenait à la fois des éléments embryoplastiques et des myéloplaxies, ce qui est assez rare à l'âge de notre malade.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. BUDIN. — Du diagnostic pendant la grossesse de la présentation définitive de l'extrémité pelvienne.

(*Progrès médical et Archives de Tocologie*, août 1881.) — La courte note qui vient de publier M. Budin présente un grand intérêt pratique, car elle appelle l'attention sur une cause d'erreur dans le diagnostic des présentations par le palper abdominal pratiqué pendant les derniers temps de la grossesse.

On peut dire qu'il n'est pas de praticien qui, au moins à ses débuts, n'ait eu, en appliquant même très sévèrement les règles du palper abdominal, la désagréable surprise de diagnostiquer une présentation du sommet alors que l'enfant présentait le siège au moment de l'accouchement. Dans ces cas on voit quelquefois des médecins admettre qu'il y a eu mutation de présentation. En réalité il y a bien eu erreur de diagnostic. Quand l'accoucheur a pratiqué le palper, il y avait une présentation du siège, et c'est à tort qu'il a porté le diagnostic de présentation du sommet.

On admet généralement en effet, que la tête fléchie seule peut s'engager dans l'excavation du bassin pendant les derniers

temps de la grossesse, et que par suite, si à ce moment on rencontre en pratiquant le palper abdominal, une partie fœtale s'engageant à travers le détroit supérieur, ce ne peut être que la tête fléchie.

M. Pinard (*Traité du palper abdominal*, page 116) dit: Des cinq régions fœtales qui peuvent se présenter avant le travail, le *sommet seul s'engage*. En raison de la conformation anatomique et du volume des autres régions, il est nécessaire, indispensable pour que leur engagement se produise que des contractions puissantes, fréquentes existent, et ces dernières n'apparaissent que pendant le travail de l'accouchement et nullement pendant la gestation.

Donc, premier point extrêmement important : la déduction constante et essentiellement pratique qui découle de cette simple constatation, à savoir : que chez une femme enceinte il y a une région qui plonge dans l'excavation est la suivante : la présentation est celle du sommet.»

On doit avouer que rien n'est plus net que cette déclaration formulée par M. Pinard et elle présente d'autant plus d'importance que M. Pinard est un de ceux qui ont le plus contribué, par son enseignement particulier et public à répandre, les principes du palper et à montrer toute l'importance qu'il fallait lui accorder à propos du diagnostic des présentations et des positions.

Or, M. Budin rapporte 6 observations dont trois lui sont personnelles dans lesquelles il y avait eu pendant la grossesse *avant tout début de travail* une présentation de l'extrémité pelvienne définitive, LE SIÈGE ÉTANT PROFONDEMENT ENGAGÉ. Dans tous ces cas il s'agissait de présentations de l'extrémité pelvienne décomplétée mode des fesses.

Dans ces faits pratiquait-on le palper; on sentait une masse s'engager dans l'excavation et on aurait pu au premier abord diagnostiquer une présentation du sommet. Mais il était une particularité qui permettait d'éviter cette erreur, c'était l'absence des sensations particulières que donne la tête. On ne sentait pas la masse dure et régulière formée par les os du crâne mais surtout *on ne sentait pas le front*.

Il est donc très important de ne pas se contenter, quand on pratique le palper abdominal, de chercher si une partie fœtale s'engage dans l'excavation, mais il est extrêmement important de chercher quels sont les caractères de cette partie fœtale. Trouve-t-on nettement le front on peut affirmer que l'on a

Septembre, T. II, 1881.

33

affaire à une présentation de la tête fléchie; ne trouve-t-on pas nettement le front il faut songer à la possibilité d'une présentation du siège, et il n'est pas douteux que, dans ce cas, le palper complet de l'abdomen ne fasse reconnaître la tête avec tous ses caractères, au fond de l'utérus. Si les sensations perçues sont trop peu nettes, le médecin agirait prudemment en réservant son diagnostic.

II. HECKER (Munich). — Sur un cas de rupture spontanée complète de l'utérus, avec guérison par le drainage (*Centralblatt für Gynækologie*, 1881, n° 10). — La femme qui fait le sujet de cette observation avait accouché six fois auparavant, toujours on avait dû appliquer le forceps.

Pendant son septième accouchement, le travail se prolongeant pendant longtemps, on fit prendre à la malade du seigle ergoté, néanmoins, on dut appliquer le forceps pour extraire l'enfant. Après cette opération, on conduisit la malade à la clinique du professeur Hecker,

La femme est dans le collapsus; l'examen fait reconnaître, sur la paroi postérieure du vagin et de l'utérus, une déchirure assez grande pour qu'il soit possible d'y introduire la main. Par cette déchirure, pend le cordon; le placenta étant passé dans la cavité péritonéale. On fait immédiatement la délivrance.

La malade, pendant les heures qui suivent, a du délire, la température ne s'élève pas au-dessus de 38°.

Treize heures après la délivrance, on introduit, à travers la déchirure, un large drain, dont une extrémité plonge dans le péritoine, tandis que l'autre vient s'ouvrir à la vulve, il s'écoule immédiatement une grande quantité de liquide ayant une couleur roussâtre.

Pendant les jours qui suivent, la malade urine en grande quantité. Quatre jours après l'opération, le drain qui avait été appliqué 13 heures après l'opération, étant tombé, on en replace un second, il s'écoule encore du liquide coloré en rouge.

La femme ayant de la diarrhée, on traite cette complication par les moyens ordinaires, on donne un traitement tonique, la fièvre cède.

Au bout de quatorze jours, on examine la malade, dont l'état général s'était considérablement amélioré, on constate que la déchirure utérine est cicatrisée.

La malade est sortie guérie de la Maternité.

L'auteur attribue l'heureux succès qu'il a obtenu à l'emploi du drainage, qui a permis l'évacuation des principes septiques qui s'étaient accumulés dans le péritoine.

Il pense, de plus, que, *dans le cas de rupture de l'utérus pendant l'accouchement, il ne faut avoir recours à l'opération césarienne que quand il est impossible de faire autrement.*

Cette pratique de Hecker mérite d'autant plus d'attirer l'attention, qu'elle se rattache directement à la question aujourd'hui à l'ordre du jour, du drainage du péritoine. Nous nous bornons aujourd'hui à signaler cette observation, nous proposant de revenir prochainement sur la question du drainage du péritoine au double point de vue de ses applications en gynécologie et en obstétrique.

III. POLAILLON. — Sur l'absence congénitale d'une portion du diaphragme (*Archives de tocologie*, août 1881).

— La note que vient de publier M. Polaillon est intéressante à un double titre : 1° parce qu'elle fait connaître une observation très remarquable ; 2° parce que l'auteur essaie de montrer qu'il est possible d'établir un diagnostic probable de cette rare anomalie.

Tout d'abord, l'auteur montre que les perforations congénitales sont compatibles avec la vie quand elles sont étroites ; elles constituent néanmoins une malformation dangereuse parce qu'elles exposent les sujets qui en sont atteints à tous les dangers des hernies diaphragmatiques. Quand la perforation est assez grande pour laisser passer une partie des organes abdominaux dans la cavité thoracique, la mort arrive rapidement, ou bien si la vie parvient à s'établir, elle est toujours très précaire.

Voici, d'après M. Polaillon, les signes qui peuvent permettre de diagnostiquer une semblable malformation.

La peau a une teinte cyanosée, la respiration s'accomplit d'après le type thoracique et non d'après le type abdominal. L'enfant fait de grands efforts d'inspiration, les ailes du nez se dilatent, les lèvres s'entr'ouvrent et se portent en avant comme pour humer l'air. Lorsque l'on comprime la base du thorax, on produit des borborygmes qui se passent, non seulement dans la cavité de l'abdomen, mais encore dans le thorax.

Enfin, au-dessus de tous ces signes, il faut placer le déplacement du cœur, qui se trouve fortement refoulé à droite, si la

hernie s'est faite dans la moitié gauche du diaphragme, ou qui est rejeté à gauche; si la hernie siège à droite.

En terminant son mémoire, M. Polaillon croit devoir recommander d'insuffler avec précaution les enfants, afin de ne pas introduire de l'air dans le tube digestif et de ne pas produire une tympanite qui augmenterait encore la compression thoracique. Le conseil de l'auteur est, sans aucun doute, excellent, mais nous pensons que, même lorsqu'il n'y a pas hernie du diaphragme, un médecin agira toujours avec assez de soin pour ne pas insuffler les intestins au lieu des poumons.

A CONSULTER.

I. RUGE. — La cellule de la caduque est-elle caractéristique de l'état de gravidité (*Centralblatt für Gynälogie*, 11 juin 1881).

L'auteur se prononce pour la négative. Il a trouvé, dans les produits expulsés par des femmes atteintes de dysménorrhée pseudo-membranense des cellules, tout à fait semblables à celles de la caduque.

II. GEYL. — Des causes de l'accouchement (*Archiv für Gynäkologie*, t. XVII, p. 1).

Long article, peut-être trop philosophique. On y trouvera des renseignements intéressants sur l'histoire de la question.

III. SANGER (Leipzig). — Sur les forceps avec appareils de traction. Les forceps Tarnier, leurs modifications; application de ces principes aux forceps allemands (*Archiv für Gynäkologie*, t. XVII, p. 382).

Long mémoire, qui sera lu avec intérêt par les accoucheurs. On y trouvera toutes les objections faites au forceps de M. Tarnier par les accoucheurs allemands. Nous signalons, dès aujourd'hui, ce mémoire car, dans la discussion qui vient d'avoir lieu au congrès de Londres, aucun accoucheur allemand n'a pris la parole.

IV. TRAUGOTT-KRONER. — Contribution à l'étude de l'accouchement prématuré dans l'éclampsie (*Breslauer aerztliche Zeitschrift*, p. 52, 1881).

Mémoire à consulter pour l'histoire de la question. L'auteur rapporte une observation.

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE MATIÈRE MÉDICALE

HYGIÈNE. — Méfiez-vous du Saint-Honoré! —

Nos lecteurs ont remarqué dans le dernier numéro de la *Revue médicale* l'intéressante communication du docteur Delthil « sur les dangers de l'alun en contact avec le cuivre, dans la préparation de la crème de Saint-Honoré » et la réfutation de M. Galippe. Nous n'avons donc pas à y revenir. Nous voulons seulement faire remarquer que tout le monde ne partage pas les convictions de M. Galippe sur l'innocuité des préparations cupriques et que bien peu consentiraient à répéter les expériences qu'il a si courageusement tentées sur lui-même.

Dernièrement, à propos des corps étrangers métalliques des voies digestives, nous résumions, ici-même, une discussion de la Société de thérapeutique. Or, tous les membres présents à la séance étaient loin de s'entendre sur la toxicité du cuivre. La dernière argumentation de M. Galippe réussira-t-elle à convaincre les récalcitrants? Il est permis d'en douter. Ses objections, très sérieuses pour la plupart, auraient gagné à être présentées avec plus de calme et de modération. A l'Académie de médecine, tout comme à Belleville, l'emportement et la violence n'ajoutent rien à la force des arguments.

Dans la même *séance académique*, M. du Castel a fait sur le traitement de la variole grave une communication à laquelle les résultats obtenus et le nom de l'auteur donnent une importance considérable. Nous ne pourrions, sans faire double emploi, la rapporter ici; nous renvoyons donc ceux de nos lecteurs, auxquels le travail de M. du Castel aurait échappé, au dernier numéro de la *Revue médicale*.

Accidents déterminés par la belladone. — Si, comme on le dit, les observations ont cela de commun avec le vin, qu'elles deviennent meilleures en vieillissant, les faits rapportés par M. Léon Blondeau (1) sont dans les conditions requises pour intéresser nos lecteurs, puisqu'ils remontent à 1858 et qu'ils ont été recueillis dans le service du grand maître Trousseau.

(1) *Union médicale*, 30 août 1881.

Dans un cas de rhumatisme articulaire aigu frappant toutes les jointures, Trousseau, qui avait employé sans succès le sulfate de quinine et la vératrine, eut recours à la belladone qu'il prescrivit à doses progressivement croissantes jusqu'à provoquer le délire. De 0,05 centigrammes d'extrait administré le premier jour en une seule fois, la dose fut graduellement élevée à 0,40 centigrammes, par doses fractionnées dans le courant de la journée et fut ainsi continuée pendant vingt jours. Soit l'effet de la médication, soit peut-être qu'au moment où celle-ci avait atteint la dose maximum, la maladie ayant elle-même atteint une durée de six semaines dût naturellement s'amender, les douleurs se calmèrent au point que Trousseau jugea à propos de réduire la quantité du médicament de 0,40 à 0,30 centigrammes. Tout allant de mieux en mieux, l'emploi de la belladone avait été brusquement suspendu, quand, dès le deuxième jour de cette interruption, la malade fut prise de troubles cérébraux graves : tristesse, inquiétude morale, funèbres pressentiments, refus de nourriture. En présence de ce délire lypémanique, on pouvait redouter la complication encéphalique du rhumatisme. Trousseau, cependant, écarta promptement cette hypothèse et pensa que la cessation brusque de la belladone était, par un mécanisme analogue à celui du délire alcoolique, la cause de tout le mal. En conséquence, la médication belladonnée fut reprise et dès le lendemain une amélioration sensible s'était produite. On administra pendant quelques jours encore des doses décroissantes d'extrait de belladone, puis bientôt la malade sortit complètement guérie.

Traitement du chancre mou et du bubon chancreux par l'acide salicylique. — Les moyens dont nous disposons pour combattre efficacement la chancelle, sont nombreux et variés et suffisent généralement, à moins de complications graves, le phagédénisme, par exemple, pour amener une prompt guérison. Mais, en thérapeutique, le *mieux* n'est pas l'ennemi du *bien* ; aussi, M. Autier, ancien interne en pharmacie, lauréat des hôpitaux (1), vient-il soutenir dans sa thèse inaugurale, les avantages de l'acide salicylique sur les agents employés jusqu'ici. Sans être un spécifique infailible, il a le mérite d'être sans odeur, peu douloureux, soluble dans l'alcool et dans la glycérine. Il peut être employé

(1) *Thèse de Paris*. 1881.

dans tous les cas, aussi bien lorsque les ulcérations sont larges et étalées, que lorsqu'elles présentent de grands décollements ou sont difficilement accessibles. De plus, considération qui dans l'espèce ne manque pas d'importance, il ne tache pas le linge.

On peut l'employer en solution dans la glycérine ou dans l'alcool, au 25^e ou au 50^e. La poudre est également utile, mais, dans certains cas, M. Autier lui préfère la pommade qu'il formule ainsi :

Vaseline,	30 gr.
Paraffine,	6 gr.
Acide salicylique,	6 gr.

Voici de quelle façon l'auteur procède dans le traitement des chancres et des bubons.

« Deux fois par jour nous essuyons les chancres avec soin et les recouvrons de poudre ; dans l'intervalle, le malade les lave et les panse toutes les deux heures avec la solution glycinée au 1/50.

Nous lavons la cavité des bubons avec soin et lorsque l'eau en sort claire nous y injectons de la solution au 1/50 ; si l'ouverture du bubon est étroite nous faisons de la compression ; si au contraire le bubon est largement ouvert, nous le recouvrons de charpie trempée dans la solution et maintenons le tout à l'aide du spica de l'aine.

Lorsque la plaie est devenue rose et qu'elle a perdu sa virulence, ce qui arrive généralement après quelques jours de pansement, nous coupons la liqueur avec deux ou trois parties d'eau ; son application est ainsi moins douloureuse, et la cicatrisation nous a semblé marcher plus vite que lorsqu'elle était employée pure. Lorsque la plaie résiste et que malgré le traitement elle reste grise, nous la recouvrons de poudre jusqu'à ce qu'elle soit transformée et reprenons alors le pansement ordinaire. »

Sans nier l'influence de l'acide salicylique dans les remarquables succès obtenus par M. Autier, nous ne pouvons nous empêcher d'attribuer une grande partie des résultats, au soin tout particulier, à la régularité, à l'habileté avec lesquels il a, lui-même, fait tous les pansements, et nous croyons qu'en opérant ainsi, avec tout autre agent thérapeutique habituellement employé, il eût été aussi heureux. Ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est que dans les trois services de l'hôpital

du Midi les pansements diffèrent ; et cependant les résultats sont identiques au double point de vue de la durée et du succès du traitement.

Il est regrettable que M. Autier dont la thèse est d'ailleurs remarquable à plus d'un titre, n'ait pas, en regard de ces résultats, publié ceux qui sont obtenus par des moyens tout différents dans le service de son savant maître, M. Mauriac.

F. LEPRÉVOST.

Interne des Hôpitaux.

Formulaire.

Potion contre la constipation des enfants à la mamelle :
(D^r LEWIS-SMITH. — *Gazette des Hôpitaux*).

Huile de foie de morue	2 parties.
Eau de chaux	1 —
Sirop de lactophosphate de chaux . . .	1 —

(m. s. a.)

Une demi-cuillerée à thé avec chaque tétée, ou une cuillerée à thé trois fois par jour.

Potion calmante dans la scarlatine chez les enfants.

Bromure de potassium	3 à 4 grammes.
Sirop de laurier-cerise	30 —
» diacode	40 —
Hydrolat de tilleul	400 —

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

(ARCHAMBAULT. — *Gazette des Hôpitaux*.)

F. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 6 septembre.

Présidence de M. LEGUEST.

La pluie ramène petit à petit les académiciens en vacances. M. Béclard, le sympathique et savant secrétaire perpétuel, dépouille aujourd'hui la correspondance.

M. Marotte lit un rapport sur la communication de M. du Castel, analysée dans notre précédent article, le rapporteur

trouve les faits intéressants; il admet les bons résultats de la méthode éthérée opiacée dans la variole grave. Mais, vu la complexité des médicaments employés (éther, opium, perchlorure de fer, alcool), il apporte beaucoup de réserve à expliquer le mécanisme des effets. Enfin, M. Marotte déclare que les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour considérer la médication appliquée avec succès par M. du Castel comme chose acquise à la science. Il y a lieu toutefois d'encourager des recherches si bien commencées.

M. de Sinety communique une note intitulée : *Rapports entre la dysménorrhée membraneuse et la menstruation normale*. Les conclusions de l'auteur présentent la dysménorrhée en question, laquelle se manifeste soit au moment de la puberté naissante, soit après l'accouchement, soit à l'état plus ou moins chronique, comme n'étant pas une maladie spéciale, mais la conséquence d'un fonctionnement particulier de l'utérus. Elle est accompagnée souvent de métrite, et souvent coïncide avec la stérilité. M. de Sinety termine les considérations auxquelles il se livre sur les phénomènes du flux menstruel normal, en repoussant la conjecture suivant laquelle l'émission sanguine serait marquée par une exfoliation de la muqueuse de l'utérus. Cette exfoliation n'a lieu que dans certains cas pathologiques et c'est elle qui produit les membranes de la dysménorrhée. L'exfoliation, dans ces cas, provient d'une exagération dans le processus menstruel normal.

M. Bouley donne lecture d'une leçon encore inédite qu'il a faite au Muséum. Il s'agit de police sanitaire.

On sait que l'opinion qui considère la péripneumonie de l'espèce bovine comme étant de nature contagieuse a prévalu, et que le législateur a prescrit l'abatage des animaux péripneumoniques, moyennant indemnité. Dans ce cas les choses se passent comme dans le cas de typhus. M. Bouley entend mettre tout à fait hors de doute cette proposition contestée encore par quelques obstinés :

L'inoculation du virus péripneumonique est un moyen sûr de garantir les animaux contre l'invasion de la péripneumonie,

La question a une histoire. M. Bouley y est mêlé; il a donc autorité pour la raconter. En 1830, M. J.-B. Dumas obtint la création d'une commission chargée de rechercher la nature de la péripneumonie et les moyens les plus propres à en préserver les troupeaux. M. Bouley fait remarquer ici que l'obser-

vation seule ne pouvait conduire à la connaissance dont on sentait le besoin, il fallait que l'expérimentation intervînt.

Nous sommes bien éloigné d'être les adversaires de l'expérimentation; nous dirons, toutefois, puisque l'occasion se présente, que nous ne comprenons pas la préoccupation, trop fréquente aujourd'hui, d'exalter les recherches de laboratoire et de célébrer à outrance la valeur de l'expérimentation dans le but de rabaisser la clinique. Cela nous semble quelque peu puéril. Car, au fond, l'expérimentation n'est qu'un instrument pour l'observation, elle ne vaut que par l'observation; l'observation est le point où aboutissent tous les efforts de l'intelligence en quête du vrai; l'expérimentation est un ensemble de moyens propres à multiplier les aspects des choses sous les regards de l'observateur. Expérimenter, c'est encore et toujours observer. Il est vrai que beaucoup s'imaginent avoir fait assez quand ils ont institué quelque expérience à effet, quelque machine de laboratoire, empoisonné, asphyxié, mutilé une grenouille, un chien ou un lapin. Ces merveilles nous toucheraient si elles se rattachaient à un système d'observations visant quelque grande loi physiologique, mais le plus souvent ces merveilles ne sont que des joujoux : on expérimente pour expérimenter. C'est un abus.

La commission de M. Dumas n'encourut pas ce reproche. A cette question : La péripneumonie est-elle contagieuse? Elle répondit par des observations et des expériences qui montraient que sur cent animaux quatre-vingts contractaient le mal par contact et cohabitation; que ceux qui étaient restés indemnes (en apparence du moins) avaient pour la plupart été atteints d'une toux plus ou moins persistante. N'était-ce pas là un indice permettant de conjecturer que chez ces derniers le mal s'était produit sous une forme ébauchée et que ce mal atténué était devenu un préservatif ultérieur pour ces animaux, quand on les avait soumis de nouveau aux chances de contracter l'infection.

Cette conjecture conduisait à penser que peut-être l'inoculation du mucus recueilli dans les poumons des sujets malades aurait pour effet de déterminer dans l'organisme un mouvement morbide, analogue à celui de la vaccination, et procurant, comme lui, l'immunité. On pratiqua donc des inoculations à l'extrémité de la queue, là où les mailles du tissu cellulaire sont très serrées et présentent un obstacle à la pullulation des éléments du virus. Une seule des 54 vaches ainsi

traitées contracta ultérieurement la péricnemonie. Il semblait que la démonstration fût suffisante en faveur de l'immunité conférée : plusieurs prirent occasion des défaillances du procédé pour ne considérer que les faits négatifs.

Ici une digression sur les faits positifs et les faits négatifs en matière d'expérimentation. Que M. Bouley nous permette de le lui dire : il n'y a pas, sur ce terrain, des faits positifs et des faits négatifs ; les faits sont simplement des faits ; tous se valent, tous sont positifs. Mais, il y a des expérimentateurs qui affirment telle ou telle loi, qui formulent telle règle ; et il y a des faits qui leur jouent le mauvais tour de ne pas se conformer à leur loi. M. Bouley les maltraite, les déclare négatifs, impuissants à affaiblir l'autorité résultant du groupe des autres faits (réputés positifs ceux-là) sur lesquels est assise la prétendue loi.

N'est-ce pas là une erreur de logique ?

M. Bouley explique bien, et nous n'y contredisons pas, que les faits négatifs ne se produisent que parce que les conditions dans lesquelles sont réalisés les faits positifs sont changées. Mais il omet de préciser et de nous dire quels sont, au juste, ces changements et ces conditions. Ce qui, en bon français, signifie que les lois fondées sur des faits positifs et qui ont contre elle des faits, dits *négatifs*, qu'on ne saurait expliquer, sont des formules d'une généralité très relative et qui contiennent un mélange d'erreur et de vérité.

En Belgique et en Hollande on obtenait des résultats identiques à ceux de la commission française : on constatait, dans la presque totalité des cas, la résistance victorieuse des animaux inoculés et placés dans les milieux contagieux.

M. Bouley pense que le temps est venu pour les adversaires de l'inoculation de rendre les armes ; des éléments nouveaux, dit-il, peuvent intervenir dans le problème et le trancher définitivement.

Le virus péricnemonique est tellement actif que si on l'inocule dans les régions où les mailles du tissu cellulaire sont lâches et abondantes, (le fanon, le cou, la racine des oreilles) on détermine aussitôt une violente inflammation, d'énormes tumeurs gangréneuses et fatalement la mort. On aura un critérium pour constater l'immunité acquise dans l'inoculation du virus sur ces points ; si l'inflammation est nulle ou bénigne, la preuve de l'immunité sera faite. Cette épreuve vient d'être réalisée en partie par M. Bouley dans la vacherie d'Auteuil,

sous les yeux et avec le concours de M. Le Blanc, un de ceux qui se refusent à admettre la réalité de l'immunité. Quatorze vaches furent inoculées à l'extrémité caudale; l'une d'elles, à laquelle on fit ultérieurement une inoculation de virus péripneumonique derrière l'oreille résista parfaitement.

M. Bouley pense qu'on pourrait d'ailleurs renforcer l'immunité par le moyen d'une seconde inoculation, ou bien encore essayer le procédé de MM. Thomas et Cornevin, qui consiste à introduire le virus directement dans le torrent circulatoire, ou bien enfin, comme l'a fait M. Toussaint et après lui M. Pasteur, chercher à atténuer le virus d'inoculation par des moyens qui restent à déterminer.

Quoi qu'il en soit, M. Bouley estime que, à cette heure, l'efficacité préservatrice de l'inoculation du virus péripneumonique a fait ses preuves. En Hollande, ajoute-t-il, où l'inoculation préventive a été rendue obligatoire, les pertes annuelles des propriétaires de bétail, qui se chiffraient naguère par des millions de francs, ne se comptent plus aujourd'hui que par unités d'animaux.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Président : Dr Samuel Wilks, F. R. S. — *Vice-Présidents* : Dr Bristowe, F. R. S., Jonathan Hutchinson, esq., prof., Burdon Sanderson, M. D., L. L. D., F. R. S. — *Secrétaires* : Dr Payne et Marcus Beck, esq., M. S.

Un mot d'abord sur la délimitation exacte des attributions de la section. Les programmes anglais la classent sous l'étiquette : *Pathology and morbid anatomy*. En traduisant : anatomie pathologique, nous cherchons donc plutôt à rendre l'esprit que la lettre. Les travaux de pathologie pure ne sauraient en effet y être englobés puisqu'il y a une section de médecine et une section de chirurgie. Et pourtant, si nous nous en rapportons aux communications faites et surtout au discours du président, il est bien évident que les savants n'entendent pas y exposer exclusivement les lésions et les altérations du corps humain.

Sans doute le mot *pathology* doit être pris ici surtout dans

le sens d'évolution morbide des tissus. La traduction qui rendrait le mieux, dans notre langage scientifique, l'idée des organisateurs du congrès serait donc celle de physiologie et anatomie pathologiques. Comme tout le monde, nous nous sommes contenté de reproduire la dernière partie de la phrase. Mais nous devons donner la raison de cette conduite, afin de ne pas étonner le lecteur, quand nous analyserons le discours du Dr Samuel Wilks.

Hâtons-nous d'ajouter que, même renfermée dans les étroites limites de l'anatomie pathologique, la troisième section n'en demeure pas moins une des plus importantes, sinon la plus importante du congrès. Est-il une science, en effet, qui passionne plus ardemment les esprits médicaux que l'étude des tissus malades? En est-il une à laquelle on ait plus sacrifié toutes les autres depuis quelques années et qui ait fait des progrès aussi sensibles.

Aussi ne craignons-nous pas de nous appesantir quelque peu sur ce chapitre de nos comptes rendus. C'est ici en effet, que se discutent les questions les plus ardues, mais aussi les plus attrayantes et les plus modernes de la science du médecin.

Spontanément, les membres de la section ont adopté l'ordre de travail proposé par le Dr Foster. Trois questions particulièrement intéressantes les arrêtent et deviennent le point de départ de discussions générales.

Puissent les organisateurs de l'avenir ne pas perdre de vue des faits aussi éloquents!

La section s'organise dès le 3 août avec une activité qui fait le plus grand honneur à M. Wilks. A peine la séance générale d'inauguration est-elle terminée que tout le bureau est à son poste. Le président va prononcer immédiatement son discours d'ouverture. De cette façon les savants pourront commencer leur discussion le 4 août, au moment où les autres sections ne seront pas encore constituées.

Discours du docteur Samuel Wilks.

Soyez les bienvenus parmi nous, messieurs et chers confrères. En vous recevant, en effet, ce n'est pas à des étrangers que nous faisons l'hospitalité, mais à des amis. Nous ne pouvions leur serrer la main, car des océans et des continents nous séparaient, mais nous n'en étions pas moins unis de cœur et d'esprit, nous n'en vivions pas moins dans une étroite communion

d'idées, rapprochés par l'amour de la plus intéressante et de la plus noble des sciences.

J'aurais été heureux d'inaugurer cette section en prononçant une allocution générale, mais votre temps est si précieux que je n'en veux pas détourner un seul instant.

Laissez-moi cependant jeter un rapide coup d'œil sur le sujet vaste qui nous occupe. Jamais plus grande question ne passionnera l'esprit humain car elle touche aux grands problèmes de la vie, de la maladie et de la mort. — Nous allons, Messieurs, approfondir ensemble les lois mystérieuses de la pathologie :

On a donné bien des définitions du mot pathologie; la meilleure est assurément celle qui, la mettant en parallèle avec la physiologie, l'étude, la science de la vie à l'état normal, la considère comme la science de la vie à l'état normal. Et cependant que de reproches nous pourrions encore adresser à cette façon de voir. Où commence l'état morbide? Où finit l'état normal? Doit-on considérer comme anormales les modifications que l'âge apporte dans les tissus? Non, évidemment, sans quoi la vie normale devient pour nous un idéal exclusivement réservé à quelque privilégié de l'âge d'or. Et telle, hélas n'est pas la vie que nous observons. Avec le temps s'altèrent les os, les cartilages, les poumons, le cerveau et tous les autres organes. Et ces modifications, bien que pathologiques, ne sont pas plus anormales qu'en automne la chute de la feuille du chêne desséchée et jaunie.

L'exorde du discours se termine par cette comparaison gracieuse, nous le reconnaissons... mais malheureuse, car la feuille du chêne, n'en déplaît à M. Wilks, ne tombe qu'au printemps, mais gardons-nous d'insister sur un point aussi secondaire... D'ailleurs, le savant va nous le dire bientôt lui-même, nous connaissons si peu la pathologie comparée!

Divisant alors son sujet, M. Wilks distingue une première variété de faits morbides, constituée par la dégénérescence prématurée des tissus. — Deux ordres de causes peuvent y conduire : la faiblesse congénitale de certains organes et leur surmenage fonctionnel. — Que la force de résistance soit vaincue, et l'homme est malade. — D'ailleurs l'existence entière est une combustion, une lutte de laquelle la mort sait tôt ou tard sortir victorieuse. Le terme est plus ou moins éloigné suivant l'animal; il arrive après dix ans chez le chien, après un siècle chez le perroquet, sans que nous puissions aucunement

expliquer cette différence de longévité, mais il arrive d'une façon fatale.

M. Wilks énumère alors les conditions de milieu qui peuvent hâter la dégénérescence. C'est le plus souvent aux excès, dit-il, et à l'irrégularité dans l'alimentation qu'il faut, par exemple, rapporter le développement de la goutte et du mal de Bright, si fréquents en Angleterre. Question d'étiologie d'un intérêt trop grand, trop capital, pour ne pas fixer notre attention, surtout dans nos pays où la civilisation semble pour ainsi dire les multiplier.

Heureusement une force contraire préside dans notre organisme à la réparation de ces effets pernicieux, la force vitale de la *natura medicatrix*. N'est-ce pas elle qui dans un poumon tuberculeux limite le mal, l'enkyste, et lui coupe pour ainsi dire les vivres en oblitérant les vaisseaux?

Passons à une seconde classe de maladies : les maladies parasitaires. Doivent-elles être considérées comme une forme anormale de l'existence suivant la définition que nous avons adoptée? — Non, messieurs. — Que le parasite microscopique constitue l'essence de quelque virus, que plus volumineux il s'attaque franchement aux tissus et les détruise, le phénomène est toujours le même. Il y a lutte entre plusieurs organismes différents. — La victoire restera à la force. — L'homme sera tué moins vite et moins sûrement que par un serpent, mais il n'en sera pas moins tué et tout encore se sera passé d'une façon normale.

La contemplation de ces phénomènes, ne nous amène-t-elle pas à cette idée, que nous devrions encore étendre le domaine de notre science et rechercher les lois qui président aux maladies des animaux et des plantes? Que d'enseignements précieux nous pourrions tirer de cette étude de la pathologie comparée! Quelle mine féconde pour l'explorateur qui saurait y consacrer son intelligence et son activité! — Les philosophes eux-mêmes le comprennent et M. Wilks cite à ce propos une phrase empruntée à l'*Histoire d'Angleterre*, de Buckle.

Maintenant, poursuit-il, je dois ajouter que la voie vient d'être en partie tracée par notre compatriote sir James Paget dans son *Traité de pathologie élémentaire*.

Ces paroles de l'orateur anglais rappellent involontairement à notre esprit une grande intelligence trop tôt disparue, ravie à la science et à l'enseignement de Paris. Le professeur Guibler, en effet, avait, lui aussi, compris la nécessité d'un travail

de pathologie comparée. Il allait explorer le monde végétal et se disposait déjà à mettre de l'ordre dans les matériaux qu'il avait recueillis à cet effet, lorsque la mort le surprit. Que n'a-t-on pu évoquer ce souvenir au Congrès de Londres!

Poursuivant son discours, M. Wilks dit que dans les maladies parasitaires la connaissance des lois de l'évolution et de la sélection naturelle donnerait sans doute la clef de bien des phénomènes pathologiques — en nous montrant pourquoi les animalcules se développent plutôt dans un milieu que dans un autre, y déterminant des lésions parfois fort dissemblables.

Reste une dernière classe de maladies, celle des néoplasmes. En nous faisant connaître leur structure, en indiquant les analogies qu'ils présentent parfois avec les tissus normaux, l'histologie nous apprend que plusieurs peuvent être sous la dépendance d'une cause accidentelle; c'est déjà nous tracer la voie dans laquelle on trouvera la guérison.

Ces courtes remarques, messieurs, vous prouvent combien est défectueuse la définition que l'on donne généralement de la pathologie. Le sujet est trop vaste pour être englobé dans une phrase aussi petite. Mais si ses côtés sont multiples, vous n'en êtes pas moins prêts à l'illustrer sous toutes ses faces. — A l'œuvre donc!

Les travaux commencent dès le 4 août.

Trois grandes questions, avons-nous dit, toutes les trois d'anatomie pathologique générale absorbent principalement les séances de la troisième section : le tubercule, le rôle pathologique des infiniment petits et le mal de Bright.

Mais des communications nombreuses et fort remarquables n'en sont pas moins produites sur des sujets différents.

Montrons d'abord, dans une analyse d'ensemble, quelles ont été, sur les premiers points, les opinions des savants illustres présents au Congrès.

De la tuberculose. — Graucher, Virchow, Wilson Fox, Green, Treves et beaucoup d'autres histologistes sont présents. C'est dire combien la discussion est animée, combien elle est intéressante. Et cependant nous ne chercherons pas à en donner l'analyse complète. La Société médicale des hôpitaux a, en effet, étudié le même sujet cette année même. Un des collaborateurs de la *Revue* doit prochainement publier dans le journal une étude complète de la question en France. Rien au Congrès de Londres n'a été produit qui n'ait été dit dans notre Société savante. Ce serait donc trop insister sur une question

d'ailleurs encore à l'étude. Et puis, nous devons le proclamer, si les savants présents s'étendent aussi complètement que possible sur la structure anatomique du tubercule, s'ils ne craignent pas d'aborder ce point nouveau d'étiologie qui ferait de la lésion la manifestation d'un virus (?) hétérogène — beaucoup d'autres côtés néanmoins sont laissés dans l'ombre et particulièrement celui des rapports de la tuberculose avec la scrofule.

Voici les idées qui paraissent avoir rallié le plus de partisans sur l'anatomie du tubercule. Nous les trouvons en partie dans la communication du Dr Frédéric Treves.

Le tubercule représente une certaine étape ou degré d'une forme d'inflammation particulière. On ne peut le considérer comme néoformation que dans le sens de néoformation inflammatoire. Les caractères principaux de l'inflammation qui produit les tubercules sont les suivants : elle est généralement d'une durée chronique et causée par de légères irritations. L'exsudation est très riche en cellules et présente parfois de très grands corpuscules ressemblant à des noyaux (Rindfleisch), qu'on peut regarder comme à peu près caractéristiques de ce processus. Ces produits résistent à la résolution et restent dans les tissus. De bonne heure, on observe une absence de vaisseaux de cette partie. Ordinairement une transformation dégénérative s'ensuit, le plus souvent la dégénérescence caséuse. Si le processus atteint un certain degré, des cellules géantes apparaissent constituant le véritable tubercule.

Du développement des tubercules dans les ganglions lymphatiques. Les premiers symptômes sont ceux d'une simple inflammation. Jamais des cellules géantes ou des tubercules proprement dits n'apparaissent dès le début. Ces produits indiquent une certaine étape du processus. Il est possible que cette étape ne soit jamais atteinte et que les ganglions, pourvu que l'affection soit suffisamment grave, deviennent caséux avant qu'aucune cellule géante, qu'aucun tubercule aient été vus. Plus l'inflammation est chronique, moins elle est intense et plus le tubercule a de chance de se produire. A ce point de vue donc il représente le dernier terme du processus que nous étudions. Les cellules géantes ne sont pas caractéristiques du tubercule. Elles ne sont que des coagula lymphatiques et indiquent la cessation de toute circulation de lymphe.

Histologie du tubercule. Voici comment le comprend M. Frédéric Treves, (Nous copions textuellement l'analyse des *Abstracts* :

« Le tissu cellulaire des ganglions lymphatiques, le siège de l'inflammation chronique est généralement arrangé dans des zones circulaires. S'il est quelque peu ouvert dans ces zones et qu'une cellule géante soit introduite, on aura l'aspect d'un tubercule. Le stroma réticulé de la partie affectée n'offre pas de changements constants, tels que différents auteurs ont prétendu, mais conserve exactement la même organisation que le tissu cellulaire environnant. Dans bien des formes de tubercule la cellule géante est au bord; dans d'autres, il n'y en a pas; beaucoup ont une forme ovale ou des contours tout à fait irréguliers. Ici aussi, je soutiens que la cellule géante n'est que de la lymphe coagulée qui remplit par sa substance une certaine partie du réticulum dans lequel elle se trouve. Souvent, à mesure que la masse se transforme, le stroma réticulé revient en vue et alors on peut voir qu'il est relié au tissu *ambiant* par les prolongements des cellules géantes.

Au point de vue de l'étiologie du tubercule, voici les opinions émises par le Dr. C. Creighton, M. D. Il a examiné bien des fois les organes des sujets de tous les âges morts de tuberculose. — Et cet examen n'a pas permis au savant de trouver dans le corps de lésion primitive dont on pût faire dépendre les autres lésions. Au contraire les tubercules des membranes séreuses, des glandes lymphatiques, des poumons et des viscères doivent être considérés comme contemporains. — Ils sont également sous la dépendance d'une infection initiale, et cette infection, dit l'auteur, doit être rapportée à un virus venu du dehors. Quelle est maintenant la nature de ce virus? — L'auteur ne le dit pas. — Mais plusieurs orateurs présents, la plupart, professeurs d'universités allemandes n'hésitent pas à le considérer comme constitué par des organismes inférieurs.

Quoi qu'il en soit, M. C. Creighton, s'étend longuement sur son idée d'une intoxication virulente primitive, suivie plus tard d'accidents tuberculeux secondaires et tertiaires. Il se passe, dit-il, dans ces cas quelque chose d'absolument analogue à ce que l'on voit si bien dans l'évolution de la syphilis.

D'ailleurs, il n'est pas le seul qui professe ces idées. En 1868, Klebs les exposait déjà en partie dans les *Archives de Virchow*. Il est vrai qu'il a contre lui Schüppel qui considère que la tuberculose peut débiter comme formation primaire dans les glandes lymphatiques et dans les membranes séreuses et synoviales. Rindfleisch également ne partage pas son opinion tout

en admettant en effet, la tuberculose primaire secondaire et tertiaire, il place la succession des phénomènes sous la dépendance de l'évolution des lésions primitives, idée bien différente, on le voit, de celle d'une infection initiale et d'origine virulente.

Du rôle pathologique des infiniment petits. — Les organismes inférieurs occupent actuellement trop de chercheurs, ils tiennent dans l'évolution de la science, dans les discussions des Sociétés du monde entier une place trop importante, pour qu'on les laisse dans l'ombre à un congrès de médecine internationale. Aussi avons-nous dû en subir les descriptions minutieuses, les fonctions multiples, les transformations si variables, suivant la nature des microbes..... suivant aussi l'observateur qui les décrit.

Un chirurgien bien connu, disait à son concurrent à l'aggrégation: « Il y a dans votre thèse, beaucoup de choses bonnes et beaucoup de choses nouvelles. Malheureusement les choses bonnes ne sont pas nouvelles, et les choses nouvelles ne sont pas bonnes. »

A quelques exceptions près, que nous aurons le soin de signaler tout spécialement au passage, nous pourrions adresser la même critique, aux productions du congrès sur les infiniment petits.

Très bonnes, en effet, les idées émises par Lister dans un discours justement remarqué sur les rapports des organismes microscopiques avec les processus morbides dans les traumatismes, mais connues depuis trop longtemps pour que nous en fassions ici l'analyse. Il est juste d'ajouter que s'il est au monde un homme qui ait le droit d'exposer *ex professo* l'état de la science sur ce point, c'est assurément le grand chirurgien si connu par l'impulsion qu'il lui a lui-même imprimée.

Très bonnes également les idées contenues dans le discours du professeur Klebs, de Prague, sur les rapports des infiniment petits avec certaines maladies spécifiques, mais imprimées depuis plus de dix ans dans les archives allemandes, et, défendues par ce savant lui-même, ainsi que par un grand nombre d'autres histologistes.

Il est vrai que sur le même sujet le professeur Fokker de Groningen trouve le moyen de faire une communication absolument nouvelle. Mais cette communication en a-t-elle plus de valeur! Il faudrait être le professeur Fokker lui-même pour l'affirmer.

On doit admettre, dit-il, que les virus des maladies contagieuses sont constitués par des organismes, mais il est peu probable que les organismes que l'on trouve dans les autres maladies soient de nature spécifique.

On doit plutôt croire qu'il n'y a qu'une espèce de schizomycètes qui, suivant le milieu et les conditions dans lesquels elle se trouve, peut prendre différentes formes et se montrer sous l'aspect du micrococcus, du bacillus, du spirillum etc., tandis qu'elle est à même, indépendante de la forme sous laquelle elle se développe, de reproduire les différents virus qui sont la cause des maladies contagieuses. Ces microbes font une partie intégrante du corps des animaux ; il est probable qu'ils prennent aussi une part active dans les décompositions chimiques du corps sain, tandis qu'ils reproduisent les virus qui naissent ou sont introduits dans le corps.

Vous avez bien compris, *Deus ex machina* de la pathologie, nouveau protée capable de revêtir différentes formes pour mieux cacher son jeu, l'infiniment petit emploie les loisirs que lui donne la santé à présider aux décompositions chimiques de l'organisme. Vienne un virus de quelque nature qu'il soit et le voilà qui change de fonction et se fait ménager du mal qu'il transporte dans tous les points du corps. C'est simple comme hypothèse, c'est clair et en même temps très original.

« C'est M. Nageli, poursuit le professeur de Groningen, qui a le premier avancé cette doctrine » (Quel dommage pour M. Fokker !) « Selon lui toutes les fonctions qu'exercent les schizomycètes ne sont déterminées que par leur adaptation, et, dans la pluralité des cas, c'est la fonction qui détermine aussi la forme sous laquelle ils se développent (où étiez-vous M. J. Guérin !). Mais je désire encore aller plus loin et conclure de mes observations que tel microbe qui produit telle maladie spécifique, et par prédilection, se développe sous une des formes que peuvent prendre les schizomycètes, peut produire encore la même maladie quand il est forcé par les circonstances de se produire sous une autre forme, en d'autres termes, que l'aspect morphologique dépend chez les schizomycètes d'autres conditions et n'a aucune influence sur la fonction ».

Croyez donc maintenant aux descriptions si complètes que l'on vous donne tous les jours du microbe de telle ou telle maladie !

L'avenir de la science est peut-être dans la voie des infiniment petits ; peut-être tirerons-nous quelque jour des recher-

ches si nombreuses pratiquées de tous côtés sur leur nature de sérieux et réels bénéfiques. Mais il faut le reconnaître, la question est encore bien embrouillée. Que de contradictions, en effet, dans les communications produites au congrès de Londres! Que de contradictions même dans les faits observés par le même savant!

C'est ainsi qu'avec une bonne foi scientifique dont nous ne saurions trop le féliciter M. H. Vandyke Carter M. D., dans une communication sur les sporules du sang dans la fièvre de rechute, arrive aux conclusions suivantes :

Voici les données qui prouvent l'existence d'une réelle connexion entre la contamination du sang par les sporules et les attaques pyrétiques de la fièvre de rechute.

1. L'infection est toujours suivie de fièvre;
2. Pendant l'arrivée et les progrès de la fièvre, les parasites du sang augmentent;
3. Ils disparaissent avec la cessation de la fièvre;
4. Par le contact avec le malade, ou par l'inoculation du sang contenant des sporules ou leurs germes, la pyrexie peut être reproduite chez des sujets anciens ou nouveaux.

Les données suivantes, au contraire, exposent les conditions modifiant au moins la connexion établie ci-dessus.

1. La présence des parasites du sang pendant plusieurs heures ou un ou deux jours antérieurement à la fièvre;
2. Le début soudain de la pyrexie n'est pas précédé ou accompagné de l'augmentation visible de la proportion des sporules;
3. L'absence de relation fixe entre les variations de forme et d'intensité de la fièvre et la variation du nombre des organismes;
4. La persistance des sporules pendant la défervescence effective par lysis) *Abstracts*, I. 33).

Parmi les communications très bonnes, mais peu nouvelles, faites à la troisième section sur les infiniment petits, signalons encore celle du Dr George Harley, F. R. S. dans laquelle nous ne relevons qu'un point véritablement intéressant. Pour ce savant, « le développement et la multiplication des germes dans le corps humain, quoique étant, au point de vue clinique, un vrai processus pathologique, sont, cependant, au point de vue chimique strict, un processus absolu de fermentation, accompagné d'une production de chaleur et d'une décomposition de matière organique, comme dans tous les autres

processus de fermentation. Nous n'insistons pas sur le reste de la communication dans laquelle l'auteur expose longuement les accidents primaires, secondaires et les troubles généraux des maladies virulentes.

Terminons cette analyse déjà longue des communications sur le rôle du micrococcus, par le remarquable travail de William Osler, M. D., M. R. C. P., sur l'endocardite ulcéreuse ou infectieuse. Là, du moins nous allons trouver des choses nouvelles et très bonnes. Mais notre appréciation générale n'en demeure pas moins intacte. M. Osler ne parle des infiniment petits que pour nier leur influence sur le processus pathologique qu'il décrit.

Pour ce savant, l'endocardite ulcéreuse serait 7 fois sur 12 en relation avec la pneumonie lobaire. On l'observerait encore dans l'endocardite scléreuse chronique, dans les nécroses etc. Quant au rhumatisme il la déterminerait beaucoup plus rarement qu'on ne le croit.

Passant en revue les lésions locales et générales (rate, reins, intestins, cerveau) de l'affection, M. Osler décrit enfin les micrococci qu'il a presque constamment trouvés dans ses autopsies, seulement, comme on les rencontre dans beaucoup d'autres maladies, il ne croit pas qu'ils présentent aucun rapport spécial avec les troubles de l'endocardite ulcéreuse.

En résumé beaucoup de discussions sur la question des infiniment petits, des communications nombreuses et peu de lumière. Pasteur, Jules Guérin, Béchamp de Lille, sont présents, Lister, Roberts de Manchester, le docteur Charlton Bastian prennent également part à la lutte. Les lecteurs de la *Revue* ont suivi les séances de l'Académie. Quels arguments nouveaux aurait-on pu produire au Congrès de Londres ?

Quoi qu'il en soit nous n'insisterons pas plus longuement sur ce chapitre. La question d'ailleurs est encore trop à l'étude, elle est trop différemment appréciée par des hommes d'une égale valeur pour que nous nous permettions de nous prononcer ici dans un sens plutôt que dans l'autre.

Des néphrites. — Nous sommes dans la patrie de Bright. Il n'est donc pas extraordinaire de voir les savants anglais consacrer plusieurs séances à l'étude d'une question pour ainsi dire nationale, et en tous les cas sur certains points encore bien obscure. C'est d'ailleurs un Français, le professeur Bouchard, qui apporte la première pierre à l'édifice. Nous reproduisons d'autant plus volontiers ici les conclusions de sa communica-

tion, qu'elle présente un intérêt considérable et établit une transition heureuse entre la question des infiniment petits et celle des affections du rein proprement dites.

On sait, dit le professeur de Paris (*Abstracts*, p. 49) qu'il existe au cours d'un grand nombre de maladies infectieuses des albuminuries généralement transitoires. — On sait, que dans un certain nombre de ces maladies, on constate des symptômes urémiques. On a constaté dans plusieurs de ces maladies les lésions de la néphrite. On sait donc, qu'il peut survenir dans les maladies infectieuses, des symptômes d'une néphrite que l'autopsie a vérifiée. — Ces néphrites des maladies infectieuses sont des *néphrites infectieuses*.

Ce qui le prouve :

C'est que pendant la vie, on trouve dans les urines, le même agent infectieux que dans le sang et dans les humeurs pathologiques.

C'est que l'agent infectieux, se rencontre seulement dans les urines qui renferment l'albumine et les éléments figurés révélateurs de la lésion rénale.

C'est que ces agents infectieux disparaissent des urines en même temps que l'albumine. — C'est que, dans les cas mortels, les mêmes agents sont trouvés en abondance dans le tissu rénal.

C'est que, enfin, dans les cas où les constatations précédentes ont été faites, le rein présente les caractères anatomiques de la néphrite.

Toutes les albuminuries qui peuvent survenir au cours de maladies infectieuses ne sont pas nécessairement attribuables à une néphrite infectieuse ou même à une néphrite quelconque.

Il peut y avoir, dans les maladies infectieuses, des albuminuries par néphrite infectieuse et des albuminuries dyscrasiques.

L'albumine présente dans ces deux sortes d'albuminurie des caractères physiques différents.

Les néphrites infectieuses, avec les caractères indiqués plus haut, ont été déjà constatées dans quinze maladies infectieuses.

Les néphrites infectieuses peuvent être le point de départ des néphrites chroniques.

L'urine peut être l'un des agents de transmission des maladies infectieuses.

(*A suivre.*)

F. JOUIN,
Interne des Hôpitaux.

CORRESPONDANCE

La critique, ses droits et ses devoirs.

Un journal qui se bornerait à présenter à ses lecteurs les faits et les idées tels qu'ils se produisent dans les corps savants et ailleurs, serait d'une longueur fastidieuse, voire même impossible. Il est donc nécessaire de choisir, de résumer, et, si on le peut, de présenter les travaux choisis au point de vue critique.

La critique est un travail personnel à l'occasion du travail des autres que les lecteurs aiment généralement, parce qu'elle étend les perspectives sans effort de leur part.

Malheureusement la critique, on l'a déjà dit, est un art difficile, et, ce qui est pire, un art qui ne rapporte que des ennuis.

Notre caractère, surtout en fait de science, supporte mal la critique, et là où l'on ne devrait voir qu'un intérêt scientifique en jeu on est très disposé à découvrir une attaque personnelle.

Ces difficultés se sont présentées de tout temps. Aussi la tradition nous a-t-elle laissé un *code du critique* qui règle la matière entre le critiqueur et le critiqué !

Honnêteté, liberté d'appréciation touchant les œuvres présentées au public, telle est la devise de ce code.

L'honnêteté exige que le critique se préoccupe le moins possible des personnes et qu'il soit évident pour tous que l'intérêt scientifique est le seul mobile de ses appréciations et de ses jugements.

L'honnêteté exige encore, et cela avant tout, que le critique ne dénature pas le sens des idées d'un auteur et qu'il présente ces dernières avec toute l'exactitude désirable.

Quant à la liberté d'appréciation, elle est absolue. Par le seul fait qu'un homme publie ses idées, il les livre à l'appréciation libre de chacun. Seulement le critique ne doit pas oublier que toute production de l'intelligence, bonne ou mauvaise, est un effort louable vers le bien et que la bienveillance doit le plus souvent inspirer son libre examen.

Lorsqu'un critique a usé de son droit en remplissant les devoirs que nous venons d'énumérer, il a bien agi et sa conscience peut être tranquille.

Et l'auteur critiqué? Chez celui-ci le calme n'est pas généralement aussi facile à obtenir, mais la déontologie et les droits qui le concernent sont aussi simples à établir.

Du moment qu'on n'a pas porté atteinte à son caractère, du moment qu'on a reproduit exactement ses idées, il n'y a qu'une chose à faire : laisser le public juge entre lui et le critique.

Tout au plus peut-il demander à entrer en discussion, mais ceci est une question d'opportunité que le directeur d'un journal, préoccupé des intérêts de ses lecteurs, peut seul apprécier.

Les réflexions qui précèdent nous sont venues à l'occasion d'une lettre *de six pages* que M. le Dr Duboué (de Pau) nous adresse avec prière d'insertion.

M. Duboué avait envoyé à l'Institut une *note sur la rage* dans laquelle l'auteur prétendait que « le virus rabique se propage depuis le point d'inoculation jusqu'au bulbe rachidien, en suivant certaines des fibres nerveuses qui relient ce centre nerveux à toutes les parties du corps ».

Cette théorie, basée sur le transfert problématique d'un virus à travers certaines fibres nerveuses, avait été l'objet de nos critiques (voir la *Revue* du 20 août, p. 258). Nous fondant sur toutes les notions admises jusqu'ici touchant la circulation, l'absorption, la nutrition, nous déclarions que cette théorie est erronée, et nous ne pouvions faire autrement. Nous persisterons donc dans notre jugement jusqu'à ce que M. Dubois nous ait montré expérimentalement qu'un liquide, virus ou autre, peut être transmis de la périphérie au bulbe « en suivant le trajet de certaines fibres nerveuses ».

Dr Éd. FOURNIÉ.

NOUVELLES

NOUVELLE STATION PHYSIOLOGIQUE. — Sur la demande de MM. Marey, professeur au Collège de France, il va être établi au bois de Boulogne, dans le parc des Princes, une station physiologique.

Dans son laboratoire du Collège de France, M. Marey a pu faire de nombreuses recherches sur la physiologie des nerfs et des muscles, mais, faute d'espace, il s'est heurté à des difficultés lorsqu'il s'est agi d'étudier les mouvements fonctionnels des divers animaux.

La nouvelle station physiologique du bois de Boulogne, qui possédera une piste de 3,500 mètres d'étendue, permettra à M. Marey de faire d'intéressantes expériences.

— LE NOMBRE DES MÉDECINS SUR LE GLOBE. — Au congrès médical qui vient de se tenir à Londres, le Dr Billing a établi, par des données statistiques, qu'il existe en ce moment sur la terre environ 180,000 médecins diplômés. C'est en France qu'il y en a le plus proportionnellement à la population. Douze mille à peu près parmi eux écrivent des ouvrages sur leur art; ce sont les docteurs américains qui font le plus gémir la presse; ensuite viennent des Allemands, des Français et enfin des Anglais; ce sont ces derniers qui mieux que tous les autres conservent le plus durablement leur propre santé.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Coucou de l'externat.* — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 11 octobre, à 4 heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

NÉCROLOGIE. — Le docteur Eug. Mahaux, professeur de l'Université libre de Bruxelles et médecin de l'hôpital Saint-Jean, a succombé le 25 juin à l'âge de 42 ans.

Les scrutins du 21 août et du 4 septembre pour les élections législatives envoient à la Chambre des députés un assez grand nombre de médecins. Ce sont, par ordre alphabétique : MM. Amagnat (Cantal), Baquias (Aube), Bartholi (Corse), Bavoux (Jura), Bernard-Lavergne (Tarn), Paul Bert (Yonne), Bourgeois (Vendée), Bruneau (Mayenne), Chavanne (Rhône), Chavoix (Dordogne), Chevandier (Drôme), Clémenceau (Seine et Bouches-du-Rhône), Cornil (Allier), Devade (Loiret), Donnet (Haute-Vienne), Georges Escande (Dordogne), Even (Côtes-du-Nord), Forné (Pyrénées-Orientales), Fréhault (Seine), Fréry (Belfort), Ganne (Deux-Sèvres), Garrigat (Dordogne), Guyot (Rhône), Joubert (Indre-et-Loire), Labuze (Haute-Vienne), Lacôte (Creuse), de Lanessan (Seine), Le Monnier (Sarthe), Liouville (Meuse), Mallevialle (Aveyron), Marmottan (Seine), Mas (Aveyron), Maunoury (Eure-et-Loir), Michon (Aube), Naquet (Vaucluse), Pénier (Corrèze), Poujade (Vaucluse), Rathier (Yonne), Simonnet (Allier), Souchu-Servinière (Mayenne), Soye (Aisne), Theulier (Dordogne), Thomas (Marne), Turigny (Nièvre), Tiersot (Ain), Vacher (Corrèze), Vernhes (Hérault), Villeneuve (Seine) et Vinatier (Allier). — Total : 49.

Trois pharmaciens sont également élus députés; ce sont MM. Boudeville (Oise), Faure (Marne) et Leconte (Indre).

BULLETIN DE LA MORTALITÉ DU 26 août au 1^{er} septembre 1881. — Fièvre typhoïde, 72. — Variole, 19. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 44. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 9. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 48. — Phthisie pulmonaire, 172. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 54.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 55.

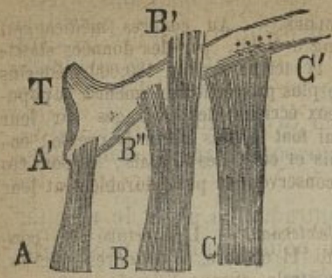
Bronchite aiguë, 29. — Pneumonie, 49. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 150; au sein et mixte, 0; inconnu, 0. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 72; l'appareil circulatoire, 48; l'appareil respiratoire, 43; l'appareil digestif, 43; l'appareil génito-urinaire, 16; la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 10. — Nombres absolus de la semaine, 1,015.

Résultats de la semaine précédente : 995.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

Dr ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.



T Trompe d'Eustache.

A Faisceau accessoire du pharyngostaphylin.

A' Son insertion sur le pavillon de la trompe.

B Muscle peristaphylin interne.

B' Son insertion sur le sommet du rocher.

B' Son insertion sur le cartilage de la trompe.

C Muscle peristaphylin externe.

C' Son insertion sur la base de l'apophyse ptérigoïde, sur la lèvre antérieure du canal osseux, sur la paroi antérieure du cartilage de la trompe, sur tiers supérieur de la paroi membraneuse.

Cette manière de voir repose sur des expériences pratiquées sur les poches gutturales du cheval; elle repose aussi sur l'investigation directe, avec ou sans miroir, de ce qui se passe pendant la contraction de ces muscles. On voit, en effet, pendant leur contraction, que le voile du palais se porte en haut et s'applique sur l'ouverture des trompes. On voit également sur le cadavre, après avoir pratiqué une coupe verticale du crâne et du pharynx, que le conduit tubaire, enveloppé dans une grande partie de son étendue par les muscles dont nous parlons, ne peut qu'être oblitéré par leur contraction, soit que cette contraction agisse par pression, comme nous le ferions avec nos

doigts appliqués sur un tube de caoutchouc, soit qu'elle agisse par distension.

Cette action obturatrice des muscles tubulaires étant bien établie, il nous a été facile d'expliquer comment l'air peut pénétrer dans la caisse, bien que l'appareil tubaire représente un tube fermé à un de ses bouts. En effet, du moment que la trompe est toujours ouverte elle renferme une certaine quantité d'air, et, dès lors, il suffit qu'on presse sur ses parois pour faire circuler l'air et le pousser, soit dans le pharynx, soit dans la caisse du tympan. Cette pression exercée par les muscles tubaires est réalisée particulièrement pendant les mouvements de déglutition.

L'attribution fonctionnelle des muscles tubaires et l'explication du mécanisme selon lequel l'air pénètre dans la caisse, tel fut le résultat de nos premières recherches.

Depuis cette époque, nous avons approfondi le même sujet et nos recherches, tout en confirmant l'exactitude de notre première manière de voir, nous permettent de l'étendre et de la compléter aujourd'hui.

La trompe, avons-nous dit, est continuellement ouverte.

Septembre, T. II, 1881.

mais le diamètre de ce conduit est, dans ces conditions, excessivement petit. Or, nous venons démontrer aujourd'hui que dans des circonstances qu'il s'agit de déterminer ce diamètre peut être agrandi considérablement et permettre l'accès facile de l'air et des ondes sonores dans la cavité du tympan. Ajoutons que cet agrandissement est provoqué par la contraction des *péristaphylins externes*.

Ceci paraîtra tout d'abord en contradiction avec le résultat de nos premières recherches, aussi nous paraît-il nécessaire d'exprimer très nettement notre pensée.

Les *péristaphylins externes* s'insèrent, comme on sait, par l'une de leurs extrémités à la base de l'apophyse ptérigoïde et à la trompe, par l'autre extrémité sur l'aponévrose palatale qu'ils contribuent à former. Dans ces conditions, le point mobile est représenté par le voile du palais et la contraction des *péristaphylins* a pour effet de tendre, de soulever le voile palatal et en même temps d'appliquer ce dernier sur l'orifice de la trompe et de fermer le conduit tubaire par pression. L'action obturatrice du *péristaphylin* est évidente ici et il ne saurait en être autrement, car le conduit tubaire étant placé entre une paroi osseuse et un muscle, celui-ci ne peut se contracter sans comprimer le tube et par conséquent sans le fermer.

Cependant il est des circonstances dans lesquelles le muscle *péristaphylin* agit sur la trompe non comme obturateur mais comme dilatateur. Ce sont ces circonstances, ignorées jusqu'ici, qu'il s'agit de bien préciser.

Les *péristaphylins*, considérés comme tenseurs et élévateurs du voile du palais, ont deux antagonistes puissants dont l'action essentielle est d'abaisser et de maintenir en avant, contre la base de la langue, le voile palatal. Ces muscles sont les *glossostaphylins* qui constituent en grande partie les piliers antérieurs. Or quand ces muscles entrent en contraction, le voile du palais n'est plus un point d'attache mobile, mais un point fixe sur lesquels les effets de contraction des *péristaphylins* sont réduits à leur minimum d'intensité (1).

L'antagonisme entre les *péristaphylins* et les *glossostaphylins*

(1) Pendant la contraction simultanée des *glossostaphylins* et des *péristaphylins* il se produit le phénomène désigné par Barthès sous le nom de *force de situation fixe*. Ce phénomène est rendu très sensible en tenant une orange dans la main et en contractant simultanément les extenseurs et les fléchisseurs des doigts.

est surtout réalisé par la partie du péristaphylin qui s'insère à l'apophyse ptérigoïde, c'est-à-dire sur un point fixe. Quant à la portion de ce même muscle, qui s'insère sur la fibreuse et le cartilage de la trompe elle a une action toute différente. En effet, cette portion ne s'insère pas sur un point fixe, car la trompe est plus ou moins mobile dans son ensemble et particulièrement dans ses parois, de telle sorte que, considérée dans son action, cette portion de muscle a son point fixe sur le palais et son point mobile sur la trompe, et il suit naturellement de là que la portion tubaire du muscle péristaphylin externe a pour effet, en se contractant, d'éloigner les parois de la trompe l'une de l'autre, de l'ouvrir en un mot.

Ce mécanisme, assez difficile à démêler, est en définitive très simple quand on connaît les conditions de son développement. Il se produit dans le premier temps de la déglutition, et dans ce cas, il est immédiatement suivi de la tension et de l'élévation du voile du palais, actions qui ont pour résultat de fermer la trompe et de pousser l'air qu'elle renferme dans la caisse du tympan.

Mais il est un moyen plus simple encore d'assister *de visu* à l'exécution de ce mécanisme. Il suffit pour cela d'ouvrir la bouche devant une glace que l'on tient à la main de telle manière qu'elle n'intercepte pas les rayons lumineux tout en laissant voir le fond de la gorge.

Si on contracte alors les glosso-staphylins de manière à appliquer le voile du palais contre la base de la langue, on ferme en cet endroit la cavité buccale, et si l'on produit un son, celui-ci s'écoule exclusivement par le nez. Or, le son ainsi produit ne provoque aucune sensation anormale sur l'ouïe, c'est un son semblable à tous les autres. Mais si on contracte les péristaphylins externes, ce qui se voit à la formation d'une fossette située sur les parties latérales du voile du palais, en avant de la partie supérieure des piliers antérieurs, le son se transforme, devient très volumineux et rappelle les sons du registre inférieur des orgues. Ce changement ne peut être attribué qu'à l'ouverture exagérée de la trompe par la contraction du péristaphylin externe, car cette contraction est le seul phénomène qui soit intervenu dans toute l'expérience.

La même expérience peut être répétée en poussant simplement le souffle qui, lui aussi, change de caractère et donne une sensation pénible dans le tympan au moment où on contracte le péristaphylin externe. C'est même, disons-le en passant, le

procédé d'insufflation le plus simple et le plus efficace comme pénétration de l'air dans la caisse.

Il résulte de ce que nous venons d'exposer que les muscles péristaphylins externes remplissent deux fonctions bien distinctes : par la première, ils tendent et relèvent le voile du palais, et, pendant ce temps, ils sont *obturateurs* de la trompe ; par la seconde, ils prennent leur point fixe sur le voile du palais qui est retenu en avant et en bas par le glosso-staphylin, et dans ces conditions ils sont *dilatateurs* de la trompe.

Tels sont les faits physiologiques que nous avons voulu soumettre à l'appréciation du congrès.

Nous terminerons cette communication en indiquant sommairement les applications qu'on peut en faire à la pratique de l'otoiatrie.

Ces applications portent principalement sur l'appréciation, devenue possible aujourd'hui, de divers procédés employés pour faire pénétrer l'air ou les vapeurs, les gaz, dans la caisse du tympan et sur l'indication du meilleur procédé à suivre en pareil cas.

1^o Procédé de Vasalva. — Ce procédé consiste dans un effort violent comme pour se moucher, alors que les narines sont hermétiquement fermées. L'air ne trouvant pas d'issue, s'engagera dans la trompe d'Eustache si elle est libre, et arrivera ainsi dans la cavité tympanique.

Ce procédé est avant tout logique. Mais combien de personnes sont assez malhabiles pour n'arriver qu'à un simple effort et à une congestion de la tête ! Pour réussir, il est indispensable que le malade tienne la langue appliquée contre le palais et qu'il pousse sans trop de violence l'air dans les narines. Il faut surtout éviter de gonfler les joues, car dans ce dernier cas, l'air n'arrive pas dans la région pharyngo-nasale.

2^o Procédé de Toynbee. — Ce procédé qui consiste à pratiquer des mouvements de déglutition pendant que les narines sont bouchées repose sur une illusion : sur la *croyance au vide* qui se produirait pendant ces mouvements. C'est le contraire qui arrive : chaque mouvement de déglutition est un coup de piston qui envoie l'air dans la caisse si la trompe est perméable. On n'a qu'à se rappeler ce que nous avons dit touchant le premier temps de déglutition.

Ainsi interprété ce procédé peut être utile, non pour retirer l'air et les liquides de la caisse, mais pour les y pousser.

3^o Procédé de Politzer. — Ce procédé consiste à introduire

dans la narine un tube sur lequel on serre l'aile du nez pendant qu'on oblitère l'autre narine, et à pousser de l'air au moyen d'une poire de caoutchouc pendant que le malade pratique des mouvements de déglutition.

Deux choses distinguent ce procédé du précédent; l'intention, qui dans celui-ci est parfaitement logique, car elle a pour but de pousser de l'air et non d'en aspirer; deuxièmement, l'emploi d'une poire de caoutchouc pour pousser de l'air. Cette dernière condition est de peu d'importance, à notre avis, car la cavité tympanique n'est pas si grande, et si l'obstacle à la pénétration de l'air est un peu sérieux, ce n'est pas une poussée d'air très limitée, puisqu'elle se produit dans une cavité close, qui pourra permettre de franchir l'obstacle. Dans ce procédé, nous ne voyons qu'une chose physiologiquement raisonnable, ce sont les mouvements de déglutition, les narines étant fermées.

4° *Procédé de Lucæ et procédé de Gruber.* — Sous prétexte de modifier avantageusement le procédé de Politzer, ces deux auteurs lui ont enlevé la partie réellement utile (les mouvements de déglutition) pour la remplacer par un acte insignifiant ou incompatible avec la pénétration de l'air dans la trompe : le premier en faisant prononcer la lettre A, le second en faisant prononcer la syllabe *hack*, de telle façon que l'air ne puisse sortir ni par la bouche ni par les narines. Dans ces dernières conditions, le redressement du voile du palais par les péristaphylins est un obstacle absolu à la pénétration de l'air dans les trompes.

Procédé de M. Roustan, professeur à Montpellier. — Dans ce procédé, le malade insuffle lui-même de l'air dans les narines au moyen d'un tube de caoutchouc. Il est difficile de concilier cette prétention avec la raison physiologique. En effet, on ne peut souffler fortement dans un tube sans contracter, proportionnellement à l'effort dépensé, les muscles du palais, sans fermer par conséquent la trompe.

Procédé Édouard Fournié. — De tous les procédés, que nous venons d'examiner, deux seulement permettent d'atteindre le but qu'on a en vue, c'est-à-dire introduire l'air dans la caisse. Ce sont les procédés de Politzer et de Toynbee. Le succès, en les employant, repose sur un fait physiologique indéniable, sur l'ouverture de la trompe suivie de la poussée de l'air dans la caisse par la pression des péristaphylins pendant les mouvements de déglutition. Cependant, ces procédés sont passibles

de deux critiques : 1° les mouvements de déglutition, très efficaces pour pousser l'air dans la caisse dans les conditions physiologiques, sont souvent insuffisants dans les cas pathologiques; 2° les mouvements de déglutition, répétés à vide, sont fatigants pour le malade et ne sont peut-être pas sans inconvénient pour l'état inflammatoire des parties.

Le meilleur procédé, à notre avis, serait celui qui, par une ouverture convenable de la trompe, et sans faire intervenir les mouvements fatigants de la déglutition, permettrait au malade d'insuffler lui-même de l'air dans la trompe avec toute l'énergie désirable. Ce procédé est trouvé. Voici en quoi il consiste :

La bouche étant ouverte devant une glace, on applique le voile du palais contre la base de la langue de telle façon que le souffle de la respiration passe exclusivement par le nez. Cela étant, on contracte le palais jusqu'à la production de deux petites fossettes qui se montrent au-dessus et en avant des piliers antérieurs. Ces deux fossettes, qui sont le résultat de la contraction du faisceau tubaire du périslaphylin externe, indiquent que la trompe est aussi ouverte que possible, ce dont on s'aperçoit d'ailleurs au changement de timbre et de force que prend le souffle en passant dans la région pharyngonasale. On peut remplacer le souffle par un son et l'on constate encore mieux le changement.

Ce procédé est facile à exécuter par toute grande personne, et quant à l'énergie de la pénétration de l'air, elle est presque aussi grande que celle qu'on obtient avec le cathétérisme et la pompe. Nous croyons donc pouvoir en recommander l'emploi avec la certitude que, dans les affections légères de la trompe, il sera suffisant, si on a soin de l'employer trois ou quatre fois par jour, et que, dans les cas plus graves, il complétera les bons effets du cathétérisme.

REVUES CLINIQUES

REVUE DE CHIRURGIE

I. Laparotomie. — Plus que jamais la laparotomie est à l'ordre du jour pour remédier à plusieurs des causes de l'occlusion intestinale.

Le Dr Claudot rapporte dans la *Revue de chirurgie* un cas qu'il a pu observer dans son service à l'hôpital militaire de

Lyon et pour lequel cette opération fut pratiquée. Malheureusement, un diagnostic très rigoureux n'avait pu être porté avant l'intervention, c'est là d'ailleurs chose fréquente et c'est d'observations analogues que s'arment les adversaires de la laparotomie pour la combattre et la rejeter. On reconnut au cours de l'opération, faite d'ailleurs avec tous les perfectionnements de la chirurgie moderne, que l'on avait affaire à des brides formées sous l'influence d'une péritonite chronique tuberculeuse, et la mort ne fut hâtée que de quelques heures par les tentatives du chirurgien.

L'autopsie permit de vérifier l'existence des brides dont une principale, large de 3 à 4 centimètres était surtout composée d'adhérences péritonéales molles qui aplatissaient l'intestin vers la fin de l'ilion et qui n'avaient pu être détruites à cause de l'état de collapsus grave dans lequel était plongé le malade.

On avait, en effet, attendu quatre jours avant d'intervenir, et on ne s'y était décidé qu'après avoir épuisé toute la série des autres moyens : injections, électricité, etc. Aussi, ajoute le Dr Claudot : « Mon observation apporte un fait nouveau et très significatif en faveur de l'intervention hâtive dans l'occlusion intestinale aiguë, et l'on ne saurait trop engager les praticiens à se presser en pareil cas d'assurer leur diagnostic par la recherche de tous les signes propres à écarter l'incertitude, puis à se servir promptement des moyens médicaux susceptibles de lever l'obstacle, mais à ne pas en prolonger l'usage au-delà de quarante-huit heures au plus. Le précepte doit être absolument le même dans l'étranglement interne ou abdominal que dans l'étranglement externe ou herniaire ; s'il résiste aux moyens de douceur, il doit, dans les deux cas, être levé immédiatement avec le bistouri. »

De plus, ce qui a été cause, en grande partie, du retard de l'opération, c'est l'affirmation énergique faite par le malade qu'il avait rendu des gaz en abondance pendant la première journée et la première nuit. « Il importe de remarquer, continue l'auteur, que, si les classiques s'accordent à considérer l'absence d'émissions gazeuses comme la pierre de touche de l'étranglement herniaire proprement dit, ils sont beaucoup moins absolus en ce qui concerne l'étranglement interne. De là une conclusion pratique fort importante et qui ne me semble pas avoir frappé suffisamment quelques-uns des chirurgiens qui ont traité de la question : c'est que la persistance

des émissions gazeuses par l'anus n'est pas un signe suffisant dans l'étranglement interne, pour arrêter l'intervention chirurgicale, lorsqu'elle est commandée d'ailleurs par des phénomènes graves et persistants, tant locaux que généraux. »

II. De l'hémostase dans la castration. — Dans la *Revue de chirurgie*, M. Bouilly publie une étude critique sur l'hémostase dans la castration. Il étudie d'abord les divers procédés de castration dans la chirurgie vétérinaire et recherche ensuite en quoi leur connaissance peut aider à la solution de cette question : trouver le meilleur moyen d'hémostase, c'est-à-dire un moyen hémostatique capable d'arrêter l'hémorragie immédiate et de prévenir les hémorragies secondaires, sans être par lui-même la source de complications d'autre nature et en particulier d'accidents nerveux.

On a fait jouer, en effet, un rôle immense à certains procédés de ligature du cordon dans la pathogénie du tétanos après la castration.

M. Bouilly croit que ce rôle a été fort exagéré et qu'il faut beaucoup plus tenir compte de la nature des sujets opérés et de l'influence de la température. Il rapporte à l'appui de son dire des sortes d'épidémies de tétanos observées chez des chevaux. Les trois méthodes employées dans l'art vétérinaire : celle des casseaux, celle de la torsion bornée ou celle du fer rouge, aucune ne met à l'abri du tétanos, bien que la méthode des casseaux semble la meilleure pour éviter l'hémorragie. Au reste, il n'est pas bien prouvé que dans l'espèce humaine le tétanos soit plus fréquent à la suite de la castration qu'à la suite de toute autre opération. Il s'agirait de chercher la fréquence *relative* du tétanos comparé à sa fréquence *absolue*, travail difficile, impossible même jusqu'à présent pour cette raison que nombre de chirurgiens gardent le silence sur la plupart des castrations guéries sans accident ou ayant évolué avec des complications autres que le tétanos.

De tout temps l'hémorragie immédiate a paru à tous les chirurgiens ou à peu près, le gros danger à éviter dans la castration et a été leur préoccupation constante. D'un autre côté, pour éviter le tétanos dont on ne connaît cependant pas la pathogénie, on a inventé diverses méthodes, le froissement du cordon (Ledran), sa torsion ou son renversement (Runge), sa compression (J.-L. Petit et Ponteau), aujourd'hui abandonnées.

Il ne reste plus comme procédés habituellement usités que la ligature en masse, la ligature isolée des vaisseaux, l'écrasement linéaire, la section galvano-caustique, la ligature élastique, et la cautérisation chimique.

La ligature en masse ou la ligature par portions du cordon divisé, sont les moyens qui mettent peut-être le mieux à l'abri de l'hémorrhagie. Le fil simple ou le fil tordu de Lefort sont avantageusement remplacés par le catgut. Quant au tétanos, bien qu'on l'ait observé à la suite de cette pratique, il constitue un accident bien rare, et ne s'est surtout montré dans les observations que l'on possède, qu'après la chute du cordon.

Il est bon, lorsque l'on pratique la ligature isolée des vaisseaux de faire soigneusement, non seulement celle des artères, mais encore celle de toutes les veines que l'on rencontre (Palletta, Verneuil); cela est nécessité par cette disposition anatomique spéciale, à savoir : que les veines spermatiques ont des valvules souvent insuffisantes, dans les cas surtout où se pratique la castration.

M. Bouilly ne parle pas du pincement et des pinces hémostatiques laissées à demeure que nous avons vus très bien réussir, mais avec lesquelles on ne peut tenter la réunion par première intention de toute la plaie.

Les conclusions qui terminent cette étude sont les suivantes :

a. D'après les faits connus, aucun procédé de ligature du cordon ne met l'opéré, d'une façon absolument certaine, à l'abri de l'hémorrhagie immédiate ou retardée, ni des complications nerveuses.

b. L'hémorrhagie dans les deux modes de ligature, ligature en masse ou ligature isolée, ne paraît devoir être attribuée qu'à une manière vicieuse ou incomplète d'appliquer le fil, — insuffisance de la constriction ou négligence dans la recherche des vaisseaux sectionnés.

c. Le tétanos semble s'être montré plus fréquent après la ligature en masse qu'après les autres procédés d'hémostase, sans que l'on puisse établir une relation évidente de cause à effet entre cette complication et la constriction du cordon.

d. La ligature isolée des artères, plus difficile dans son exécution, mais plus conforme aux données générales de la pratique, devra dans la majorité des cas être le procédé de choix.

e. La prudence exige que l'on fasse également la ligature isolée des veines spermatiques.

f. La ligature en masse pourra être réservée aux castrations

Septembre, T. II, 1881.

36

pratiquées sur les cordons encore petits des enfants ou des adolescents ou dans les ablations de testicule ectopié. Le lien devra être vigoureusement serré d'emblée, de façon à assurer l'hémostase et à détruire toute sensibilité.

g. Dans tous les cas, la ligature devra être faite avec des fils en substance résorbable, permettant la réunion immédiate, sans souci de leur élimination.

h. Les autres procédés sont incertains ou inutiles.

III. Plaies pénétrantes intra-péritonéales de la vessie; de leur traitement. — Les progrès réalisés dans la chirurgie du péritoine, grâce aux pansements antiseptiques, nous ont aujourd'hui conduits loin de l'aphorisme d'Hippocrate : « *Cui persecta vesica lethale* ». Le docteur Vincent (de Lyon), dans un très intéressant mémoire, est même d'avis que grâce à ces progrès la taille sus-pubienne détrônera probablement les autres méthodes de taille. Il se livre dans ce mémoire à l'examen approfondi du meilleur traitement des plaies de la vessie communiquant avec l'abdomen, plaies si graves que la mort en est presque fatalement la conséquence comme l'on sait. La meilleure conduite à tenir lui semble consister dans l'ouverture de l'abdomen, la suture au catgut ou au fil de soie de la plaie vésicale, puis la suture consécutive de l'abdomen comme dans les autres laparotomies, le tout entouré des précautions les plus minutieuses. Grâce à cette conduite, Walther de Pittsburg a pu sauver un malade atteint d'une perforation intra-péritonéale de la vessie. Lister, Ulstzman, E. Albert, ont pu guérir très rapidement des opérés de la pierre par la voie sus-pubienne avec ouverture du péritoine.

Avant l'ère antiseptique on a employé pour les plaies intra-péritonéales de la vessie des moyens chirurgicaux variables, mais peu souvent suivis de succès, tels que le cathétérisme simple; le cathétérisme urétral poussé au travers de la déchirure jusque dans la poche urineuse (Thorp; procédé fort douteux); la boutonnière périnéale pour un écrasement concomitant de l'urèthre; la ponction du cul-de-sac antérectal du péritoine par le rectum; la ponction du ventre au-dessus du pubis ou vers l'ombilic, avec aspiration combinée à la ponction; la taille latérale (Mason); enfin la laparotomie. Pour cette dernière opération, la seule rationnelle, il existe des divergences entre les auteurs; les uns veulent que l'on ne suture pas la vessie pour plusieurs causes; les autres sont

d'avis contraire. Jacob, Wogt, Benj. Bell, Larrey, Legouest, recommandent la suture ; Bartels, dans un mémoire important, reste hésitant parce que Walther a guéri son opéré sans suture et que Wilhet, qui fit la suture, perdit son malade. Heat, après un cas malheureux où il avait fait la suture, proclama à la Société médicale de Londres qu'il ferait désormais le cathétérisme comme Thorp.

Pour résoudre la question ainsi controversée, le docteur Vincent s'est livré sur des chiens à des expériences nombreuses et variées qui lui ont permis de recommander, comme très précieuse, la laparotomie avec suture de la vessie. La laparotomie seule permet d'abord de se rendre parfaitement compte des désordres qui accompagnent la rupture de la poche et d'y remédier en donnant au malade le plus de chances de guérison. La méthode antiseptique justifie ce mode d'intervention si rationnel d'ailleurs, par les nombreux succès qu'elle a procurés à la chirurgie abdominale, d'autant plus que la mort est à peu près fatale si l'on ne fait rien ou si l'on s'adresse à d'autres moyens que la laparotomie.

D'abord, de l'examen des faits cliniques et expérimentaux il résulte qu'il importe souverainement de recourir le plus tôt possible à l'ouverture de l'abdomen, comme dans toutes les interventions où on a à ouvrir le péritoine, et, en second lieu, que la suture de la vessie exige des soins particuliers pour ne point faiblir promptement.

Les parois de la vessie sont susceptibles de se réunir par première intention, sans qu'on ait à craindre aucune suite grave, pourvu qu'on emploie la méthode antiseptique et la double suture profonde et superficielle avec des substances résorbables.

Le catgut est très utile, mais l'auteur n'est pas loin de lui préférer la soie phéniquée, qui a l'avantage d'être plus solide et plus commode de beaucoup. Une première ligne de sutures comprend la couche musculuse avec adossement de la séreuse et respect absolu de la muqueuse ; une seconde ligne ne comprend que la séreuse des deux bords de la plaie. Les fils étant bien serrés, le liquide ne passe plus dans le péritoine, on peut d'ailleurs s'en assurer en poussant, avant de refermer l'abdomen, une injection colorée dans la vessie. Les fils coupés très près du nœud, ou se résorbent, ou restent inoffensifs, mais en aucun cas ne tombent dans la vessie ; aussi a-t-on pu se servir dans quelques expériences de fils métalliques fins.

Dans le cas où le chirurgien se trouverait en présence d'une plaie un peu ancienne, il peut être utile qu'il en avive les bords avant de suturer. Ou bien encore, dans les plaies par armes à feu, il devra d'abord s'assurer que les bords de la solution de continuité ne sont pas mortifiés par la contusion violente du projectile ou la conflagration de la poudre. Pour cela on coupe les parois vésicales jusqu'à ce qu'on arrive sur une portion franchement saignante, et on réunit les bords de la perte de substance, comme s'il s'agissait d'une plaie par instrument tranchant.

Enfin il convient de surveiller l'emploi de l'acide phénique pendant l'opération, afin de ne pas intoxiquer son malade, puis de refermer l'abdomen suivant les règles ordinaires et de recouvrir la plaie abdominale d'un pansement antiseptique.

En terminant, l'auteur recommande de nouveau d'agir promptement après le traumatisme, dès qu'on s'est assuré de son diagnostic. On basera ce dernier sur l'état péritonéal du malade, sur les commémoratifs, la percussion démontrant un épanchement du petit bassin, l'état sanglant de l'urine, etc. Il ne faudra pas hésiter à essayer la guérison des blessés de guerre dont la vessie est perforée, blessés que jusqu'alors on considérait comme perdus, et enfin on pourra sans trop de crainte préférer la taille sus-pubienne à toutes les autres, puisque si on a affaire par mégarde ou intentionnellement à une plaie de la vessie intra-péritonéale, on se trouve en mesure d'y parer avec de grandes chances de guérison.

PATHOLOGIE INTERNE

De la prédisposition à l'hystérie

Par le Dr BRIQUET, membre de l'Académie de médecine.

La prédisposition à l'hystérie est généralement admise, mais comme elle n'a été étudiée par personne on ne sait rien de précis à son sujet.

Est-ce un état complexe, quelle est son apparence, quelle est son influence sur la facilité à contracter l'hystérie, sur la durée de cette maladie et sur son intensité? on l'ignore complètement.

Ce travail a pour but de répondre à ces questions, il est basé sur des observations d'hystérie prises par l'auteur.

D'après ces observations, il y a quatre espèces de prédispositions à l'hystérie, à savoir : la prédisposition par hérédité, la

prédisposition directe, la prédisposition par cause pathologique et la prédisposition par les troubles menstruels.

Sur les 430 hystériques observées, il y en avait 371 qui étaient sous le coup d'une ou de plusieurs prédispositions, et 108 qui n'en présentaient aucune.

Proportion approximative 4 contre 1.

On comprend d'après ces chiffres pourquoi certains malades guérissent promptement, et pourquoi, le plus souvent, la guérison est lente.

Il existe, entre ces deux classes d'hystériques, une différence qui prouve combien la prédisposition est une chose grave.

Les non prédisposées étaient généralement des sujets d'une santé ou bonne ou ordinaire jusqu'au moment où elles étaient devenues hystériques et chose remarquable, la cause de leur maladie s'est toujours trouvée dans les agents de l'ordre psychique, la frayeur, les émotions vives, le chagrin, les contrariétés et les différentes causes de souffrances physiques ou morales, enfin le tiers de ces sujets avait été subitement atteint d'hystérie — Il en avait été autrement pour les hystériques prédisposées. — C'étaient, pour la plupart des sujets de mauvaise santé depuis le moment où elles avaient été sous le coup de la prédisposition, et comme chez la plupart la prédisposition datait soit de l'enfance, soit de la puberté, les malades présentaient d'une manière évidente les caractères de la prédisposition dont elles étaient atteintes.

Les causes de ces prédispositions étaient différentes de celles qui provoquent l'hystérie, excepté pour les prédispositions directes.

Généralement ces hystériques devaient à une mauvaise hygiène ou à une organisation défectueuse, l'origine de leur prédisposition.

En somme la prédisposition à l'hystérie est un état grave, pénible, ayant son existence à part.

Aussi il existe entre les deux classes d'hystériques une grande différence dans la manière d'être de la maladie.

1^o Pour l'époque de l'apparition de la maladie. — Chez les 108 non prédisposées cette époque avait été en moyenne l'âge de 22 ans.

Chez les sujets prédisposés, cette époque avait varié selon la prédisposition en moyenne de 14 à 18 ans, selon les prédispositions.

2^o Pour la durée du séjour à l'hôpital pendant l'exacerba-

tion de la maladie, — chez 74 des sujets non prédisposés chez lesquels cette durée avait été notée, elle avait été en moyenne de 32 jours.

Il n'en a pas été de même pour les sujets chez lesquels cette durée a varié, selon les prédispositions, en moyenne de 48 à 63 jours.

3° Pour l'intensité de la maladie. — Sur les 108 sujets non prédisposés, 20 sujets pris d'anesthésie étendue et 88 pris d'attaques, tandis que sur les 321 prédisposés, il y avait eu 90 cas d'anesthésie étendue et environ 340 cas d'attaques en moyenne.

Ainsi la prédisposition hâte de 5 à 8 ans l'arrivée de l'hystérie, augmente de 13, moyenne de 15 à 33 jours, la durée des atteintes de la maladie et concourt à en faire accroître l'intensité.

ÉTUDE DE CHAQUE PRÉDISPOSITION EN PARTICULIER

Prédisposition par hérédité.

Sur 418 hystériques dont les antécédents étaient connus, il y en avait 180, dans la famille desquels il y avait des hystériques, c'est-à-dire presque la moitié, — degré à peu près analogue à ce qui a lieu dans l'aliénation, maladie attaquant comme l'hystérie, l'ensemble encéphalo-rachidien.

D'après quelles lois se fait cette transmission.

Sur 240 personnes atteintes, il y eut 130 mères de famille, 95 sœurs, 9 pères et 5 frères, — 225 personnes du sexe féminin et 14 du sexe masculin, — 29 contre 1. Il faut ajouter à ce chiffre quelques enfants de sœurs hystériques.

Le sexe féminin doit à sa sensibilité souvent mise en jeu, cette facilité à contracter la maladie.

Il existe même dans certaines familles une prédisposition à l'hystérie qui peut se mesurer par le nombre de sujets atteints.

Ainsi, dans une première famille composée de 23 personnes, les 11 filles, ainsi que quelques-uns de leurs enfants étaient seuls en proie à l'hystérie.

Dans une deuxième famille composée de 9 personnes, 5 femmes, toutes étaient atteintes excepté la mère.

Dans une troisième, composée également de 9 personnes, 6 femmes, le père et un fils, seuls ne furent pas atteints.

Dans 3 familles il y avait eu 4 hystériques. Dans 7 il y en avait eu 3 et dans 25 il y en avait eu 2.

Il y avait, en outre, dans ces 180 familles, 13 aliénés, 14 épi-

leptiques, 10 apoplectiques et 2 personnes affectées de tremblement des membres.

Que deviennent les sujets hystériques par hérédité? Le voici.

La fille d'une mère hystérique avec attaques est un être généralement voué à la souffrance. Durant l'enfance c'est le plus souvent un sujet grêle, chétif, toujours malingre, sans appétit, sujet aux douleurs de tête et ayant souvent la migraine; à 16 ans, c'est une hystérique tourmentée par toutes les algies possibles; à 20 ans elle a des attaques; à 25 ans, elle a des anesthésies; enfin, à 40 ans, plusieurs d'entre elles sont des infirmes ou des idiots.

La jeune personne qui n'a d'antécédents hystériques qu'une sœur peut être beaucoup moins maléficiée, mais il est rare qu'elle passe sa jeunesse sans payer quelque tribut à l'hystérie.

1° Age d'apparition de l'hystérie. Sur 87 sujets atteints de la prédisposition, par hérédité seulement, cet âge a été en moyenne celui de 17 ans, et sur 71 où l'hérédité était combinée à la prédisposition, soit directe, soit pathologique, cet âge a été celui de 14 ans.

2° Durée du séjour à la Charité. — Chez les 87 sujets cette durée avait été en moyenne de 53 jours, et chez les 72 sujets à double prédisposition, elle n'avait été que de 48 jours (probablement il y avait eu quelques cas moins graves que les autres.

3° Intensité de la maladie. Il y eut des attaques sur le quart des malades et des anesthésies étendues chez le tiers.

La prédisposition par hérédité est comme on le verra, la plus grave :

Prédisposition directe.

C'est celle qui se produit par des agents ayant quelque rapport avec ceux qui donnent lieu à l'hystérie.

L'exaltation de la sensibilité paraît jouer le rôle principal dans cette prédisposition.

Sur 200 femmes hystériques étudiées sous le point de vue de leur impressionnabilité, il s'en est trouvé 70 qui se regardaient comme très faciles à émouvoir, 39 qui se regardaient comme faciles, 13 qui se regardaient comme peu faciles, et seulement 5 qui se regardaient comme difficiles à émouvoir. Les autres n'avaient rien observé qui pût leur faire juger du degré de leur sensibilité.

Il paraît d'après cela qu'il existe chez les hystériques, des femmes hystériques susceptibles d'être influencées par des

causes de troubles qui n'agissent pas sur les autres. (La prédisposition directe avait existé seule chez 47 sujets et combinée avec l'hérédité chez 44. Elle a été de moitié moins fréquente que la prédisposition par hérédité.)

La prédisposition directe avait apparu avant 11 ans chez 11 sujets, à l'époque de la puberté chez 24, de 20 à 30 ans chez 16, et après 33 ans chez 4.

Les sujets atteints de la prédisposition directe sont généralement grêles, maigres, très fréquemment pris de migraines, sujets à l'épigastralgie et à la rachialgie et à des douleurs des membres; l'appétit fait défaut ou la digestion se fait mal.

Plusieurs de ces sujets ont lors des émotions ou des contrariétés, soit des suffocations avec constriction à la gorge, soit des vertiges, de la perte de la voix ou des syncopes, soit des spasmes avec roideur des membres, soit des pleurs avec sanglots.

Sur 42 des cas de prédisposition directe seule, l'âge de l'apparition de l'hystérie a été en moyenne l'âge de 15 ans, et sur 44 des cas où elle était combinée avec l'hérédité, la moyenne a été l'âge de 14 ans. La durée du séjour à l'hôpital a été chez les premières de 47 jours, et chez les autres de 42 jours.

L'intensité de la maladie a été pour les attaques chez les 6/7, et pour les anesthésies étendues 1/3 au moins. — Ainsi chez l'ensemble des prédisposés directs, l'hystérie a eu plus d'intensité que dans la prédisposition par hérédité.

Prédisposition par cause pathologique.

Cette prédisposition a existé seule chez 49 hystériques, combinée avec l'hérédité chez 27.

Elle était en quelque sorte congéniale chez 30 malades. Cependant elle s'est manifestée chez les sujets où elle était seule, chez 2 sujets avant 10 ans, chez 30 de 10 à 20 ans, chez 19 de 20 à 30 ans et de 40 à 50 ans chez 7.

Les sujets atteints de cette prédisposition avaient à peu près les mêmes apparences que ceux de la section précédente, mais ils avaient en outre une véritable gastralgie avec troubles de la digestion, amaigrissement et fréquemment des malaises accompagnés de fièvre.

Un premier tiers de ces prédisposés avaient ces troubles par le fait de leur constitution, — un second tiers les avaient eus à la suite d'une maladie lente, occasionnant de la souffrance, une diminution dans l'alimentation et dans les mouvements — la

phthisie, le mal de Pott, la mono-arthrite, des plaies graves, etc.

Enfin le dernier tiers s'est composé de sujets qui n'avaient rien d'hystérique, et qui étaient en bonne santé quand ils furent pris de la maladie aiguë à laquelle avait succédé l'état hystérique.

Les maladies avaient été des fièvres typhoïdes, des pneumonies et des pleurésies, des bronchites et des rhumatismes aigus.

Les accidents hystériques avaient apparu chez quelques-uns durant le cours de la maladie et chez beaucoup dans le cours de la convalescence.

Chez les prédisposés par causes pathologiques les causes de la prédisposition agissent tard. La durée du séjour à la Charité a été pour les 49 cas de prédisposition simple de 65 jours en moyenne.

L'intensité de la maladie chez les 49 sujets n'ayant qu'une seule prédisposition a été forte; il y avait eu des attaques chez 36 premiers malades, ou les 6/8 — et 6 cas d'anesthésie ou le huitième.

Ainsi la prédisposition par causes pathologiques a de la gravité en ce qu'elle augmente notablement la durée de la maladie et lui donne une certaine intensité.

Prédisposition par troubles de la menstruation.

Cette prédisposition est la moins fréquente; elle ne s'est présentée que sur 60 sujets — produite par 47 simples — 13 avec accompagnement de l'hérédité.

13 cas d'arrêt brusque des menstrues — 7 cas de menstrues douloureuses — 10 cas de menstrues graduellement arrêtées — 10 cas de chlorose complète et 2 cas de ménorrhagie.

Cette prédisposition est le plus souvent accidentelle.

Ces sujets avaient pour signal de leur prédisposition d'abord le trouble menstruel et l'absence d'autres causes, puis divers troubles généraux que tout le monde connaît, surtout les douleurs dans le bassin et les hémorrhagies supplémentaires.

Quand il y a eu un arrêt brusque des menstrues, il se produit un ensemble d'accidents — toujours les mêmes — fièvre vive, distension douloureuse du ventre par le fait de l'hyperesthésie des muscles de la paroi abdominale, avec selles et urines ne pouvant être excrétées, et toujours une douleur très vive aux points d'attache inférieure des muscles de la paroi abdominale.

Chez les 67 sujets atteints de la prédisposition menstruelle seule, l'hystérie a apparu en moyenne à 21 ans.

La durée du séjour à la Charité a été sur 33 sujets, chez lesquels elle a été notée, de 36 jours, en ne comprenant pas 4 malades dont l'une est restée 300 jours à la Charité et les trois autres 180 jours.

Enfin l'intensité de l'hystérie a été assez grande; il y a eu 32 cas d'attaques et 12 cas d'anesthésie sur 53 malades, rapports : $1/3$ et plus d'un quart.

Mais la prédisposition hystérique offre une particularité remarquable quand elle est seule, c'est que sur les 57 malades il y a eu 21 cas de guérison complète de l'hystérie par le retour des menstrues, quelle qu'ait été la gravité des accidents et que la suspension des menstrues ait duré 2 ans, 18 mois, 12 mois, 10 mois, 8 mois et 4 mois au minimum.

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

De l'ectropion du col de l'utérus et de l'opération d'Emmet. — Les gynécologistes modernes tendent à restreindre considérablement le rôle des ulcérations du museau de tanche dans la pathologie utérine; quelques-uns même vont jusqu'à mettre en doute l'existence de certaines érosions du col, jadis admises sans conteste, et prétendent trouver dans une sorte de prolapsus, de renversement de la muqueuse utérine, à travers une déchirure du col, la source ordinaire des troubles de la matrice, mise jusqu'à ce jour au passif des ulcérations. C'est à ce *renversement* de la muqueuse cervicale que les auteurs américains donnent le nom d'*ectropion* du col.

MM. Terrillon et Lermoyez, qui viennent de publier sur ce sujet un intéressant mémoire (1), se montrent partisans de cette manière de voir. Ils ont souvent pu constater, chez leurs malades de Lourcine, que la surface du col, en apparence érodée et ulcérée, n'était autre que la muqueuse utérine procidente. Son aspect rouge et granuleux, les inégalités de l'arbre de vie peuvent, à un examen rapide, en imposer pour des ulcérations, mais en réalité cette muqueuse est saine ou à peine dépouillée çà et là de son épithélium.

L'ectropion reconnaît pour cause habituelle la déchirure du

(1) *Bulletin général de thérapeutique.*

col, dont la fréquence, — signalée déjà par M. Guéneau de Mussy, qui, comme on sait, lui fait jouer un rôle important dans la genèse du phlegmon péri-utérin, — est telle que l'effraction du col semble une conséquence inévitable de l'accouchement. Ces déchirures varient de forme et de nombre; tantôt étoilées, elles sont plus souvent unilatérales et siègent plus volontiers sur le côté gauche du col. Cette préférence s'explique aisément par la fréquence des présentations en iliaque gauche. Dans quelques cas, dépassant les limites du col, elles empiètent soit sur le corps utérin, soit sur le vagin. Si leur guérison est ordinaire, elle n'est pas constante, parfois on voit l'utérus se congestionner, devenir gros, se déplacer. Bientôt les lèvres du col s'écartent, se retroussent, laissant à découvert la muqueuse cervicale avec ses saillies glandulaires et les ramifications de l'arbre de vie. Puis le col, irrité par le contact du mucus vaginal et des produits leucorrhéiques se couvre de masses fongueuses ressemblant aux choux-fleurs de l'épithélioma. Alors apparaissent les douleurs, les hémorrhagies, en un mot, tout le cortège symptomatique des métrites chroniques.

Souvent il suffira de prescrire quelques topiques astringents, pour voir disparaître ces lésions et le col reprendre son aspect normal. Mais cette amélioration n'est que passagère et la récurrence est imminente. C'est pour la prévenir qu'on pratique l'opération d'Emmet.

Il est évident qu'on n'y aura pas recours contre des déchirures d'une étendue minime; elles guérissent spontanément, mais si la solution de continuité est considérable, si elle intéresse le vagin, l'opération est indiquée.

Voici, brièvement résumées, les règles opératoires, telles que les formule Emmet.

La vessie et le rectum étant préalablement vidés, la malade est placée dans le décubitus latéral, « de telle sorte que la déchirure soit dirigée verticalement et placée au-dessus de l'orifice externe ». Cette position est peu favorable au sommeil anesthésique, mais étant donnée la quasi-insensibilité du col, celui-ci est inutile.

On se servira du spéculum de Lins qui donne une plus grande dilatation du vagin, et la forme allongée des instruments permettra d'arriver jusqu'au col. Trois temps constituent l'opération : 1° fixation du col; 2° avivement des lèvres de la déchirure; 3° affrontement des bords de la plaie.

On peut, après avoir saisi et abaissé doncement l'utérus à l'aide d'une pince de Museux, aviver à l'aide du cautère actuel les bords de la déchirure, puis attendre la chute de l'eschare pour rapprocher les lèvres de la plaie. On peut, à l'exemple de Gaillard Thomas, se servir des ciseaux. M. Tarnier se sert d'un couteau spécial et d'instruments coudés. Pour empêcher l'hémorrhagie, d'ailleurs peu abondante, M. Courty recommande une injection préalable d'eau chaude.

Un point essentiel est de ménager un canal cervical artificiel. Pour cela, il faut saisir alternativement chacune des lèvres de la laceration et enlever la muqueuse et une partie du parenchyme jusqu'au point de jonction des deux lèvres. On obtiendra ainsi une bandelette de tissus non dénudés, séparant deux surfaces avivées et destinées à représenter le futur canal cervical.

Quand les déchirures sont multiples, au lieu de réunir séparément chaque fissure, ce qui donnerait à la cicatrice un aspect étoilé et une rétractibilité par trop grande, on avive et on résèque les tissus, de façon à ne plus avoir que deux lambeaux simulant une déchirure bilatérale.

Avant de pratiquer l'affrontement, il importe de maintenir, pendant quelques minutes, des tampons de ouate sur la plaie, afin de bien déterger le sang. L'hémostase sera parfaite après l'application des sutures, sans qu'aucune ligature soit nécessaire.

L'introduction des fils se fait par le procédé ordinaire; on emploiera de préférence les fils d'argent; les sutures seront en nombre suffisant (2 par centimètre) et pour assurer l'affrontement, l'aiguille pénétrera à 5 millimètres environ de la surface avivée. Les fils seront enlevés au bout de dix jours.

Après l'opération, on pratiquera des injections vaginales phéniquées; et la malade restera au lit pendant quinze jours.

Cette opération qui se pratique journellement en Amérique, est acceptée en France avec moins d'enthousiasme. La rareté des accidents consécutifs et les bénéfices réels que procure l'opération d'Emmet, légitimeraient cependant un meilleur accueil.

F. LEPRÉVOST.
Interne des Hôpitaux.

Formulaire :

Pilules laxatives : (Audhoui, *Thérapeutique contemporaine*).

Poudre d'aloès du Cap.	} à à 2 grammes.
Poudre de crème de tartre.	
Poudre de gomme arabique.	

Savon amygdalin. 4 grammes.

Sirop de sucre. 5 gouttes.

M. s. a. et div. en cent pilules que vous dorerez.

Une, deux ou trois de ces pilules, soit en une fois, soit en deux ou trois reprises, au repas, suivant le degré de sensibilité des organes digestifs.

Pommade contre la gale (Vidal, Rev. d'hygiène).

Onguent styrax..... 2 parties.

Huile..... 1 partie.

Mélez :

Une onction matin et soir pendant quatre ou cinq jours.

Cette pommade, utile chez les jeunes enfants, calme, dès la première application, les démangeaisons et guérit rapidement les éruptions pustuleuses et croûteuses provoquées par les acares.

F. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 14 septembre.

Présidence de M. LEGUEST.

La communication de M. Bouley, faite dans la précédente séance, devait être discutée aujourd'hui par M. Jules Guérin. Mais, celui-ci, ayant cédé son tour à M. Le Blanc, dont l'incrédulité à l'égard des inoculations prétendues efficaces persiste, M. Legouest a aussitôt donné la parole à M. Bouillaud, ce qui nous a tous jetés dans un respectueux étonnement.

Au début de la séance, M. Hervieux est venu lire une note, suggérée par le travail de M. Bouley.

M. Hervieux n'est pas réfractaire à l'idée de la contagion par simple cohabitation. Comme M. Bouley, il a vu des cas d'infection par *contagion volatile*.

L'expression appartient à MM. les vétérinaires, qui n'ont pas voulu se servir du terme banal : *à distance*. M. Hervieux se souvient très bien qu'à l'amphithéâtre de Clamart le milieu dans lequel vivaient les élèves produisait chez eux des symptômes annonçant l'infection et d'une intensité variable. Les uns avaient des vomissements, les autres de l'embarras gastrique, quelques-uns de la diarrhée, quelques-uns même présentaient les signes observés dans la piqûre anatomique. Chacun était affecté évidemment suivant le degré de sa propre réceptivité.

La même chose arrive dans les salles des maternités, où le

milieu est souvent infectieux. Lorsqu'une épidémie se déclare dans ces établissements, on observe chez les femmes les formes morbides variées qui préparent ou achèvent de constituer la septicémie puerpérale : sueurs profuses, lochies fétides, accouchements prématurés, fœtus frappés de mort avant le terme, etc. Toutes les personnes admises à recevoir les soins de l'Assistance publique, éprouvent l'influence de la contagion, comme il est facile de le prévoir, suivant leur degré de réceptivité. Enfin M. Hervieux conseille, en cas de septicémie puerpérale épidémique, de ne pas chercher à supprimer les lochies ou la diarrhée : ce sont, croit-il, des voies d'élimination qu'il est prudent de ne pas fermer aux éléments virulents.

M. Bouillaud a occupé le reste de la séance par une causerie très instructive, et que nous regrettons de ne pouvoir résumer aussi complètement qu'elle le mérite.

Le maître éminent, négligeant un peu les étables de M. Bouley, effleurant à peine les salles de maternité de M. Hervieux, a abordé une question beaucoup plus générale sur laquelle il avait, a-t-il dit spirituellement, un *discours rentré*.

Il a considéré les fièvres et les théories auxquelles elles ont donné lieu depuis le commencement du siècle, dans leurs rapports avec les hypothèses nouvelles qui ont cours sur les septicémies et les microbes.

M. Bouillaud regrette que Pinel ait cru pouvoir substituer l'expression de fièvre adynamique à celle de fièvre putride, introduite dans la science par Galien. Le mot *adynamique* désignait certes un aspect de la maladie, mais il notait un simple accident; le mot *putride* visait la cause et les effets les plus graves.

Il y a deux éléments fondamentaux qu'il convient de distinguer dans l'ensemble des phénomènes réunis sous la dénomination commune de fièvres. Le premier se manifeste par une sorte de surabondance de vie, par l'élévation de la température et l'accélération du cours du sang; le second, par des gangrènes, des lésions d'organes, des altérations des humeurs, en un mot, par des phénomènes de putréfaction, de fermentation putride. Les fièvres peuvent se ramener aux deux types qu'on vient d'esquisser.

Autour de cette division on voit s'agiter toutes les théories depuis trois quarts de siècle : Pinel, Chomel, Broussais, Petit et Serres, Prost, et tant d'autres, avec leurs systèmes divers, avec leurs vocabulaires particuliers, ne font qu'exprimer les symp.

tômes propres soit à la fièvre inflammatoire, soit à la fièvre putride.

Dès 1826, M. Bouillaud avait déterminé, avec la plus minutieuse exactitude, les caractères anatomo-pathologiques du sang dans l'une et dans l'autre de ces affections. Rappelons seulement de cette étude, qui, au point de vue de la physiologie et de la clinique, vaut mieux que toutes les descriptions de protoorganismes microscopiques, qu'elle montrait dans le sang des individus atteints de fièvre putride une sorte de liquéfaction annonçant la destruction ou l'altération profonde des éléments anatomiques du liquide nourricier.

Quelques visions fournies par le microscope, quelques mots nouveaux traduisant des phénomènes négligés jusque-là et qu'il convenait peut être de ne pas mettre au premier plan, en leur donnant une valeur excessive, cela ne suffit pas pour justifier la prétention d'avoir sur un point des plus importants renouvelé la clinique et la pathogénie. Et cette prétention est celle d'un grand nombre de nos contemporains.

Dès 1826, M. Bouillaud avait reconnu que l'infection qui caractérise la fièvre putride peut avoir pour origine tantôt le milieu ambiant, tantôt l'organisme altéré lui-même; dans le premier cas la cause est extérieure, dans le second cas elle est intérieure. Les faits de contagion extérieure qui se produisent dans les salles de maternité sont incontestables; mais dans ces mêmes salles, n'y a-t-il jamais, n'y a-t-il pas souvent au contraire des affections putrides provoquées par des lésions internes, par le traumatisme de l'accouchement? Pourquoi M. Hervieux néglige-t-il de séparer les cas de contagion extérieure des cas d'infection spontanée ou mieux chirurgicale?

Voilà un homme jeune, vigoureux, qui, dans un éboulement, à la cuisse écrasée; un phlegmon énorme survient sur la partie du membre blessé; tous les phénomènes de l'état typhoïde apparaissent avec la plus grande netteté; avant la fin du premier septenaire le malade meurt. A l'autopsie, on trouve tous les organes en parfait état; mais le sang est liquéfié, et toute la plaie et ses alentours présentent des eschares, des masses putréfiées, des infiltrations de pus, des gaz et une odeur extrêmement fétide s'en dégagent. Appliquons ici à la détermination de l'affection meurtrière les diverses doctrines. Chomel aurait dit: Cet homme succombe à une fièvre adynamique; Broussais: C'est une fièvre gastro-entérique; M. Hervieux: C'est une septicémie. Pour moi, dit M. Bouillaud, le blessé a

succombé à une fièvre putride chirurgicale. Et ce diagnostic, aux yeux des cliniciens, doit suffire à établir le bien fondé des vues et des théories qui viennent d'être rappelées.

Laissant la critique des dénominations employées par Chomel et par Broussais, M. Bouillaud fait remarquer que le terme de septicémie est mauvais, parce qu'il ne désigne qu'un phénomène, le phénomène ultime de l'affection; parce qu'il ne comprend pas, comme l'expression de *fièvre putride chirurgicale*, l'ensemble des faits, leur groupement, leur hiérarchisation, leur développement et leur origine.

Un mot des microbes. « Je ne songe pas, dit en substance M. Bouillaud, à rabaisser le grand mérite de celui qui les a non pas découverts, mais observés avec tant de patience et d'habileté, mais je crains qu'on n'exagère la portée de ce qui s'est fait dans ce domaine au point de vue de l'art médical et spécialement de la clinique. Avant les microbes, nous avions les *miasmes*. Qu'étaient-ce que les miasmes? Des êtres de raison? Nullement; leur réalité, attestée par les effets pathologiques les plus redoutables, les mieux spécifiés, ne faisait doute pour personne. Et cette réalité, non visible toutefois, mais reconnue matérielle, comportait des classifications de miasmes, correspondant à la nature diverse des affections dont ils constituaient les germes.

» L'antiquité, comme nous, a connu les miasmes sans les voir; les anciens étaient si bien convaincus de leur réalité et croyaient si bien à leur transport par l'air, qu'ils poursuivaient leur destruction dans l'atmosphère à l'aide de torches et de bûchers. Les miasmes existent aussi dans le sol et dans les eaux, d'où ils peuvent s'échapper en certaines circonstances qui restent à déterminer. Naguère, quand une fièvre putride se développait, en certaines conditions de milieu, d'habitation, de climat ou de saison, nous disions qu'elle était produite par les miasmes du dehors, et nous pensions avoir exprimé quelque chose de clair, de logique, sans prétendre toutefois avoir pénétré tous les mystères de la nature.

» Aujourd'hui, qu'y a-t-il de changé? On nous a montré à l'aide du microscope des formes organisées, en mouvement ou en repos, se multipliant avec une prodigieuse rapidité dans des milieux appropriés: ce sont les êtres AU MOYEN DESQUELS S'ÉTABLIT LE TRAVAIL DE PUTRÉFACTION. C'est intéressant. Cela ne change rien à la doctrine clinique.

» Quels sont ces êtres? Sont-ils végétaux? Sont-ils animaux?

Quelles sont leurs mœurs? Comment se multiplient-ils? Nous n'oserions demander s'ils s'engendrent. Tout cela est bien obscur; de tout cela nous ne savons rien ou peu s'en faut.

» Le successeur du miasme, le microbe n'a pas éclairci grand' chose.

» Il y a plus : je doute qu'il joue le rôle essentiel et prépondérant qu'on lui attribue. Dans la même salle, je vois deux malades atteints de plaie suppurante. Chez l'un le pus est louable; le rétablissement prompt; chez l'autre, le pus est de mauvaise nature, la fermentation putride se déclare et la mort survient. Le microbe n'a pas opéré ici et là, dans la même enceinte pourtant, de la même manière. Question de réceptivité, dira-t-on. Soit! Mais cette différence de réceptivité ne prouve-t-elle pas que, dans l'infection, le microbe n'est pas le seul, peut-être même n'est pas le premier facteur; qu'au-dessus ou à côté de lui, il y a la nature du foyer et que c'est dans le foyer que s'élaborent les principes virulents?»

Nous appelons toute l'attention de nos lecteurs sur ces remarques, à notre avis très fondées, et qui se produisent avec toute l'autorité que donnent au vénérable M. Bouillaud, la science, une longue expérience et une absolue impartialité.

Nous avons quelque droit d'être fier en voyant un homme de la valeur de M. Bouillaud, un homme qui a toujours manifesté pour la personne et les travaux de M. Pasteur plus que de l'estime, opposer à la *microbie* qui nous dévore présentement les critiques que depuis plusieurs années nous n'avons cessé d'exprimer.

M. SMESTER expose le résultat des recherches expérimentales, pratiquées au moyen de flacons munis de tubes, par lesquelles il a établi que l'aspiration et l'inspiration ne peuvent avoir lieu simultanément par la bouche et par les narines.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE (Suite).

Après la communication du Dr Bouchard une discussion générale s'engage sur les rapports des maladies des reins avec les autres affections de l'organisme et réciproquement sur l'influence des maladies générales considérées comme point de départ des lésions rénales. Sir Wm. Gull, M. D., et le Dr H.-

G. Sutton, M. B., ouvrent ce tournoi scientifique en présentant une communication sur le côté le plus important de la question, ils exposent, en effet, les relations des maladies des reins avec les dérangements de la circulation générale et les changements organiques du cœur et des vaisseaux sanguins. Leur travail comprend six propositions différentes. C'est en examinant ces propositions que les savants étendent le champ de la discussion et la portent sur un terrain plus général.

1^{re} proposition.—La maladie des reins peut être associée avec des changements dans la circulation attaquant diversement le cœur ou les vaisseaux sanguins, ou en devenir la cause, suivant la nature et le siège de la dégénérescence morbide du tissu du rein. Ex : néphrite vasculaire (artérielle ou veineuse) outubulaire ou mixte (parenchymateuse).

La seconde partie de la proposition est à peine discutée. Qui n'admet en effet l'hypertrophie du cœur et les dilatations vasculaires consécutives au mal de Bright?

Il n'en est pas de même de la première sur laquelle s'engage la controverse la plus vive. Doit-on croire à une coïncidence simple quand il y a simultanément maladie rénale et lésions cardio-vasculaires.

Ainsi ne le pensent pas MM. George Johnson et surtout M. Lancereaux qui expose dans un langage précis et remarquablement scientifique le double mécanisme en vertu duquel, d'une part le rein malade peut modifier l'état du cœur et des vaisseaux, et d'autre part les vaisseaux lésés amènent fréquemment des troubles, transitoires d'abord, puis bientôt permanents, de l'organe rénal. La coïncidence simple des deux groupes d'affections est extrêmement rare et l'on ne doit l'admettre que dans le cas où une maladie générale (syphilis, cancer) les touche simultanément ce qui encore, est l'exception comme on va le voir au paragraphe suivant.

2^e proposition.—La maladie du rein peut dépendre de causes primitives affaiblissant la circulation générale. Ex. : défaut de nutrition générale, phthisie, fièvres, diathèse scrofuleuse, alcoolisme, syphilis.

C'est ce que plusieurs orateurs viennent d'exposer. Aussi font-ils justement remarquer à M. Gull que sa première et sa seconde proposition se contredisent, du moins en partie.

3^e proposition.—La question des effets produits par la maladie du rein sur la circulation générale peut souvent être transposée avec avantage, c'est-à-dire considérée au point de

vue de l'influence des dérangements de la circulation générale sur le développement du mal de Bright.

6^e proposition. — Beaucoup de changements morbides de certains organes considérés jusqu'ici comme causés par l'anémie peuvent être attribués à une dégénérescence des tissus capillaire et interstitiel (atrophique, anémique, effusive, fibroïde) et être indépendants d'une sécrétion rénale défective.

Une seconde discussion générale s'engage, celle-ci sur l'histologie du mal de Bright. C'est le professeur Graivyer Stewart, N. D., d'Edimbourg, qui la soutient. Pour ce savant, mal de Bright est un terme générique comprenant toute une série de maladies. L'étude pathologique et clinique combinée, nous permet, dit-il, de reconnaître plusieurs formes distinctes, plusieurs périodes dans chaque forme, et des combinaisons de plusieurs formes.

Evidemment M. Grayvier Stewart est dans le vrai. Aussi ne discute-t-on que très mollement la première partie de sa communication. Mais nous devons ajouter que cette façon de comprendre le mal de Bright n'est pas nouvelle. A l'avant-dernier concours d'agrégation de la Faculté de Paris, M. Rendu ayant à faire dans sa thèse l'étude des néphrites arrivait déjà aux mêmes conclusions. Aussi n'insisterons-nous pas sur cette seconde discussion de la troisième section. Rien n'y a été produit que ne contienne le travail si complet du professeur agrégé de Paris.

Il est résulté beaucoup de confusion, poursuit M. Stewart, de ce fait que plusieurs observateurs ne se sont pas aperçus que toutes les formes se terminent par l'atrophie, si la durée de la maladie est assez longue, aussi parce qu'il n'ont pas toujours établi une différence entre les formes pures et celles qui sont mélangées.

La seconde partie de la proposition n'est pas discutable, mais il n'en est pas de même de la seconde que l'on attaque violemment, si par atrophie, dit-on à M. Stewart, vous entendez la destruction des éléments actifs du rein, nous sommes d'accord. Mais il est évident que dans certaines formes du mal de Bright le malade meurt avec un organe beaucoup plus volumineux qu'à l'état ordinaire.

C'est sur cette seconde proposition que s'engage la discussion principale. Toutes les maladies énumérées par Gull peuvent en effet déterminer le mal de Bright. Mais est-ce bien en affaiblissant la circulation générale.

Ainsi Lancereaux s'élève vivement contre cette affirmation. La syphilis et l'alcoolisme, dit-il, agissent directement sur le rein dans la plupart des cas. Et il expose sommairement les idées particulières que chacun lui connaît en France sur ce chapitre de physiologie pathologique. Que si le mal de Bright se développe d'une façon exceptionnelle, consécutivement aux troubles cardio-vasculaires déterminés par l'alcoolisme et la syphilis, ce n'est pas l'affaiblissement circulatoire qu'il faut accuser, mais les lésions somatiques de cet appareil cardio-vasculaire.

Dans la tuberculose d'ailleurs, dans la scrofule sur laquelle la science n'a pas encore dit son dernier mot, comme dans tant d'autres maladies, c'est moins au trouble fonctionnel qu'à la production néoplasique qu'il faut demander l'explication du développement des néphrites que l'on observe. Après M. Lancereaux, le docteur G. Johnson expose également la physiologie pathologique des néphrites dans un grand nombre de maladies. Pour l'orateur également, il ne faut admettre que d'une façon très exceptionnelle l'influence de l'affaiblissement circulatoire.

D'autres savants enfin rappellent les néphrites chirurgicales, non les néphrites de fièvres graves, qui toutes échappent au mécanisme invoqué par M. Gull.

Le docteur Sutton répond de son mieux aux différents orateurs. Et l'on passe à l'examen des propositions suivantes :

3^e proposition. — L'action déficiente de la fonction du rein a une influence débilitante sur la circulation et la nutrition générale. Les tissus deviennent obstrués par l'œdème, affaiblis par l'anémie et l'urémie et généralement atrophiés. Exemple : rein gros, granuleux blanc, rein chirurgical.

4^e proposition. — La maladie du rein peut dépendre de causes primitives qui tendent à produire l'épaississement du cœur et des vaisseaux sanguins en général et aussi l'obstruction de la circulation interstitielle à travers les tissus.

Exemple : Dégénération fibreuse artério-capillaire, dégénérescence climatérique.

Voici les formes admises par M. Grainger Stewart :

1. — La maladie de Bright qui commence par une inflammation aiguë ou sub-aiguë.

(a) Des tubuli.

1^{re} période. — Simple inflammation.

2^e — Transformation graisseuse.

3^e — Atrophie.

(b) Des corps de Malpighi et du stroma (néphrite glomérulaire).

(c) Des tubuli, des glomérules et du stroma.

2. — Maladie de Bright commençant par la dégénérescence séreuse.

1^{re} période. — Dégénérescence simple.

2^e — Dégénérescence avec grossissement.

3^e — Dégénérescence avec atrophie.

3. — Maladie de Bright commençant par des altérations chroniques du stroma fibreux (cirrhose).

4. — Formes combinées.

Histologie du rein granuleux. — Tel est le titre d'une communication présentée par M. Robert Saundly, N. D., de Birmingham. Nous devons dire que, faite à la fin d'une séance, cette communication est à peine discutée. Nous ne saurions donc qu'en donner ici le résumé.

D'accord avec Weigert, Bamberger et Rosenstein, l'auteur admet que le gros rein blanc et le petit rein rouge sont tous deux le résultat d'une inflammation diffuse. Dans le rein granuleux, l'épithélium tubulaire présente souvent les caractères de la prolifération et les petites cellules remplissant les tubes, décrites pour la première fois par Johnson, en sont le résultat.

Ces petites cellules peuvent se transformer en cellules fusiformes et en tissu fibreux, ou en cellules étoilées et en tissu gélatiniforme.

Ce dernier processus donne naissance aux kystes, décrits pour la première fois par Simon. Les altérations des corps de Malpighi consistent surtout dans la formation de tissu connectif embryonnaire, engendré par la prolifération de l'endothélium tapissant les capsules et recouvrant le glomérule, et, en outre, dans l'atrophie des capillaires du glomérule. Les phénomènes présentés par les vaisseaux correspondent aux descriptions de Johnson, Gull et Sutton ; dans quelques cas, il existe seulement de l'hypertrophie de la tunique musculuse, dans d'autres, les tuniques fibreuses sont considérablement épaissies, tandis que la tunique musculaire est atrophiée.

Le tissu connectif ne présente pas les signes de la prolifération de ses cellules, mais quelquefois on le trouve rempli de leucocytes, résultat d'une exacerbation temporaire du processus inflammatoire.

Nous venons d'exposer les trois ordres de questions principa-

lement étudiées à la section d'anatomie pathologique. Mais des communications très importantes, avons-nous dit, ont encore été présentées sur différents sujets. Terminons cette analyse en disant un mot de chacune d'elles.

Le professeur G. Pierret, de Lyon, indique le résultat de ses recherches sur l'ataxie locomotrice et spécialement sur la constitution du système (nerveux) sensitif chez l'homme, et sur les rapports qui existent entre les champs sensitifs, moteurs et vaso-moteurs.

Le docteur Joseph Coah, N. D., de Glasgow, émet sur l'hémorragie cérébrale des vieillards des idées absolument nouvelles. Pour ce savant, elle serait presque toujours due à la rupture d'anévrismes des branches méningées. Il est à remarquer, dit-il, que quoique l'anévrisme soit à la surface, le sang, cependant, s'accumule, surtout dans la substance cérébrale, et peut même ne pas se trouver dans les méninges. L'anévrisme, en un mot, serait sacciforme et se développerait exclusivement du côté où il rencontre le moins de résistances.

Nous pensons que ces opinions du docteur Joseph Coah, si nouvelles et si contraires à ce que nous apprenons, ne seront pas admises sans un contrôle sérieux.

Le même savant fait une communication sur le mode d'extension du lympho-sarcome et sur l'analogie qu'il présente avec l'organisation des thromboses, des caillots, etc.

Le lympho-sarcome, dit-il, ou lymphome malin, s'étend localement en incorporant le tissu environnant et le remplaçant par ses propres éléments. Et l'orateur cite de nombreux exemples empruntés à la pathologie du mésentère, de l'intestin, du cœur, des vaisseaux, etc.

Eh bien, le tissu granuleux se comporte avec les caillots de la même façon que le sarcome avec les tissus normaux. Il les envahit progressivement, puis se résorbe. Il en est ainsi de même pour les morceaux de tissus morts introduits dans un corps vivant; il y a d'abord un tissu vasculaire qui prend leur forme. C'est ce qu'on voit dans les cas de la ligature avec le catgut et dans les expériences de Seuffleben, Tillmann, Baumgarten, dans lesquelles des morceaux de foie, de poumon, etc., ont été introduits dans la cavité abdominale.

L'analogie, dit en terminant M. Coah, mène à cette conclusion, que les granulations sont un tissu propre, et ne sont pas simplement des globules blancs du sang.

L'idée que le savant de Glasgow se fait du processus du

sarcome diffère beaucoup de celle qu'expose le docteur Albert Malherbe, de Nantes, dans une communication sur l'origine du cancer et du sarcome.

Pour ce savant, en effet, les tumeurs épithéliales viennent toujours d'un épithélium, les tumeurs de substance conjonctive toujours d'un tissu de substance conjonctive, avec possibilité de substitution d'un tissu conjonctif à un autre tissu conjonctif mais non d'un tissu conjonctif à un autre tissu épithélial; l'hétéroplasie primitive n'existe que dans les tumeurs congénitales et si l'on ne peut la rencontrer dans d'autres tumeurs, elle est, en tout cas, d'une extrême rareté.

Ce n'est pas tout, le docteur Malherbe s'efforce de prouver dans sa communication, préparations microscopiques à l'appui, que le carcinome de la mamelle débute dans les culs-de-sac glandulaires, ce qui en ferait une tumeur d'origine épithéliale; et que l'on rencontre dans ces culs-de-sac des tumeurs présentant toutes les formes anatomiques possibles entre le carcinome non médullaire ou encéphaloïde d'une part et l'épithéliome pavimenteux type à cellules dentelées et à globes épidermiques, d'autre part.

Résumons brièvement une autre très longue communication du professeur de Nantes, sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées. On rencontre, dit M. Malherbe, dans la peau ou dans le tissu conjonctif sous-cutané, des tumeurs présentant la structure générale de l'épithéliome et ayant ce caractère commun d'être remplies de petits grumeaux calcaires dus à une calcification totale ou partielle des masses épithéliales. Le stroma en est conjonctif ou osseux (ostéomes, pierres de la peau) ou bien encore il tient des deux éléments à la fois, la structure, à peine indiquée par Martin Vilchem qui ne possédait qu'un fait, en était jusqu'à présent inconnue.

M. Malherbe a pu s'en procurer 12 cas. C'est sur eux qu'il s'appuie pour établir la description de l'affection.

L'épithéliome calcifié dit-il se compose d'une membrane d'enveloppe, d'une trame ou stroma de ses masses cellulaires de nature épithéliale renfermées dans cette trame et atteintes en tout ou en partie par la calcification. L'étude de sa composition chimique nous apprend qu'il contient 9 0/0 de phosphate de chaux et 2 0/0 de carbonate de chaux. Toujours sous-cutanées, quelquefois entourées de bourses séreuses les tumeurs qu'elles constituent varient du volume d'une tête d'épingle à celui du poing d'un adulte. Plus ou moins arron-

dies, elles ne pouvaient être confondues macroscopiquement qu'avec l'athérome calcifié. Mais l'examen microscopique montre que l'athérome consiste dans la calcification pure et simple du contenu d'un kyste sébacé sans intervention d'aucun processus néoplasique.

M. Malherbe étudie alors le développement de l'épithéliome calcifié qui prend toujours naissance dans les glandes sébacées. La calcification des cellules arrête toujours son évolution, aussi ces tumeurs restent-elles constamment bénignes. L'ablation n'est jamais suivie de récurrence.

C'est dans l'épithéliome calcifié qu'il faut probablement faire rentrer l'immense majorité des tumeurs ossiformes de la peau. Il se développe dans l'enfance et dans la jeunesse, bien plus rarement dans l'âge mûr et il paraît être plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

Signalons encore trois communications intéressantes faites à la section d'anatomie pathologique.

La première du docteur W.-B. Kesteven. M. D. F. R. C. S., est consacrée à l'exposition de l'histologie pathologique des processus inflammatoires et néoplasiques qui peuvent se développer sur le cerveau et la moelle épinière.

Dans la seconde le docteur F. Charlwood Turner, M. D. de Londres étudie la dégénérescence fibroïde du cœur.

Cette affection constituée par un épaissement du péricardium et associée à des altérations atrophiques des fibres musculaires a été trois fois observée par l'auteur, la première chez une fille de 10 ans morte avec une dilatation du cœur — la seconde chez un homme de 58 ans affecté d'hypertrophie, la troisième chez une fille de 14 ans, morte de péricardite aiguë.

L'un des sujets était goutteux.

M. Turner ne dit rien des signes qui permettraient de reconnaître la lésion du vivant des malades.

La troisième communication enfin est tellement importante, les comptes rendus de l'Académie de médecine y font si fréquemment allusion, que nous ne pouvons résister au désir d'en donner le résumé de l'auteur lui-même. C'est le docteur Jules Guérin qui la présente.

Nouvelle théorie des monstres (Abstracts, p. 63). — Les différentes théories scientifiques proposées jusqu'ici pour expliquer l'origine des monstres; les pressions utérines, les positions vicieuses du fœtus dans la matrice, les troubles de l'évolution embryonnaire, les arrêts de développement, ne s'attachant

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

24 Septembre 1881



APPLICATION DES SCIENCES A LA MEDECINE
MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIQUE MÉDICALE. — De l'application de l'électricité aux accouchements, par M. le docteur APOSTOLI. (1). — Je viens vous entretenir, d'une façon sommaire, de l'application de l'électricité aux accouchements. J'espère vous montrer que l'application thérapeutique de cette force trouvera des indications fréquentes et multiples en obstétrique, d'abord pendant la grossesse et le travail, et qu'elle devra ensuite se généraliser à mon avis après les accouchements. Mon but en effet est double :

1° Restaurer une application ancienne, mais délaissée à tort, et trop souvent critiquée; légitimer en un mot et systématiser l'application de l'électricité pendant le travail, donner ses indications, ses moyens et ses résultats;

2° Vous entretenir d'applications nouvelles sur lesquelles j'appelle toute votre attention; soit, quelquefois pendant la grossesse, pour combattre des troubles locaux ou réflexes contre lesquels nous sommes le plus souvent impuissants; soit, toujours après la délivrance, que ce soit couche ou fausse couche, pour remplir une indication prophylactique du plus haut intérêt.

C'est de l'Angleterre que nous sont venues les premières applications obstétricales de l'électricité dans la personne de Radfort, Barnes, etc., etc.; mais c'est au docteur A. Tripier, (2) mon maître en électrothérapie, que l'on doit les vues les plus rationnelles et les plus complètes qui ont tracé la voie que je vais vous décrire.

(1) Communication faite par l'auteur au congrès médical international de Londres, section d'obstétrique. Août 1881.

(2) *Des applications obstétricales de l'électricité*, par le D^r Tripier. — Paris 1876. Septembre, T. II, 1881.

Et, d'abord, messieurs, quel est le mode électrique qu'il faut employer ? quels sont ses avantages et comment faut-il l'appliquer ? — Nous devons toujours nous servir *du courant induit ou faradique engendré par une bobine à fil gros et court* ; c'est le courant dit *de quantité* par opposition avec celui qui est dit *de tension engendré par une bobine à fil long et fin*. — Seul, ce courant de quantité a une action puissante et immédiate sur la contractilité musculaire des fibres lisses, et peut remplir suivant le besoin, une action double : 1° *d'abord mécanique ou physique* par la voie de la contraction musculaire, il fait raccourcir temporairement tout muscle lisse ou strié compris entre ses deux points d'application ; après avoir produit de toutes pièces la contraction musculaire, il peut devenir au besoin un agent *orthopédique ou de redressement*, toutes les fois qu'il s'adresse à une déviation organique tenant à un relâchement musculaire ; — 2° *action dynamique ou vasculaire* exerçant, par la contraction des fibres lisses des vaisseaux sanguins, une action directe sur la circulation, l'activant partout où elle est languissante ou paresseuse, combattant directement la congestion et la stase, faisant, en un mot, par le moyen du massage musculaire interstitiel, du drainage circulatoire ; elle rétablit l'équilibre partout où il est perverti et a, par suite, un retentissement direct sur la nutrition des organes dont elle a influencé le rythme circulatoire.

Voulez-vous un exemple tiré de l'ordre chirurgical ? Prenez une *entorse simple*, celle qui est curable rapidement par le massage cutané, faradisez cette entorse comme vous le ferez pour l'utérus, en traversant l'articulation de part en part par un courant de quantité ; une ou deux séances de trois ou cinq minutes vous donneront un résultat immédiat, plus rapide et plus complet, s'il est possible, que par le massage ; la douleur aura disparu et le mouvement sera facile ; que s'est-il donc passé sous la seule influence immédiate de la faradisation ? Une partie de l'épanchement s'est résorbé, ou du moins la liberté a été rendue à une circulation qui se trouvait entravée ou abolie par la compression d'un épanchement interstitiel ; les fibres musculaires intus et extra des parois vasculaires se sont contractées, et une suractivité dans la propulsion sanguine s'en est suivie ; il y a donc eu action dynamique manifeste, dont le résultat ne saurait être nié. — Pareille chose se passe avec l'utérus.

Nous avons donc en main une force puissante. Nous pouvons la *doser*, c'est-à-dire en graduer l'emploi à volonté suivant l'ef-

fet à obtenir, et suivant la résistance à la contraction ou l'inertie musculaire.

Nous pouvons la *localiser*, limiter le champ de son action, la concentrer dans un organe périphérique ou central, lui assigner en un mot un siège qu'elle ne dépassera pas.

C'est donc une *force soumise* que nous possédons complètement, débutant et finissant à volonté et dont nous pouvons, chose très précieuse, répéter l'action aussi souvent que nous le voulons sans aucun dommage ni aucune altération des organes sur lesquelles elle est appliquée.

Tout appareil faradique peut au besoin servir, mais je ne saurais trop vous recommander celui de A. Gaiffé (de Paris) qui réalise les conditions suivantes : avoir, sous un petit volume, un appareil porteur de sa pile, avec une *bobine mobile* qui peut ainsi à volonté passer graduellement d'un minimum zéro au maximum ; car cela est très important dans la pratique, surtout pour l'utérus qui supporte les surprises et ne saurait tolérer d'emblée en général un courant qui débiterait par une certaine intensité. — Il faut préparer sa contraction *par une progression sans secousses et sans chocs de la bobine, de zéro à une quantité donnée, pour avoir le maximum d'effet et surtout le minimum de douleur*.

Pour électriser l'utérus, voici en quelques mots les conditions indispensables et fondamentales du manuel opératoire (1) dont l'inobservance a conduit à des fautes et à l'abandon ou à la critique d'une force dont on n'avait pas su tirer tout le parti thérapeutique qu'elle est destinée à rendre :

1° Il faut, pour obtenir le maximum d'effet, que le *courant soit appliqué le plus près possible de l'utérus et qu'un des pôles, le négatif, soit toujours, si c'est possible introduit dans sa cavité* ; le circuit est fermé par deux larges tampons très humectés d'eau, et appliqués au-dessus du pubis, de chaque côté de la ligne blanche, en évitant de se rapprocher du pli de l'aîne.

S'il est impossible d'introduire dans l'utérus la sonde qui forme le pôle négatif, comme cela a lieu pendant la grossesse ou le travail, il faut alors l'appliquer dans un des culs-de-sac et de préférence dans le postérieur, ou bien il faut fermer le circuit sous le sacrum sous la forme d'une large plaque métal-

(1) Voir pour plus amples détails mon traité sous presse : *les Accouchements par l'électricité*.

lique, recouverte comme les tampons de charbon de cornue à gaz, de peau de chamois largement imbibée d'eau ;

2° Si la sonde est placée dans l'utérus, elle doit être tenue avec une *légèreté extrême*, le bec en avant, appuyé, sans aucune pression, sur la face interne de la paroi antérieure de l'utérus ;

3° Il faut que pendant l'opération, toute la douleur résultant du passage du courant et de la contraction utérine *soit concentrée dans le ventre, au-dessus du pubis, au niveau de la ligne blanche, et que le point d'application de la sonde, surtout si elle est dans l'utérus, soit toujours et absolument indolore*. — On doit éviter en un mot toute action mécanique de la sonde capable de produire une lésion et des complications qu'on pourrait imputer à tort à l'électricité, ainsi qu'une position vicieuse latérale ou postérieure, capable de produire une diffusion du courant dans le plexus sacré et par suite de provoquer dans les jambes une douleur très vive absolument stérile.

Il faut donc *prévenir la femme de ce qui va se passer*, d'abord pour éviter toute surprise chez elle, et puis pour qu'elle avertisse immédiatement l'opérateur dans le cas où elle éprouverait une douleur autre que celle obligatoire. Toute sonde douloureuse ou même sensible, toute douleur irradiée dans les cuisses ou les jambes prouve que l'opération est mal faite et que la sonde est mal placée, soit qu'elle butte trop fort contre une paroi utérine, soit que la situation trop latérale ou postérieure du bec favorise la diffusion du courant dans les nerfs sciatiques. — Une rectification est immédiatement nécessaire ;

4° *La dose et la durée de la faradisation seront proportionnées avec l'effet à obtenir*. — Veut-on combattre une inertie ? s'arrêter comme intensité et comme durée dès que la contraction apparaît, pour lui permettre d'évoluer seule.

Est-ce une hémorrhagie qu'on veut arrêter ? persévérer jusqu'à ce qu'elle soit au moins diminuée et recommencer aussi longtemps et aussi souvent qu'il y a à craindre une récurrence.

Fait-on une application prophylactique après l'accouchement pour hâter l'involution utérine, ou thérapeutique pendant la grossesse, pour combattre un trouble local ou réflexe ? trois minutes de durée et une intensité qui peut aller des deux tiers au maximum de cette bobine, sont en général suffisantes pour obtenir le résultat cherché ;

5° *Ne jamais interrompre brusquement une séance : ramener*

d'abord la bobine en arrière pour diminuer l'intensité, et lever ensuite le trembleur.

J'arrive aux applications thérapeutiques.

Hé bien ! messieurs, que peut-on, que doit-on faire pour l'utérus en obstétrique ? Voici, comme à vol d'oiseau, et rangées par ordre chronologique, les indications qu'il m'a été donné de remplir avec un succès constant :

A. Une femme enceinte se présente à vous avec des désordres multiples si fréquents du système nerveux ou digestif : inappétence, gastralgie, vomissements incoercibles, névralgie à mille formes différentes, véritable protée à aspects multiples et à gravité variable, qui constitue tout autant de troubles d'ordre réflexe tenant à des lésions circulatoires de l'utérus, dont le modus nous échappe, mais dont le siège est manifeste ; vous connaissez toute l'impuissance de la thérapeutique en pareille circonstance ; faradisez alors l'utérus comme je l'ai fait un grand nombre de fois, en prenant des précautions pour la sonde qui est ici placée dans un cul-de-sac ou à l'entrée de l'orifice, et vous aurez alors une sédation très rapide des phénomènes morbides, ce qui est d'un double enseignement :

Cela prouve d'abord, que la cause pathogénique est bien dans l'utérus, intéressant surtout l'appareil circulatoire, puisque c'est sur lui qu'on agit en cette circonstance, en modifiant la modalité circulatoire.

Cela démontre ensuite, ainsi que l'a très bien dit le D^r A. Tripiér, que la faradisation n'est pas (quoiqu'on ait écrit presque partout tout le contraire), un abortif, car je déclare que j'ai pu électriser en toute sécurité des femmes enceintes dans un but thérapeutique ; il faut donc autre chose, pour faire avorter une femme, que la contraction utérine ; car s'il n'en était pas ainsi, elles avorteraient toutes, puisqu'elles ont toutes des contractions, conscientes ou non, de l'utérus pendant la grossesse.

— Pour provoquer l'avortement ainsi que l'accouchement, il faut le décollement préalable de l'œuf ; sans décollement initial, pas de travail possible. Aussi ceux qui ont voulu demander à la faradisation plus qu'elle ne peut donner, la mise en œuvre du travail non commencé, ont-ils été induits en erreur ; elle est impuissante, par la contraction utérine seule, à provoquer le décollement de l'œuf et par suite le début du travail.

B. Pendant les premiers mois de la grossesse, une femme a un enclavement de son utérus en rétroflexion considérable. Que fait-on pour la préserver d'un danger imminent ? tous les

moyens conseillés sont le plus souvent infidèles ou dangereux.

Faradisez alors l'utérus en concentrant l'action électrique sur sa face antérieure par un pôle placé dans le cul-de-sac antérieur et l'autre dans la vessie ou au-dessus du pubis, et vous opérerez le redressement de cet organe par le raccourcissement progressif de la paroi antérieure relâchée.

C. J'arrive aux indications pendant le travail, et d'abord *l'inertie utérine*.

Devons-nous rester désarmés, comme on l'est presque toujours en présence d'une inertie utérine qui rend l'accouchement long et laborieux, sous le fallacieux prétexte que la vie de la mère et de l'enfant ne sont pas directement compromises? Non, messieurs, parce qu'il faut toujours songer à la sécurité de l'avenir, et j'entends surtout parler ici de l'inertie utérine qui se manifeste avant que la dilatation du col soit suffisante pour permettre une intervention chirurgicale : le forceps ou la version.

La fatigue utérine, en effet, est, toutes proportions gardées, en raison de la longueur du travail; or, l'utérus fatigué se contracte mal ou peu après la délivrance, *l'involution utérine est plus lente et plus difficile*; c'est en un mot une maladie qui pourra éclater demain et dont l'inaction du médecin a préparé l'évolution.

Hé bien, le seigle ergoté devant être légitimement proscrit pendant le travail et tous les autres moyens étant presque illusoire, vous avez sous la main un agent précieux *de contraction constante de l'utérus et d'accélération fréquente du travail*.

Je dois en effet placer ici un correctif très important : la faradisation, quoique produisant une contraction utérine constante, n'accélère pas toujours le travail de dilatation. — Pourquoi cela? — Quoique le chapitre des inerties utérines soit encore à faire, on peut toutefois constater le fait suivant : il y a des inerties où le centre cérébral a une prépondérance telle, que le centre spinal ou réflexe est arrêté ou diminué dans son fonctionnement; donnez alors du chloroforme à la femme et le centre cérébral étant annihilé, le centre spinal reprend toute son autonomie, et tel utérus, dont le travail ne mordait pas malgré la faradisation, subira à l'instant une stimulation nouvelle, pour aboutir rapidement à la délivrance.

Donc, en face d'une inertie, la faradisation vous aidera toujours et vous devrez, comme je l'ai fait, toujours y recourir, mais à elle seule elle ne sera pas constamment suffisante.

D. Après l'inertie utérine, vient l'hémorrhagie que je veux considérer dans son ensemble, qu'elle se produise pendant le travail, ou bien après la délivrance. Quel que soit le moment de son apparition, il faut l'arrêter, ou du moins essayer de l'atténuer le plus possible. Or, je ne connais pas de moyen plus rapide et plus puissant que la faradisation.

Le seigle ergoté est long à agir, son action est souvent infidèle et sa dose ne peut être impunément accumulée, ni trop souvent renouvelée. La faradisation au contraire, docile dans notre main, fait immédiatement contracter l'utérus et je l'ai toujours vue agir dans l'espace de trente secondes à une minute pour arrêter ou tout au moins diminuer les hémorrhagies que j'ai observées après la délivrance.

Que son action soit mécanique en s'opposant directement, par la contraction des parois utérines, à l'écoulement sanguin, ou que son action soit dynamique et qu'elle s'oppose à certaines hémorrhagies passives, telles que celles après la délivrance, en accélérant la circulation et en combattant directement la stase ou la congestion vasculaire, qui sont les premiers facteurs de ces hémorrhagies, peu importe; le résultat est indéniable et je vous engage à y recourir toujours *sans préjudice des autres interventions que pourrait réclamer par exemple l'hémorrhagie due à une insertion vicieuse du placenta.*

E. L'expulsion du fœtus vient d'avoir lieu, la délivrance naturelle ne se fait pas ou se fait longtemps attendre; que fait-on d'une façon classique? Après une couche on conseille d'aller détacher et cueillir le placenta, de faire en un mot la délivrance artificielle. — Après une fausse couche, on conseille, faute de mieux, d'attendre et de parer aux accidents par des irrigations intra-utérines antiseptiques. — Dans l'un et l'autre cas, il peut y avoir, et il y a souvent péril et danger résultant d'un côté d'une intervention trop active et de l'autre, d'une intervention trop passive.

Quant à moi, dans ces deux cas, je *faradise l'utérus et rien de plus*: — *j'attends.* — Je faradise tous les jours, une, deux fois, jusqu'à ce que la délivrance se fasse spontanément. Mais de même que la faradisation est impuissante à provoquer, *ipso facto*, le début du travail et que, pour qu'elle puisse porter tous ses fruits, elle réclame le décollement préalable de l'œuf, de même pour la délivrance, il faut le décollement préalable du placenta; la contraction utérine seule, spontanée ou artificielle, est impuissante à obtenir ce résultat.

J'ai eu des exemples multiples de l'innocuité et de l'efficacité de cette intervention ; j'ai vu des rétentions du placenta durant de un à quinze jours, où, grâce à la faradisation patiemment continuée, j'ai conjuré tout accident résultant de la rétention du délivre et où je me suis applaudi de l'uniformité et de la simplicité de mon intervention.

A la faveur de cette suractivité circulatoire, de cette hyperémie vasculaire imprimée à l'utérus porteur d'un placenta, on prévient la stase et la congestion vasculaire, et je crois que c'est par ce *modus faciendi* qu'on évite toute résorption infectieuse et qu'on assiste à ce spectacle, curieux à tous égards, d'un utérus qui peut conserver, sans aucun péril, un placenta un et plusieurs jours, et d'une attente qui, au lieu d'être périlleuse, donne au contraire une sécurité complète.

F. J'arrive enfin, messieurs, à une *indication nouvelle, capitale et maitresse*, celle à laquelle j'attache le plus de prix, non parce qu'elle ne souffre pas, comme les autres, de cas particuliers, mais parce qu'elle peut et doit, à mon avis, s'appliquer après toute couche ou fausse couche.

Une femme vient d'être délivrée ; de grands devoirs lui restent encore à accomplir pour recouvrer la santé totale et prévenir la maladie. — L'involution utérine doit se faire complètement, sinon il y a danger pour elle. — Or, que fait-on pour l'y aider, que fait-on pour assurer le retour à l'état normal de cette fonction physiologique ?

On donne du tilleul et on reste les bras croisés devant elle, comptant sur la bonne nature pour la réparation à laquelle nous nous déclarons impuissants de coopérer. — *Mais le séjour au lit, me direz-vous ?* — Oui le séjour au lit est une excellente chose, et, en présence de l'inaction classique, il est même indispensable ; mais combien de temps les femmes y restent-elles ? *A peine neuf jours*, pour la grande majorité, et pour beaucoup, moins de neuf jours.

Le préjugé public existe ; il est général et je crois que nos efforts réunis seraient impuissants à l'ébranler ; il veut que les femmes soient totalement remises au bout de neuf jours, et que beaucoup d'entre elles puissent reprendre leurs occupations à cette date.

Or, je vous le demande, l'involution utérine est-elle terminée à ce moment ? Votre réponse est uniforme, je crois : elle est à peine arrivée aux deux tiers de son évolution totale, et

le geste va s'accomplir dans la station debout et au milieu d'une déambulation plus ou moins laborieuse.

Quant aux femmes qui, par exception, consentent à rester au lit quinze et vingt jours, elles sont menacées de ce fait, *d'une rétroflexion ou rétroversion de l'utérus*, qui résulte du retrait trop lent d'un organe gros, congestionné et mollassé, qui s'effectue dans un décubitus dorsal, le plus souvent trop prolongé.

Nous nous trouvons donc en présence d'une évolution pathogénique multiple, dont nous connaissons le premier anneau, qui afflige les femmes des grandes villes dans une proportion de plus en plus effrayante, et que l'on peut résumer en trois mots :

Hémorrhagie secondaire ;

Engorgement ou métrite ;

Rétroflexion ou rétroversion.

Voilà le mal qui, par sa fréquence et sa gravité, est un vrai mal social. — Voici le remède que je formule ainsi :

Étant donnée une femme qui vient d'être délivrée d'un enfant, à terme ou non, je faradise immédiatement son utérus pendant trois minutes environ ; je renouvelle cette opération de huit à dix fois pendant six jours en moyenne, après un accouchement à terme et normal ; de quinze à vingt fois, après une fausse couche ou un accouchement laborieux, pendant dix à quinze jours en moyenne.

Que fais-je ainsi, messieurs, et comment justifier physiologiquement cette méthode ? — Rien n'est plus simple :

Je sollicite l'involution utérine, je l'accélère et je la termine sûrement ; je ne permets pas à l'utérus de s'arrêter ou de faire une halte dans la marche de son retrait.

A l'inertie utérine, à la stase ou à la congestion sanguine qui se manifestent si fréquemment dans l'état puerpéral, je réponds par la stimulation faradique. *Je combats ainsi l'inertie, si elle existe, et la préviens dans les autres cas.*

J'augmente par le jeu des parois vasculaires le débit artériel et veineux, luttant ainsi contre la congestion, ou mieux la stase veineuse, premier facteur de toute hémorrhagie secondaire et de tout engorgement ultérieur.

Par une contraction immédiate et puissante imprimée à l'utérus, je lui restitue d'emblée sa place et sa direction normales, sans lui laisser le temps de s'infléchir ou de se dévier.

La faradisation est donc pour moi l'adjuvant, ou le complément de la nature qui en a si souvent besoin.

— Voilà ce que la théorie avait inspiré.

— Voici ce que la clinique a répondu :

Les femmes se portent immédiatement mieux ;

Leur convalescence est plus rapide ;

L'involution utérine est considérablement accélérée.

Depuis deux ans et demi, j'ai suivi pas à pas l'évolution de la santé de la plupart de mes accouchées, et j'ai pu ainsi constater chez toutes celles que j'ai soignées complètement :

Qu'aucune n'a eu d'hémorrhagie post-puerpérale ;

Qu'aucune n'est actuellement atteinte d'engorgement ou de métrite ;

Et qu'elles n'ont pas de rétroflexion ou rétroversion.

Mon observation actuelle porte sur 40 cas qui comprennent couches et fausses-couches et une grande partie d'accouchements laborieux. J'ai fait près de six cents faradisations de l'utérus à l'état puerpéral ; aussi, sans témérité, je crois pouvoir conclure :

1° *Que la faradisation de l'utérus est toujours absolument inoffensive ;*

2° *Qu'elle restaure la femme le plus promptement possible, et assure son avenir utérin, exerçant ainsi une action prophylactique des plus justifiées, qui doit avoir un retentissement salutaire sur les causes si fréquentes de la stérilité.*

En finissant, messieurs, si je devais d'un mot résumer ma communication tout entière, je lui donnerais cette formule :

L'électricité passe, aux yeux de la plupart des médecins, pour un médicament *excitant, convulsivant, phlogistique*, dont il faut se méfier et craindre la réaction inflammatoire. Hé bien, c'est absolument tout le contraire qu'il faut dire :

La faradisation bien appliquée est un *calmant, un sédatif* et un *antiphlogistique* dont je ne saurais trop vous conseiller l'emploi.

Voilà, messieurs, ce que j'ai vu, et j'ose espérer que ces observations ébauchées, confiées à vos lumières et à vos recherches nouvelles, ne tarderont pas à porter leurs fruits.

REVUES CLINIQUES

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

LEÇON DE M. MAGNAN

Du délire de la persécution. — Je vais vous présenter aujourd'hui plusieurs malades, hommes et femmes atteints, à des degrés différents, du délire de la persécution.

Celui que vous allez voir tout d'abord est un homme, déjà d'un certain âge, qui en est arrivé aujourd'hui à la troisième période, ou période d'évolution, à celle que je considère comme à peu près incurable. Les premières manifestations du trouble mental auquel il est en proie remontent, comme il le dit lui-même, à quatorze ou quinze ans environ.

Il fut d'abord, et pendant un assez long temps, en proie à des taquineries de la part de son concierge, puis d'une fille publique qui demeurait en face de chez lui; ces taquineries se changèrent peu à peu en véritables vexations, qui se généralisèrent pour faire place bientôt à des injures. Il resta pendant deux années indécis de savoir s'il se plaindrait ou non, sa femme l'assurant tout d'abord que ces taquineries étaient purement chimériques, et le détournant d'y répondre soit directement, soit par une plainte portée devant la justice. Enfin, cette idée d'une persécution se généralisant de plus en plus la maladie qui, jusqu'alors en était à sa première période ou période d'incubation, entra dans celle de systématisation ou seconde phase.

Ici ce ne sont plus seulement quelques personnes déterminées qui lui en veulent et le poursuivent — M. X. ou M. Y. — mais c'est tout un corps particulier, tout une société, la franc-maçonnerie. Pourquoi? c'est ce qu'il lui est impossible d'expliquer autrement que par le fait que son concierge, son premier persécuteur, étant franc-maçon, toute la corporation doit soutenir celui-ci dans la lutte qu'il a entreprise contre lui.

Son délire s'accroît davantage et notre malade commence à écrire au parquet, au commissaire de police, dont il réclame l'aide, ne voulant pas, dit-il, se faire justice lui-même, ne voulant répondre, ni par d'autres injures, ni par des coups, mais comptant sur son bon droit. En même temps les conceptions de l'esprit prennent une tournure ambitieuse, et cet homme

Septembre, T. II, 1881.

39

songe à quelque invention nouvelle, puis il s'occupe de politique, il écrit au chef de l'État pour lui faire part de certaines idées sur le suffrage universel, mais là encore il trouve des obstacles, des ennemis qui l'empêchent d'être écouté ; il s'adresse aux ministres et aux assemblées, leur envoyant mémoires sur mémoires touchant la paix perpétuelle, la transformation des divers États de l'Europe, etc., érigeant alors ses pensées en un véritable système politique, le seul qui puisse rendre, dit-il, la paix universelle, etc., etc.

C'est alors que cet homme entre dans la troisième période ou période d'évolution du délire, caractérisée aussi par l'apparition des idées ambitieuses.

Ainsi cet homme obsédé par la pensée fixe d'une persécution organisée contre lui, lutte cependant contre toute idée de se faire justice, de frapper ou d'injurier à son tour ses persécuteurs, bien qu'un long temps se soit écoulé depuis ses premières plaintes adressées aux autorités judiciaires de son pays.

J'insiste là-dessus parce que ces délirants sont assez rares, et que d'habitude ils cherchent à frapper leurs prétendus ennemis ; d'habitude aussi ils désignent ceux-ci, dès le début, par le terme vague de *on*, *on* me fait ceci, *on* me fait cela, ce n'est que plus tard que le *on* diffus se localise en M. X. ou Z.

Il y a donc chez notre malade un phénomène inverse, puisque dès le principe il détermine ses premiers persécuteurs, et que ce n'est que beaucoup plus tard et après de nombreux tâtonnements, après beaucoup d'hésitation, comme il le dit, que X devient *on*.

Enfin actuellement, il en est aux idées ambitieuses, lesquelles vont peu à peu se circonscrire ; il ne lui restera plus que deux ou trois faits, peu à peu il se rabougrira, et deviendra tout à fait incurable avec son fond délirant. Telle sera la marche du trouble mental dont il est atteint, et la seule chance que nous puissions avoir, en raison même de sa persistance à ne pas vouloir se faire justice lui-même, c'est qu'il reste assez calme pour vivre en société.

L'affection mentale de ce malade présente encore ce phénomène curieux, que sa femme, dont l'intelligence était des plus lucides au début et qui pendant longtemps s'efforçait de détourner son mari de toute pensée de persécution, a peu à peu épousé ses idées, finissant par croire, elle aussi, à une véritable persécution organisée contre lui, et devenant ainsi comme une sorte de miroir réfléchissant son délire.

Mais heureusement pour elle, par le séjour de cet homme dans nos salles, elle est actuellement séparée de son mari, et le délire par contact disparaîtra assez vite. Cependant, chez elle, l'affection pour son mari l'emporte sur nos conseils, et malgré nous, je puis le dire, elle vient encore le voir jusqu'à deux fois par semaine.

Elle guérira donc *très probablement* d'elle-même, mais elle guérirait *sûrement*, si elle consentait à espacer davantage ses visites, d'autant plus qu'elle n'a aucun antécédent héréditaire.

Quant à son mari, c'est tout autre chose, et mon pronostic est des plus graves.

2^e observation. — Si autrefois, à une époque où l'instruction était moins répandue qu'aujourd'hui, chez les délirants du genre de ceux que je vous montre en ce moment, l'idée de la persécution par des sorciers était la plus fréquente, aujourd'hui il n'en est plus ainsi, et ces sorciers sont remplacés par les inventions nouvelles dues, soit à la chimie, soit à la physique, et notamment à l'électricité.

Le malade que vous allez voir en est un exemple frappant, et lui-même aux premiers mots qu'il prononcera nous édifiera complètement à cet égard, en effet, il va vous dire de suite qu'il est *phonographié*.

C'est un étudiant en pharmacie, venu à Paris il y a quatre ans, dans des conditions de vie assez difficiles, et chez qui la misère n'a certainement pas été étrangère au développement de son délire.

Les premières manifestations en remontent, dit-il, à l'année 1878, c'est à cette époque qu'il a commencé à s'apercevoir que sa vue soulevait le mécontentement, qu'à son approche on affectait du mépris, que l'on disait des mots à double entente, mots qu'il n'entendait pas toujours distinctement, par un peu de surdité de l'oreille droite. La nuit il entendait qu'on l'appelait *petit fou*, enfin il s'est rendu compte qu'il était *phonographié*.

Ainsi une idée me vient, dit-il, et aussitôt je l'entends répétée tout haut parce qu'elle est phonographiée, et des pensées, dont je rougis, sont phonographiées pour que tout le monde en soit témoin. Aussi je ne puis plus rien cacher. J'ai cru, ajoute-t-il, à un fil souterrain quand j'ai vu que mes pensées les plus secrètes étaient phonographiées, mais, je sais bien que je suis moi-même mon phonographe, surtout pour les choses qui me sont le plus désagréables.

De si loin qu'on me voit on m'entend, alors même que je ne m'entends pas encore, et on m'empêche d'avancer dans la rue, on me barre le passage, n'importe où je me trouve. En chemin de fer on me regarde de travers, on chuchote parce qu'on me croit sous le coup de la répression pour un crime. On sait qu'il y a en France un homme phonographié, et cet homme, c'est moi, aussi j'ai vu des expressions de physionomie terribles.

Ce malade, contrairement au précédent, a quelquefois injurié ses prétendus persécuteurs, sans cependant les frapper; à maintes reprises il a eu des idées de suicide par le poison, tant, dit-il, l'existence lui est intolérable.

Ce malade, comme vous le voyez, a dépassé la première période, celle de l'incubation, pour arriver à la seconde période de systématisation, laquelle, chez lui, est caractérisée par l'idée délirante de phonographie. Point d'idées ambitieuses jusqu'à présent, aussi notre pronostic nous paraît-il devoir être plus favorable, et nous est-il permis d'espérer une guérison, bien que, dans ces cas même, celles-ci soient peu nombreuses.

La marche du délire peut, en effet, s'arrêter, parce que ce jeune homme cherche à lutter contre ses hallucinations, contre ses troubles sensoriels. De plus, il n'a aucun antécédent héréditaire.

Le traitement suivant peut donc avoir quelque efficacité, et c'est celui que je compte employer : d'abord une vie calme et des plus régulières, ainsi qu'une excellente hygiène; puis le bromure de potassium qui donne souvent de bons résultats, des bains tièdes d'une durée d'une heure à une heure et demie, deux fois par semaine; enfin, lorsque nous verrons les hallucinations diminuer et tendre à disparaître, comme je l'espère, je lui ordonnerai un traitement hydrothérapique, ainsi que l'arsenic à l'intérieur.

3^e et 4^e observations. — Les deux malades suivants sont deux épileptiques dont les attaques sont suivies d'un délire à forme mystique, accompagné d'idées de persécution et de pensées ambitieuses. Tous deux sont inconscients de leur délire et n'en conservent aucun souvenir.

Chez l'un d'eux la maladie est survenue à la suite d'excès alcooliques; les attaques, dont il sent très bien l'approche, reviennent généralement tous les trois ou quatre mois.

Chez l'autre, d'aspect plus mélancolique, les premières crises épileptiques remontent à l'année 1871, mais ses hallucinations

ne datent que de 1874; et lorsqu'on l'a amené à l'hospice, son délire le portait à croire qu'on allait lui ouvrir le crâne et l'enterrer.

Il prétend ne jamais s'être livré à aucun excès de boisson, ce qui peut être vrai, tandis que pour l'autre épileptique ces excès sont parfaitement avérés.

J'ai mis ces deux malades au bromure de potassium à la dose de 6 à 7 grammes par jour.

5^e observation. — Ici j'ai affaire à un délirant alcoolique avec hallucinations et accidents subaigus.

Actuellement, le délire n'existe plus qu'au moment où il commence à s'endormir, il est alors réveillé en sursaut par des visions agréables d'abord, qui bientôt font place à des idées ambitieuses, lesquelles à leur tour deviennent des plus pénibles, et se terminent par une sorte d'état mélancolique.

Chez lui on ne remarque aucun trouble de la motilité, mais un affaiblissement général et progressif, sans prédominance d'aucun côté; il est analgésique et anesthésique; ainsi toute la partie antérieure de la langue est anesthésiée, tandis que le V lingual a conservé à peu près intacte la sensation du goût, de même le sens de l'olfaction perd peu à peu de sa puissance.

Il a déjà cherché une fois à se suicider, en se pratiquant au cou deux petites incisions qui ont à peine effleuré le derme.

6^e et 7^e observations. — Les deux derniers malades que je veux vous montrer afin de vous donner une série complète, sont deux femmes, atteintes toutes deux également du délire de la persécution.

La première, mariée, âgée de 32 ans, est poursuivie par des remords d'une conduite un peu légère, dit-elle, à laquelle elle doit d'être injuriée de toutes façons, dans la rue, par une foule de gens qu'elle ne connaît pas; elle est constamment en butte aux persécutions d'ennemis imaginaires; elle a eu quelques idées de suicide.

Son délire, beaucoup plus diffus et général que localisé, permet d'émettre un pronostic favorable, et une assez prompte guérison, dans l'espace de quelques mois.

Quant à l'autre malade, autant la précédente est mélancolique, autant elle est constamment surexcitée, l'injure et la menace à la bouche, je suis même obligé de prendre quelques précautions. Ce sont toujours les mêmes prodromes, cette même période d'incubation, suivie de la systématisation, ca-

ractérisée chez elle par des persécutions et l'idée d'une détention illégale, pour l'empêcher de gagner un procès.

Tels sont les différents cas de délirants persécutés que je voulais vous montrer, en leur faisant raconter devant vous leur propre histoire, me bornant à la compléter par le récit des faits dont ils sont inconscients ou dont ils ont perdu le souvenir, délirants enfin dont j'ai divisé, comme je vous l'ai dit en commençant cette leçon, la marche des phénomènes sensoriels en trois périodes : période d'incubation ou d'incertitude, période de systématisation et période d'évolution.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Sur l'opération césarienne.

SOMMAIRE : I. — VENN. De l'accouchement après la mort de la mère. *Centralblatt für Gynæk.* P. 100, 1881. — II. MANN (Buda-Pesth). Sur le traitement de la rupture utérine par le drainage. *Centralblatt für Gynæk.* N° 16, 1881. — III. HECKER (Munich). Sur un cas de rupture spontanée complète, etc. (Voyez le numéro du 17 septembre 1881.) — IV. FORNARI. Extirpation de la matrice dans le cas de rupture utérine. *Il Raccoglitore med.*, n° 12 et 13, 1881. — V. HALBERTSMA. Du diagnostic du siège du placenta par la ponction exploratrice. *Centralblatt für Gynæk.* N° 5, 1881. — VI. SANGER. (Leipzig). Un heureux cas de section césarienne par l'ancienne méthode avec présentation de l'opérée. *Gesellschaft für Geburtshilfe in Leipzig*, 20 décembre 1880. — VII. COHNSTEIN (Heidelberg). De l'opération césarienne. *Centralblatt für Gynæk.*, 11 juin 1881. — VIII. ZWEIFEL (Erlangen). Sur la méthode de Porro. *Arch. für Gynæk.* Tome XVIII, P. 356. — IX. BAEISKY. (Prague). Un nouveau cas d'opération césarienne d'après la méthode de Porro avec issue heureuse pour la mère et l'enfant. *Centralblatt für Gynæk.* P. 228, 1881. — X. LEVIS (Bonn). Sur la statistique de l'opération césarienne avec excision du corps de l'utérus. *Centralblatt für Gynæk.* P. 193, 1881. — XI. SIMPSON. (Edimbourg). Remarques cliniques sur un cas d'opération de Porro. *Brit. Med. Journ.* 1881, 11 juin. — XII. TIBONE. (Turin). Sur l'opération de Porro. *Annali di Obst.*, février 1881.

On sait quel brillant accueil a reçu, dès sa naissance, la transformation radicale apportée par le professeur Porro à l'opération césarienne.

Dès le début, il semblait que tous les chirurgiens étaient d'accord pour abandonner à tout jamais les anciens procédés. Aujourd'hui, il se produit, à son égard, un certain mouvement non pas de défiance, mais tout au moins de circonspection ; on cherche à bien déterminer ses indications, à perfectionner son manuel opératoire ; en un mot, les accoucheurs semblent en ce moment se livrer à un véritable travail de critique sur ce sujet.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de placer sous les yeux de nos lecteurs, les résumés des principaux mémoires publiés sur ce point depuis le commencement de l'année 1881.

I. — Le mémoire de Wenn s'appuie sur un fait qui présente un grand intérêt pratique.

Une femme succombe à une affection aiguë, qui paraît avoir été une méningite.

Au moment de la mort, la dilatation du col de l'utérus était peu marquée car on pouvait seulement introduire deux doigts dans le canal cervical.

On fait l'accouchement forcé. On doit employer une très grande force pour extraire la tête. L'enfant naît en état de mort apparente; après des efforts qui ont duré une demi-heure il est rappelé à la vie, mais il succombe au bout de 24 heures.

A l'autopsie de la mère, on trouve une grande déchirure du côté du cul-de-sac droit, déchirure ayant 16 centimètres de long, s'étendant sur une longueur de 10 centimètres sur l'utérus et de 0,06 centimètres sur le vagin. Le diamètre conjugué vrai du détroit supérieur mesurait 10 centimètres $\frac{3}{4}$.

L'auteur pense que l'on aurait sauvé l'enfant si on avait fait l'opération césarienne. Pour lui, *à moins que la tête ne soit assez profondément engagée pour qu'il suffise d'appliquer le forceps, il faut avoir recours à l'opération césarienne.*

Cette observation mérite d'attirer l'attention des praticiens car elle montre que, après la mort, il n'est pas toujours aussi facile qu'on le croit, de briser la résistance opposée par le col de l'utérus, et le médecin ne doit pas toujours préférer de parti pris l'accouchement forcé *post mortem*, à l'opération césarienne *post mortem*. Car en se plaçant au point de vue des intérêts de l'enfant, il ira souvent plus vite en faisant l'opération césarienne et par conséquent, il aura plus de chances de sauver ce dernier.

Au point de vue de la mère, beaucoup d'auteurs pensent qu'on doit préférer faire l'accouchement forcé parce que l'on produit ainsi moins de délabrements et que dans le cas où la mère ne serait pas morte, on l'exposerait à moins de dangers. C'est là un raisonnement qui ne saurait être soutenu que par *des gens du monde*. — Un médecin, sauf des cas très exceptionnels, pourra toujours affirmer le décès — (car nous ne parlons pas ici de l'accouchement forcé pendant l'agonie). Mais en supposant même que l'on ait à ménager la mère, on risquerait de produire une déchirure semblable à celle observée par Wenn,

et alors pour être logique, il faudrait soit appliquer un drain, soit pour suivre la méthode généralement acceptée dans ce cas, faire l'ablation de l'utérus.

Au point de vue de l'opérateur, il ne s'expose pas à un échec en faisant l'opération césarienne, tandis qu'en faisant l'accouchement prématuré il peut risquer de ne pouvoir terminer son opération et d'être obligé d'avoir recours en dernier lieu à l'opération césarienne.

Donc, dans les cas où on présume que l'on rencontrera quelque difficulté, soit par suite de vices de conformation du bassin, ou du fœtus, soit par suite de dilatation insuffisante du col, étant donné que l'on agit exclusivement dans l'intérêt de l'enfant, il faudra faire l'opération césarienne, c'est-à-dire l'opération la plus courte et la plus sûre; si la tête était fortement engagée, qu'on n'eût plus qu'à la cueillir avec le forceps, il faudrait préférer cette dernière opération qui serait alors la plus courte.

L'accouchement forcé *post mortem* ne nous paraît en dehors de ce cas, n'être applicable de parti pris, que si le médecin est appelé à l'improviste, s'il manque des instruments nécessaires, si enfin pour une circonstance quelconque il existait des *impedimenta* à l'opération césarienne.

Nous avons déjà analysé dans le numéro du 10 septembre 1881, une note de Hecker de Munich qui, dans le cas de rupture utérine, pensait que le drainage pur et simple du péritoine était préférable à l'opération césarienne.

Nous croyons devoir résumer ici deux mémoires ayant trait à ce point qui est encore à l'étude.

II. — Il s'agit d'une femme de 24 ans, qui est enceinte pour la deuxième fois. Lors de sa première grossesse on dut pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, au bout de la 34^e semaine. Les suites de couches furent normales.

Cette malade redevient enceinte, on provoque l'accouchement, en introduisant une sonde dans la cavité utérine. L'accouchement tarde, on se décide à intervenir en faisant la version avant que la dilatation soit complète. Il se produit une déchirure de l'utérus.

On pratique alors le drainage du péritoine, on fait des lavages avec des liquides antiseptiques, la malade était guérie au 30^e jour.

III. — L'auteur rapporte un cas dans lequel à la suite d'une

rupture utérine, les intestins étaient venus faire irruption dans la cavité utérine.

On fit l'extirpation de l'utérus. La malade, âgée de 27 ans, succomba au bout de 31 heures.

Il faut reconnaître que dans ce cas, les délabrements produits étaient tels que la mort devait être considérée comme fatale.

Si on ne jugeait que par ces observations il y aurait lieu de penser qu'il y a lieu de modifier les idées que nous nous faisons actuellement du traitement de la rupture utérine et la proposition de Hecker semblerait être complètement justifiée. Mais, il vaut mieux pour le moment recueillir les faits qui peuvent être publiés. L'avenir montrera dans quels cas il faut préférer l'une de ces méthodes qui, toutes deux peuvent rendre des services lorsqu'elles sont bien indiquées et *surtout bien appliquées*.

IV. — L'auteur consacre cette petite note à l'étude d'un point de détail du manuel opératoire de l'opération de Porro. Il est très important de savoir, avant de porter le bistouri sur l'utérus, si le placenta ne s'insère pas sur la paroi antérieure de cet organe, car s'il en était ainsi et si l'on portait l'instrument à ce niveau, les dangers augmenteraient, et le pronostic de l'opération deviendrait très défavorable.

Dans un cas où l'auteur faisait l'opération, il a pu, en pratiquant une ponction de l'utérus, voir que le placenta s'insérait sur la paroi antérieure de l'utérus et que la surface d'insertion s'étendait plus sur le côté droit que sur le côté gauche. Avant de sectionner la paroi utérine, il a fait en conséquence tourner l'utérus suivant son axe en allant de gauche à droite, et il a pu ainsi sectionner la paroi de l'organe en évitant le placenta.

L'auteur est convaincu que si on ne craignait pas de rencontrer le placenta, le champ de l'opération césarienne serait bien plus large qu'il ne l'est.

Ajoutons enfin que l'auteur montre qu'outre ce but principal, la ponction présente encore d'autres avantages, tels que la diminution du volume de l'utérus qui devient plus facile à enlever, la contraction utérine, d'où une diminution dans la quantité de sang qui s'écoule, etc.

Ce travail mérite d'attirer l'attention ; on a déjà, dans un certain nombre de cas, fait la ponction de l'utérus avant de tirer l'organe au dehors pour l'exciser. IL SEMBLE que les chi-

rurgiens se soient bien trouvés de ce procédé. C'est tout ce que nous en pouvons dire maintenant.

V. — L'auteur rapporte un cas dans lequel il y avait des tumeurs fibreuses du col ; l'accouchement ne pouvant se faire, on dut se résoudre à pratiquer l'opération césarienne. On fit l'opération d'après l'ancienne méthode, on appliqua cinq sutures sur l'utérus. La malade guérit.

La tumeur qui avait pris pendant la grossesse un énorme développement a diminué beaucoup de volume (environ des deux tiers) depuis l'accouchement.

L'auteur rappelle que M. Tarnier a, dans un cas semblable, fait une opération de Porro, et que l'issue n'a pas été favorable. Pour Säger, avec la méthode antiseptique, l'ancienne opération césarienne peut être entreprise aussi bien que l'opération de Porro. *« La vieille section césarienne est à améliorer, mais non à supprimer radicalement. Pour des cas comme le précédent, elle reste la seule méthode pratique. »*

L'observation de M. Säger est des plus intéressantes et mérite d'être lue et méditée avec soin. En effet, il est mauvais de vouloir rejeter de parti pris l'ancienne section césarienne, qui peut rendre des services dans les cas où, comme dans celui-ci, un corps fibreux siégeant plus ou moins près du col, devra être énucléé pour que l'on puisse avoir un pédicule étroit, ou devra être sectionné en partie, si l'énucléation est impossible. C'est là une opération qui est toujours longue et difficile, après laquelle on ne peut jamais être certain d'être à l'abri d'une hémorrhagie consécutive, tandis que si la paroi utérine au niveau du corps, présente une épaisseur et une constitution normales, l'opération sera plus simple et moins sujette à des complications ultérieures si on pratique l'opération césarienne.

Dans ce cas, cette méthode doit être préférée, non pas parce qu'elle est meilleure, d'une manière absolue et générale, mais seulement parce que dans le cas particulier, elle présente des avantages relatifs,

VI. — Voici le résumé du mémoire de Cohnstein : Il se fait en ce moment une réaction contre l'opération de Porro. Depuis quelques années, la méthode antiseptique est appliquée avec une sévérité de plus en plus grande, et l'opération de Porro a été faite souvent, tandis que l'opération césarienne a été pratiquée plus rarement.

Or les statistiques nous montrent que les opérations de

Porro faites par des chirurgiens qui appliquaient dans toute leur sévérité les principes de la méthode antiseptique, n'ont pas été suivies de résultats meilleurs que ceux que l'on obtenait avec les anciennes méthodes.

D'après l'auteur, si les résultats obtenus avec l'opération césarienne ne sont pas plus mauvais que ceux donnés par l'opération de Porro, la première opération doit être préférée, car l'utérus n'étant pas enlevé, des grossesses ultérieures sont encore possibles.

Il n'ignore pas du reste que l'on a regardé comme un avantage d'enlever l'utérus et de s'opposer ainsi à l'apparition de grossesses ultérieures.

Enfin l'opération de Porro ne doit pas être considérée comme une opération définitive, mais bien comme une opération de transition, en attendant que, par le fait d'améliorations successives, la prognase de l'opération césarienne soit devenue meilleure.

Or, les principales améliorations paraissent être, d'après Cohnstein : « 1° la matrice doit être tirée au dehors avant toute incision ; 2° l'incision doit être faite sur la face postérieure de l'organe ; 3° il faut drainer le repli de Douglas. »

1° On doit tirer l'utérus en dehors de la cavité abdominale en suivant la méthode que Muller, Litzmann, Vert, Zweifel, ont mise en pratique pour l'opération de Porro, on peut ainsi faire facilement la compression de l'aorte et conjurer l'hémorrhagie, qui se fait pendant l'incision de la paroi utérine.

2° La suture utérine n'a pas une grande valeur ; c'est la contraction utérine qui ferme le mieux la plaie utérine ; aussi est-il préférable de faire l'incision sur la paroi postérieure de l'utérus, parce qu'en ce point les fibres musculaires sont en plus grande abondance qu'au niveau de la paroi antérieure. En agissant ainsi, on utiliserait les contractions les plus fortes de l'utérus. De plus, les bords de la plaie se laissent appliquer facilement l'un contre l'autre. Enfin, l'utérus étant en antéflexion normale, les vaisseaux sur cette paroi sont soumis à une moins grande compression ; leur diamètre est donc plus grand, d'où une hémorrhagie plus abondante ;

3° Le drainage permet l'écoulement facile de toutes les matières suppurées, si la paroi postérieure de l'utérus a été incisée.

On le voit, il y a bien des choses curieuses dans le mémoire de Cohnstein. Quelle est la valeur réelle des modifications qu'il

propose? Nous pensons qu'il est impossible de formuler la moindre conclusion, nous réservant d'attendre que l'auteur lui-même ait appliqué sa méthode qui nous a semblé présenter assez de points originaux pour que nous la fassions connaître à nos lecteurs.

VII. — Zweifel a cherché, en faisant quelques opérations, à déterminer la valeur réelle de l'opération de Porro.

Son mémoire comprend deux parties. Dans la première, il s'occupe des différentes statistiques qui ont été publiées sur l'opération césarienne et sur l'opération de Porro. Dans la seconde partie, il rapporte quelques observations personnelles.

Nous n'attacherons aucune importance aux conclusions données par l'auteur et qui ne reposent que sur deux observations, c'est-à-dire sur un nombre beaucoup trop restreint, nous bornant à reproduire les chiffres des statistiques qu'il publie.

D'après Michaélis, la mortalité, dans le cas d'opération césarienne, est de 54 0/0.

D'après Kayser, sur 117 cas dont l'observation a été publiée et qui ont été opérés d'après l'ancienne méthode, de 1750 à 1800, il y eut 80 morts, soit 68 0/0; sur 148 cas, d'après la méthode de 1801 à 1832, il y eut 94 morts, soit 63 0/0; sur 73 cas, d'après la méthode de 1833 à 1839, il y eut 49 0/0 morts.

Schröder rapporte, d'après Mayer, que sur 1,695 opérées, 867 moururent, soit 64 0/0.

Tels sont les chiffres concernant l'opération césarienne. En ce qui touche l'opération de Porro, voici ceux donnés par l'auteur :

D'après une statistique allant jusqu'en 1881, la mortalité s'élèverait à 58. 0/0.

En s'appuyant seulement sur ces statistiques, on ne pourrait donc pas affirmer que l'opération césarienne a donné jusqu'ici de moins bons résultats que l'opération de Porro. De plus, considération qui a son importance, la méthode de Porro est née en même temps que paraissaient les premières applications scientifiques de la méthode antiseptique; il n'y a pas à douter que les résultats obtenus n'aient été encore rendus meilleurs par suite de cet heureux concours de circonstances, et on ne sait pas *« quelles suites aurait la vieille opération césarienne appliquée avec la méthode antiseptique »*.

Nous arrêterons ici l'analyse du mémoire de Zweifel, dont

la seconde partie présente peu d'intérêt; nous pensons que l'examen des statistiques précédentes mérite d'être fait avec quelque attention.

VIII. — Le mémoire de Breisky est destiné à faire connaître l'heureux résultat d'une opération de Porro. Nous ne dirons rien de l'observation qui est des plus intéressantes et des plus complètes, nous nous bornerons à insister seulement sur les remarques dont le professeur de Prague la fait suivre. Tout d'abord, l'auteur conseille avec insistance de tirer l'utérus hors de la cavité abdominale avant de l'ouvrir. On pourra prévenir avec une sécurité assez grande l'hémorrhagie qui pourrait se produire en appliquant un serre-nœud au-dessus des insertions vaginales du col après que l'organe a été tiré au dehors de la cavité abdominale et avant qu'on ait pratiqué la moindre incision.

M. Breisky fait une remarque qui nous paraît bien juste à propos de la bataille à coups de statistiques à laquelle on se livre maintenant. En effet les statistiques, outre les causes d'erreur provenant de la variété des cas que l'on observe, sont rendues encore plus vicieuses parce qu'elles ont trait à des quantités d'opérations fort inégales. C'est ainsi que jusqu'à présent l'opération de Porro a été faite un nombre très restreint de fois relativement à l'opération césarienne. Par suite, un seul cas présente dans les statistiques sur l'opération de Porro une importance beaucoup plus grande que dans celles qui se rapportent à l'opération césarienne.

Enfin, ajoute l'auteur, on ne doit pas oublier qu'avec l'opération de Porro on n'a pas à se préoccuper de la manière dont doit être faite la suture utérine. Or, on sait que jusqu'à présent on n'a pas encore trouvé un seul procédé de suture utérine qui puisse être regardé comme étant à l'abri de toute critique.

IX. — L'observation qui est l'occasion de la communication de M. Levis est intéressante à consulter.

Après quelques mots de discussion, à propos d'une interprétation fautive qui avait été donnée à une communication antérieure de M. Veit sur l'opération de Porro, l'auteur rapporte une nouvelle opération faite par ce dernier. L'opérateur, avant de sectionner l'utérus a tiré l'organe hors de la cavité abdominale et l'a rendu exsangue en appliquant sur lui une bande d'Esmarch. Il note que l'extraction de l'utérus hors de la cavité abdominale a été particulièrement difficile.

L'opération a réussi.

X. — L'opération de Porro à laquelle a trait le mémoire de Simpson a été suivie de mauvais résultats, bien qu'elle eût été entreprise dans les meilleures conditions.

On trouvera dans ce mémoire une statistique de 74 opérations de Porro avec leurs particularités et leurs résultats. Cette partie du mémoire de Simpson sera consultée avec fruit.

XI. — Ce mémoire se rapporte à une opération de Porro, suivie de mauvais résultats.

La femme atteinte de bassin ostéomalacique était dans les plus mauvaises conditions au moment où elle fut apportée à la Maternité de Turin, car on avait déjà fait plusieurs tentatives infructueuses d'accouchement par les voies naturelles. A l'autopsie : péritonite généralisée, hématome sous-séreux dans la fosse iliaque gauche, partant d'une déchirure du col de l'utérus.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 20 septembre.

Présidence de M. LEGUEST.

M. Peyrusson, de Limoges, ayant lu dans les comptes rendus de l'Académie, qu'il était question d'une substance volatile, qui propage à distance les maladies infectieuses, en se portant d'un organisme sur l'autre, s'étonne qu'on n'ait pas encore supprimé la *contagion volatile*, puisque, dit-il, on connaît d'assez longue date un éther, l'éther nitreux, qui détruit sûrement tous les miasmes.

Renvoyé à M. Bouley. L'éther nitreux est un excellent désinfectant et serait au moins aussi commode à employer que la vaccination.

M. Dartigues, de Pujol (Gironde), informe l'Académie qu'il a institué un nouveau traitement de la rage, qui lui a donné, paraît-il, des résultats très remarquables. Qu'on en juge : il a réussi dans deux cas à sauver des personnes mordues par des chiens certainement enragés ; chez ces personnes il semble bien que les symptômes rabiques s'étaient déjà manifestés. Dans un troisième cas, le traitement a été plutôt préventif : on n'était pas parfaitement sûr que la morsure fût celle d'un chien enragé ; quoi qu'il en soit, la personne traitée,

une jeune fille de huit ans, n'a éprouvé ultérieurement aucun accident.

Ces faits sont peu nombreux; ils ne sauraient, pensons-nous, constituer une démonstration et donner au traitement le caractère d'une chose acquise à la science. Mais, en admettant que l'hydrophobie ait été sûrement constatée chez les chiens dont il s'agit, ces faits peuvent être considérés comme une très précieuse indication pour des recherches ultérieures.

En nous exprimant de la sorte, nous ne songeons point à mettre en doute les précautions et la science de M. Dartigues; mais nous ne pouvons oublier que plus d'une fois on a cru guérir de la rage des gens qui ne l'avaient pas contractée; on a pris souvent pour enragés des chiens qui ne l'étaient pas; enfin, il paraît bien établi par les statistiques qu'environ un tiers des personnes mordues par des chiens enragés ne contractent point la rage.

Le traitement de M. Dartigues consiste à pratiquer, à intervalles rapprochés, sur le malade tenu dans une caisse chauffée, des piqûres à l'aide du sous-nitrate de pilocarpine. On a fait, sans inconvénient, jusqu'à soixante piqûres.

M. Polaillon présente un malade atteint de fracture de la partie inférieure du tibia et du péroné. Avec une grande habileté, M. Polaillon est parvenu, en réséquant des parties d'os à consolider la fracture. Il y a eu raccourcissement du membre et ankylose de l'articulation; mais on a évité l'amputation. Le malade s'appuie sur sa jambe et marche sans éprouver de douleur.

M. Constantin Paul expose le procédé qu'il emploie pour faire disparaître chez les enfants les tumeurs érectiles. Ce procédé, qui lui a réussi plusieurs fois déjà, est le suivant :

On fait, à la surface de la tumeur, de légères scarifications; on attend que l'émission sanguine soit terminée et sur les caillots sanguins qui restent dans les sillons des scarifications on met du vaccin. La cicatrice qui se forme après la pustule remplace le derme léger, transparent de la tumeur par une peau blanche, rétractile qui fait disparaître la tumeur.

M. Marotte. — Vos opérés n'ont-ils pas été incommodés par cette vaccination ?

M. Constantin Paul. — Ils ont eu une fièvre très modérée.

M. Blot. — Notre confrère pose la question en termes, à mon avis, trop vagues. Il y a vingt sortes de tumeurs érectiles : le traitement qui guérit les unes, n'est pas applicable aux autres. Il y en a d'incurables. Je voudrais que notre confrère nous

dise à quelles tumeurs il a eu affaire. Il a pu, à l'aide de la vaccination, guérir, comme je l'ai fait moi-même, des *taches sanguines* ; mais non de véritables tumeurs, d'une épaisseur dépassant la surface du derme environnant de un demi-centimètre ou même d'un centimètre.

En ce qui concerne le procédé de vaccination dans ce cas, je préfère aux scarifications de notre collègue, la méthode qui pratique de légères et nombreuses éraflures de manière à rendre humide et suintante la surface de la tache, sans provoquer le saignement. Alors on fait l'application du vaccin.

M. Gosselin constate que la tumeur de l'enfant présenté par M. Paul n'est pas guérie ; il rappelle qu'Auguste Bérard avait établi une distinction fondamentale entre les tumeurs érectiles cutanées et sous-cutanées, qu'il avait indiqué la vaccination comme un moyen de guérir les premières. Quant aux secondes leur traitement est différent.

M. Blot insiste sur la distinction dont il s'agit. Beaucoup de médecins l'ignorent ; il a reçu, de la part de plusieurs confrères, des enfants atteints de tumeurs veineuses érectiles sous-cutanées ; on les lui adressait pour les traiter par la vaccination, ce qui est irrationnel et impossible.

M. C. Paul. — Je n'ignore pas les différences essentielles que présentent les tumeurs et je n'ai pas prétendu les guérir indistinctement par le même procédé. Je suis convaincu que certaines tumeurs cèdent à la vaccination. Mais, d'autre part, m'appuyant sur les observations que je viens de rapporter, j'estime que la vaccination est applicable aux tumeurs plus profondes, parce qu'elle modifie la superficie de ces taches, la rend plus solide, rétractile et que cette modification dermique prépare efficacement les manœuvres ultérieures qui produiront la guérison.

M. Jules Guérin. — Il est clair, en effet, dans le but que se propose votre confrère, que les sections sous-cutanées auront plus de chances de succès sous la peau cicatricielle de la vaccination.

M. C. Paul. — J'ajouterai que je préfère les scarifications aux éraflures.

M. Blot. — Moi, au contraire.

M. C. Paul. — Et que si M. Blot veut bien, comme moi, pratiquer les deux méthodes, il sera, je l'espère, de mon avis.

M. Gosselin lit un rapport sur un mémoire communiqué,

il y a quelques mois, par M. Perrier, chirurgien des hôpitaux. L'auteur y traite d'un procédé nouveau relatif à la taille sus-pubienne ou hypogastrique. Cette opération, pratiquée au XVIII^e siècle, tomba en discrédit ainsi que la sonde à dard de Frère Côme, malgré les efforts de Subervielle et de Scarpa. On craignait, non sans raison, de blesser le péritoine, et l'ouverture de la cavité abdominale était considérée comme extrêmement périlleuse. C'est un chirurgien étranger, M. Petersen, de Kiew, qui a réhabilité la taille hypogastrique. Mais, il faut le dire bien vite, en l'entourant de soins et de précautions si ingénieux, en y joignant des pratiques si certaines que le procédé est sur le point de faire tomber les derniers scrupules de ses adversaires, et qu'il mérite, suivant la parole de M. Gosselin, d'être vulgarisé.

L'indication dominante à suivre était de trouver un moyen d'éviter le péritoine, lors de l'ouverture de la cavité abdominale. M. Petersen y est parvenu en injectant dans la vessie, de façon à la remplir, 250 grammes d'eau; puis, la poche vésicale, une fois pleine à la projeter en haut et en avant, grâce au pessaire de Gariel introduit dans le rectum et gonflé par l'injection de 520 grammes d'eau; de cette façon, le sac vésical vient s'appliquer sur la paroi abdominale à une distance du pubis de 1 à 5 centimètre, au-dessous du cul-de-sac péri-tonéal. Le bistouri peut dès lors diviser les tissus sans rencontrer le péritoine.

M. Perrier a eu le mérite d'introduire le premier en France la méthode de M. Petersen. Il l'a complétée par des mesures préliminaires et des soins consécutifs, dont l'efficacité n'est pas constatée aussi exactement qu'on le désirerait, mais dont l'innocuité paraît certaine à M. Gosselin. Pour ne parler que des mesures préliminaires, mentionnons pendant trois semaines avant l'opération l'injection quotidienne dans la vessie, d'une substance, la gaulteria, destinée à combattre la cystite et les phénomènes qui en sont la conséquence. Pendant ces vingt jours, M. Perrier administre chaque jour au futur opéré 1 gr. 50 de salicylate de soude, dans le but de prévenir la fermentation putride de l'urine, et l'absorption par la muqueuse vésicale enflammée de matières organiques altérées.

M. Gosselin, dont tous les rapports, véritables modèles de précision, de clarté, de logique et d'heureuse sagacité, sont toujours très bien accueillis, conclut en demandant que M. Perrier

soit félicité et que son mémoire soit renvoyé au comité de publication. (Adopté.)

M. Briquet continue la lecture du mémoire dont l'auteur a bien voulu donner un résumé pour nos lecteurs dans le précédent numéro de la *Revue*.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION IV. — MÉDECINE.

Président : sir William Gull, Bart., M. D., D. C. L., LL. D., F. R. S. — *Vice-Présidents* : Prof. Gairdner, M. D., de Glasgow, Dr George Johnson, F. R. S., Dr Quain, F. R. S., Dr William Roberts, F. R. S., de Manchester. — *Secrétaire* : Dr Dyce Duchworth et Dr W. M. Ord.

Nous sommes dans la section la plus suivie et les organisateurs du Congrès l'ont si bien prévu qu'ils lui ont réservé pour ses séances le local le plus spacieux et le mieux disposé (*The Theatre University of London, Burlington Gardens*). De nombreux savants se pressent cherchant, les uns à faire les communications pour lesquelles ils sont inscrits, les autres à les discuter, ou même à exposer des découvertes qu'ils ont eu le tort de ne pas annoncer d'avance. La plupart de ces derniers, en effet, ne peuvent prendre la parole, le temps du Congrès étant de beaucoup trop insuffisant pour l'analyse des travaux inscrits.

Parmi les assidus de la quatrième section qui se sont contentés d'éclairer les discussions de leur savante autorité et de leur indiscutable science, signalons le professeur Charcot et le professeur Semmola, de Naples. Les questions de pathologie nerveuse à l'ordre du jour sont extrêmement nombreuses; aussi le premier trouve-t-il fréquemment l'occasion d'exposer ses idées particulières et de faire connaître le résultat de ses nombreuses recherches.

Quant au professeur Semmola, délégué officiel de l'Italie au Congrès de Londres, il représente presque seul à la quatrième section le pays qui l'a envoyé. Hâtons-nous d'ajouter qu'il le fait de la façon la plus brillante, et que ses remarques judicieuses, les réflexions qu'il tire de sa grande expérience, sont toujours accueillies avec la bienveillance et les égards dus à un passé scientifique si généralement indiscuté.

On le voit, ce ne sont pas les hommes qui manquent à la section de médecine, et cependant combien peu d'idées nouvelles, de travaux originaux vont être produits dans le cours de ses séances!

C'est que les savants qui la président sont paralysés par l'organisation du Congrès; pressés par les nombreux membres qui, craignant de ne pouvoir placer leur communication, entraînent toutes les discussions générales et en arrêtent immédiatement l'essor.

Combien l'étude de grandes questions imposées d'avance, longuement mûries et discutées, ont donné des résultats plus satisfaisants!

Et cependant la plupart des sujets exposés sont à l'ordre du jour de la séance, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Mais rien de véritablement grand ne se produit; chaque communication, travaillée, vue et revue, sans doute avec le plus grand soin est empreinte de ce caractère d'exclusivisme qui se retrouve dans tous les travaux du même genre.

On nous apprend des faits plus ou moins inconnus. Mais les grandes questions de pathologie générale, de médecine philosophique, qui voudrait, qui oserait en faire l'objet de communications spéciales?

Or, c'est précisément pour ces grandes questions que devraient exister les congrès. Les revues et les journaux suffisent aux travailleurs qui découvrent des faits isolés.

Quoi qu'il en soit de cette appréciation générale sur les productions de la quatrième section, nous devons à la vérité d'ajouter qu'elle a été dirigée avec une activité qui fait le plus grand honneur à son président.

Organisée et inaugurée dès le 3 août, elle commence ses travaux dans la même séance par une discussion sur l'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice. Nous n'avons malheureusement pu assister à cette discussion; mais nous savons que, traitée surtout au point de vue historique et trop rapidement menée, la question demeure tout aussi obscure après qu'avant le Congrès de Londres.

Retenu à la section d'anatomie pathologique, nous n'avons pu également entendre le discours inaugural de M. Gull. Nous en trouvons le compte rendu *in extenso* dans les journaux anglais de la semaine.

Le savant y expose dans un langage remarquablement concis l'état actuel de la médecine. Il est temps, dit-il, de briser avec

les théories nuageuses de nos aînés, et de nous attacher surtout aux faits.

Et les faits, c'est dans le système nerveux que nous devons principalement les rechercher. Là se trouve la cause de toute hyperhémie, de toute inflammation. C'est du système nerveux que dépendent les troubles fonctionnels de l'appareil circulatoire et les désordres de cette étrange maladie d'Addison que trop à la hâte, confondant effet et cause, l'on s'était empressé de rattacher à une lésion des capsules surrénales.

Nous pourrions en dire autant de l'épilepsie. Et pourtant Hippocrate lui-même mettait cette affection sous l'influence de causes surnaturelles.

Passons à une autre catégorie de faits :

C'est dans le système nerveux que nous devons également chercher la cause de l'intensité de certaines fièvres essentielles, les raisons de leur innocuité. Les poisons eux-mêmes et les organismes microscopiques qui en constituent, somme toute, une variété produisent des effets différents suivant le névrosisme du terrain sur lequel ils tombent.

Et M. Gull exposant le rôle pathologique des infiniment petits, s'étend longuement sur cette dernière partie de son discours. Nous nous contentons de l'indiquer, ne voulant pas refaire une question scientifique qui tient déjà tant de place dans nos comptes rendus.

Le président de la quatrième section demande que l'on insiste sur la pathologie du système nerveux. C'est une façon gracieuse, sans doute, de féliciter d'avance, nous allons dire de justifier, les nombreux orateurs inscrits pour communiquer sur des questions de ce département. Tous les points y passent en effet. De la circonvolution à l'extrémité terminale du nerf, les lésions sont analysées.

On va même plus loin puisque l'on étudie le réflexe tendineux, puisque le Dr Robertson, de Glasgow, fait une communication sur la percussion du crâne dans le diagnostic des affections cérébrales.

Nous avons déjà parlé de la discussion sur l'élongation des nerfs. C'est le professeur Brown-Séquard qui le 4 août ouvre la séance par un discours d'introduction sur les « localisations dans les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière au point de vue du diagnostic. » A notre très grande surprise, l'orateur s'exprime en anglais. Nous n'avons pas à rechercher la raison de ce choix, mais le français n'est-il pas la langue

ordinaire de tous les congrès ? Et puis la haute position officielle faite à l'auteur dans notre pays ne l'engage-t-elle pas moralement à en conserver le langage dans une réunion de savants de toutes les parties du monde ?

Quoi qu'il en soit, M. Brown-Séquard demande à la section de discuter les questions suivantes :

« Y a-t-il des parties de l'encéphale et de la moelle épinière qui, étant lésées, donnent lieu à des symptômes qui ne puissent être produits par aucune autre partie de ces centres nerveux ?

Pour lui le symptôme pathognomonique n'existe pas. Cependant il y a des manifestations morbides dont la coexistence établit presque indubitablement, et quelquefois même d'une manière positive que certaines parties sont touchées.

2^e Quelle est la valeur diagnostique que possèdent certains symptômes pour indiquer le siège d'une lésion dans l'encéphale ou dans la moelle épinière ?

Répondre à cette question serait faire toute la pathologie du cerveau. Aussi M. Brown-Séquard se contente-t-il d'en exposer les côtés les plus intéressants. Il établit donc :

(a) Les rapports de l'aphasie avec les processus qui s'attaquent à la troisième circonvolution frontale gauche. Suivant lui cependant ce n'est pas seulement dans cette circonvolution qu'il faudrait rechercher l'origine matérielle du langage articulé ; l'insula de Reil et les deux lobes occipitaux eux-mêmes seraient très souvent préposés à cette fonction.

(b) Les rapports des convulsions jacksonniennes avec les lésions de certaines circonvolutions cérébrales. Nous allons faire de ce second point, à propos d'une autre communication, l'objet d'une étude spéciale.

(c) Les rapports des paralysies brachiales, crurales ou faciales et d'autres monoplégies avec les altérations de certaines circonvolutions.

Eternelle question des localisations cérébrales !

M. Brown-Séquard expose également :

(d) Les relations qui existent entre l'hémianesthésie cérébrale et les lésions de la couche optique ou de la partie postérieure de la capsule interne.

(e) Entre l'hémichorée et les altérations du corps strié ou de la partie antérieure de la capsule interne.

(f) Entre la titubation et les affections du cervelet ou de quelques autres parties de la base de l'encéphale.

Il admet (*g*) que le diabète peut se développer sous l'influence d'une lésion du plancher du quatrième ventricule (*h*), la paralysie labio-glosso-laryngée sous l'influence de processus pathologiques s'attaquant à certains groupes de cellules nerveuses bulbaires.

Il parle enfin (*i*) de l'ataxie locomotrice — (*j*) de la paranesthésie — (*k*) de l'atrophie musculaire progressive — (*l*) de la paralysie infantile — (*m*) enfin de la paraplégie intermittente — dans leurs rapports avec les lésions de certaines parties des cordons postérieurs de la moelle pour l'ataxie — des parties centrales du renflement dorso-lombaire du même organe pour la paranesthésie — avec l'atrophie des cellules nerveuses des cornes grises antérieures de la moelle épinière, pour l'atrophie musculaire progressive — avec de petits foyers d'inflammation des mêmes cellules pour la paralysie infantile — avec l'ischémie du renflement dorso-lombaire enfin pour la paraplégie intermittente.

M. Brown-Séquard a bien compris le but de l'*Introductory Papers*. Il indique les grandes lignes qu'il serait bon de discuter et montre sur quels points les savants devraient spécialement chercher à jeter un peu de lumière. Mais l'orateur a compté sans l'organisation du Congrès, sans les nombreux membres qui attendent avec impatience le moment de placer leurs communications. Aussi laisse-t-on passer presque sans discussion la plupart des idées émises par le savant de Paris. Et cependant, il faut bien le reconnaître, toutes ces idées sont loin d'être universellement admises; quelques-unes même sont contraires à ce que l'on enseigne généralement dans tous les pays, celles que M. Brown-Séquard professe sur l'aphasie, par exemple. Mais il faut marcher, il faut remplir quand même tout le programme de la journée. Les heures sont courtes et les communications nombreuses.

Aussi le savant peut-il à sa troisième question. « Quels gains avons-nous obtenus sur le rapport du diagnostic par les recherches récentes sur les localisations des lésions dans les centres cérébro-spinaux? » répondre, sans être contredit, que si les progrès sont considérables, ils le sont pourtant beaucoup moins qu'on le croit généralement.

Après Brown-Séquard, nous entendons le Dr J. Hughlings-Jackson F. R. S., de Londres, dans une communication sur « les convulsions épileptiformes causées par les affections cérébrales ». puis le docteur F. Müller de Graz, qui expose ses idées sur le

même sujet à propos d'un cas de lésion isolée et circonscrite de la convexité.

Arrêtons-nous donc nous-même, un instant, sur l'épilepsie jacksonnienne et voyons à quelles conclusions sont arrivés les savants de la quatrième section sur ce point intéressant de la pathologie nerveuse.

Tout le monde sait aujourd'hui ce qu'il faut entendre par épilepsie jacksonnienne. Tout le monde distingue cette affection au moins au point de vue pathogénique, de l'épilepsie simple, essentielle comme on l'appelle en l'opposant à la maladie de M. Jackson.

L'épilepsie simple ne dépend d'aucune lésion matérielle constante — l'épilepsie jacksonnienne ou symptomatique au contraire est déterminée par la présence d'une tumeur intra-crânienne.

Mais combien peu de médecins encore connaissent les signes différentiels des deux affections, combien peu, placés en face d'un épileptique, sont capables de poser un diagnostic précis et de reconnaître exactement la nature de la maladie qu'il présente.

Un mot d'abord sur l'historique de la question.

Elle n'est pas aussi moderne que pourrait l'indiquer le nom sous lequel on la connaît généralement aujourd'hui. En 1824, en effet, c'est M. Jackson lui-même qui le proclame. Bravais donne déjà, des convulsions les plus simples, une description exacte. Puis ce point de la pathologie reste dans l'ombre et est remis en lumière d'abord et surtout par les travaux de l'auteur qui donne son nom à l'épilepsie symptomatique, puis par les recherches physiologiques de Hitzig et Ferrier, enfin par les observations cliniques de Charcot, Fournier et d'un grand nombre d'autres observateurs. A ce moment, la question entre dans une nouvelle phase. Frappé de cette découverte d'une épilepsie symptomatique de compressions cérébrales, Lassègue, généralisant la question des convulsions épileptiformes, rejette l'épilepsie essentielle et la déclare sous la dépendance constante d'une malformation crânienne.

Cette malformation qui peut être héréditaire, apparaît généralement, alors, dit le professeur de Paris, dès les premiers temps de l'existence. Dans certains cas, sous l'influence d'un traumatisme souvent inaperçu, elle se développe un peu plus tard, au moment où l'ostéite condensante qu'il détermine présente assez d'intensité pour agir sur la substance cérébrale.

L'épilepsie jacksonnienne, que l'on observe plus tard serait donc de nature différente, mais absolument de même cause.

Brillamment soutenues par le savant spécialiste, exposées encore par lui-même à la section d'aliénation mentale au congrès de Londres, ces idées comptent aujourd'hui beaucoup de partisans.

N'ont-elles pas pour elles, en effet, la sanction de la thérapeutique, et ne voit-on pas le bromure de potassium améliorer également les deux variétés d'épilepsie? Et puis, il y a des faits très nombreux, on peut le dire, observés et rapportés par le professeur Lassègue.

Quoi qu'il en soit, cette dernière opinion n'a pas encore pris dans la science la place qui, sans doute lui appartient, et l'on continue à distinguer l'épilepsie idiopathique, de l'épilepsie symptomatique ou jacksonnienne.

Que la différence des symptômes qui caractérisent les deux affections tienne à l'âge auquel elles se développent, qu'elle doive être rapportée plutôt à la rapidité de l'invasion dans le cas d'épilepsie symptomatique, cette différence n'en existe pas moins, et à ce point de vue le Congrès de Londres a jeté, on peut le dire, un certain jour sur ce chapitre de pathologie spéciale. Nous ne saurions trop nous en féliciter, car la thérapeutique peut en tirer de grands bénéfices. Combien il est important, en effet, au point de vue du traitement de savoir distinguer à temps l'épilepsie symptomatique d'une tumeur syphilitique, essentiellement curable, si l'on intervient assez tôt, de l'épilepsie simple, pour ne pas dire essentielle, devant laquelle, hélas! nous demeurons presque toujours impuissants.

Mais avant d'arriver à l'exposition des caractères différentiels, disons un mot de la symptomatologie de l'épilepsie symptomatique.

Nous copions textuellement en respectant le texte et le résumé donné par M. Jackson lui-même (*Abstracts*, p. 76).

« 1. *Points de départ.* — Dans tous les cas le spasme débute d'un seul côté: (a) à la main, c'est ordinairement par l'index ou le pouce, ou par tous les deux (b); à la face, c'est près de la bouche, ou dans la langue ou dans tous les deux; (c) au pied, c'est par le gros orteil.

« 2. *Variétés.* — Elles sont très nombreuses. On peut arbitrairement faire trois classes: (a) monospasme (bras, face, jambe; analogue en clinique aux monoplégies de Charcot par lésion destructive de l'écorce); (c) hémispasme. 1. De la face,

du bras de la jambe; analogue en clinique aux cas d'hémiplégie cérébrale chronique. 2. De la face, du bras et de la jambe, avec déviation des yeux et de la tête du côté convulsé; analogue en clinique au degré d'hémiplégie cérébrale décrit par Vulpian et Prévost, dans lequel la tête et les yeux regardent le côté paralysé. Dans cette classe, il y a ordinairement du spasme des muscles des deux côtés qui agissent bilatéralement (partie des preuves à l'appui de l'hypothèse bien connue de Broadbent quant à la différence dans la représentation, dans les deux côtés du cerveau, des muscles qui agissent unilatéralement et de ceux qui agissent bilatéralement); (c) l'autre côté du corps ou une partie seulement peut être convulsée. On l'a expliqué différemment, 1. Par les faits d'atrophie de Waller la lésion descendant dans le même côté (colonne antérieure) et dans le côté opposé (colonne latérale) de la moelle. 2. Par l'hypothèse de Broadbent. 3. Par l'envahissement de l'hémisphère cérébral opposé.

» 3. *Marche du spasme.* — Quand il est limité ou presque limité à un bras, le spasme peut descendre dans ce membre, mais d'habitude il va de bas en haut. Si, dans un hémi-spasme, le spasme commence par la main, il va de bas en haut dans le bras et de haut en bas dans la jambe; s'il commence par le pied, il remonte dans la jambe et descend dans le bras; il y a beaucoup d'exceptions. Il y a peu d'observations d'extension du spasme (quand la convulsion est devenue bilatérale) au côté opposé.

» On doit noter que le spasme s'étend suivant un ordre déterminé; cela se voit plus facilement à la face. D'abord spasme des muscles dont les mouvements sont unilatéraux qui entrent en action d'un côté de la face. Bientôt survient l'effet déterminé d'un plus grand spasme de ceux-ci, auquel vient s'ajouter le spasme des muscles des deux côtés dont l'action est bilatérale (nouvelle preuve à l'appui de l'hypothèse de Broadbent) ».

Voici maintenant, d'après MM. Jackson et Müller les signes différentiels qui permettent de distinguer l'épilepsie symptomatique de l'épilepsie simple ou idiopathique.

1^o Dans l'épilepsie simple, on le sait, le malade pousse un cri, devient pâle et perd connaissance. Dans l'épilepsie jacksonnienne rien de semblable; toujours la conscience demeure intacte au début de l'attaque, le patient, assistant en observateur au développement de son mal. Assez souvent l'attaque n'est pas portée jusqu'à la perte de connaissance. Enfin,

lorsqu'on observe celle-ci, ce qui indique un cas déjà grave, elle se manifeste quand les yeux et la tête commencent à regarder le côté convulsé le premier. Il est rare, en effet, que le malade perde connaissance quand la convulsion est limitée à un membre ou même à un côté du corps.

2° On connaît les différentes phases, toniques, cloniques, etc., de l'attaque d'épilepsie idiopathique. Dans l'épilepsie jacksonnienne, l'attaque, — règle générale, — ne consiste que dans les seules convulsions cloniques; les mouvements contractiles étant ordinairement très étendus et commençant toujours dans le même muscle ou dans le même groupe musculaire, l'attaque s'y localise entièrement ou ne s'étend qu'avec lenteur. Au point de vue de son extension Jackson pose les règles suivantes : « Plus le spasme débute soudainement, plus il commence à s'étendre rapidement, plus le degré atteint sera grand et plus la durée de l'accès sera courte (et réciproquement). De là cette déduction que la production de force par la substance corticale varie non seulement en quantité, mais aussi en intensité; les productions les plus rapides surmontent les résistances les plus grandes.

3° Les symptômes paralytiques et oculo-pupillaires — blépharoptose (ptosis), rétrécissement de la pupille sans contracture persistante etc., que l'on n'observe pas dans l'épilepsie essentielle — contribuent, dit le Dr Müller, à former un des caractères ordinaires et très remarquables du tableau clinique.

4° *État après la crise d'épilepsie symptomatique.* — Outre de nombreuses complications, on cite une paralysie ordinairement temporaire, débutant après les convulsions chez un malade qui avant l'accès n'était pas affecté de paralysie. D'après les observations de Jackson, la paralysie siège toujours dans les parties où la convulsion a commencé et où elle a été la plus forte. Elle varie en intensité depuis une simple gêne pour ramasser une épingle jusqu'à l'impuissance complète de la main ou des bras. Elle varie aussi en étendue depuis la paralysie de la main jusqu'à l'hémiplégie (Jules Mickle) avec déviation latérale des yeux et allant probablement plus loin encore.

(A suivre.)

JOUIN,
Interne des Hôpitaux.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

1^{er} Octobre 1881



APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — De l'inoculation préventive et préservative, par M. LEBLANC, membre de l'Académie de médecine (1). — Je n'ai pu assister à la séance du 6 septembre; par suite, il m'a été impossible de demander la parole pour répondre à mon honoré collègue M. Bouley. Après avoir lu avec intérêt son intéressante communication, je vous demande la permission de vous donner les motifs, qui me font différer d'avis avec lui. Il m'a qualifié de grand adversaire de l'inoculation, je me borne à douter de son efficacité parce que j'ai eu de nombreuses occasions de constater les résultats douteux ou nuls du procédé Willems. Il est vrai que la majorité des vétérinaires français ou étrangers est partisan de l'inoculation soit préventive, soit préservative une fois la maladie déclarée; mais il est aussi certain qu'une forte minorité n'est pas convaincue. Règle générale, les observateurs publient les faits favorables et qui leur font honneur; ils se taisent sur les insuccès; ce qui fait qu'en parcourant les journaux et les revues scientifiques on trouve le récit des auteurs qui attribuent à l'inoculation la disparition de la maladie, ce n'est que, par hasard, et pour ainsi dire par force, qu'ils font confidence des cas où la péripneumonie a continué ses ravages malgré l'application du procédé en l'infailibilité duquel croyait l'expérimentateur. Il y a des séries heureuses et d'autres malheureuses, on connaît les premières et on ignore les secondes.

Mon collègue s'est appuyé sur les expériences officielles faites en France et à l'étranger; c'est lui qui a rédigé le rapport de la commission française et c'est avec ses propres conclusions

(1) Cette communication a été faite par M. Leblanc, à l'Académie de médecine dans la séance de mardi dernier. Nos lecteurs en apprécieront tout l'intérêt.

que je vais établir combien les résultats obtenus ont été incertains.

Un point qui n'est pas douteux et que les expériences de la commission de 1850 ont établi d'une façon incontestable, c'est la contagion par voie de cohabitation ; tout le monde l'accepte. Un autre qui n'a pas été traité est celui de la spontanéité possible ; aujourd'hui il est fortement contesté ; à mon avis c'est à tort. Des faits nombreux prouvent que la maladie peut se déclarer sans qu'on puisse invoquer l'introduction d'une bête malade dans un troupeau, j'ai devant la Société centrale cité des observations et tout récemment encore deux récentes dues à votre correspondant M. Bautet. Dans les rapports annuels publiés en Belgique sur l'état sanitaire des animaux domestiques pendant les dernières années, le rapporteur officiel, M. Wehenkel, professeur à l'école de Cureghem, dit : « Tout en admettant que la contagion joue un rôle des plus importants dans la propagation de la pleuropneumonie nous devons avouer que bien souvent nous sommes forcés d'admettre le développement direct sans l'intervention d'un contagion préexistant de cette maladie. » Les observations qui me sont personnelles et qui sont nombreuses, grâce à ma position de vétérinaire en chef du département de la Seine, me font défendre cette opinion et trente ans de pratique n'ont fait que m'y affermir (1).

Revenons aux expériences de la commission de 1850, voici ses conclusions au point de vue de la cohabitation.

Tous les animaux exposés à la contagion par cohabitation ne contractent pas la maladie : en effet sur quarante-six sujets quinze ont été complètement réfractaires, dix ont été indisposés sans qu'on puisse certifier l'infection, vingt et un ont été malades, dont quatre seulement ont succombé.

On voit que la proportion des réfractaires non traités et non inoculés est déjà de 32,6 0/0 ; si on ajoute celle des indisposés on arrive au chiffre de 54,34 0/0. Dans ce cas l'inoculation eut un beau jeu puisqu'elle n'aurait eu d'effet que sur 45,66 0/0 dont 36,95 ont guéri tout seuls.

(1) Il est des pays où jamais la péripneumonie n'a paru et où elle a été importée ; mais il est des contrées montagneuses où elle est endémique. Elle s'y produit de toute manière comme le choléra dans l'Inde, la peste noire dans la Russie d'Asie, et, de là elle descend dans les pays de plaine. On connaît l'histoire de la maladie et M. Bouley l'a indiquée dans sa leçon du Muséum ; mais il n'a pas dit que la maladie se produisait de toutes pièces dans les pays indiqués et je pense qu'il ne l'admet pas. Nous différons donc complètement d'avis sur ce point.

Passons maintenant aux expériences sur l'inoculation. Sur 100 animaux (chiffre supposé) : l'inoculation est bénigne sur 61 ; plus ou moins nuisible sur 30 ; dans ce dernier chiffre la guérison est représentée par 27 et la mort par 11.

En comparant les deux tableaux le rapporteur dit : « Le premier fait qui résulte de ce rapprochement est que l'inoculation a causé une mortalité plus grande que la maladie dont elle avait pour but de prévenir les ravages. » Telle était l'opinion de la commission de 1850 qui me paraît trop pessimiste et que la pratique de l'inoculation a dû modifier même pour moi. La mortalité aujourd'hui est peu considérable mais les effets de l'inoculation sont toujours très contestables et j'y reviendrai plus loin.

Est-ce seulement la commission française qui a obtenu, en faisant ses expériences, des résultats plus qu'incertains ? Nullement,

En Belgique une commission officielle, dont le rapporteur M. Verghem, était un vétérinaire très distingué, a publié pendant plusieurs mois des rapports tous défavorables au procédé du docteur Willems ; je les ai tous lus et j'affirme qu'ils renferment des observations nombreuses constatant l'insuccès de l'inoculation : je devais établir que les expériences officielles n'avaient pas été concluantes et j'ai toujours exprimé le vœu de les voir renouveler : je le formule encore. Même à présent on peut affirmer que les statistiques belges et allemandes constatent que la mortalité par la péripneumonie est à peu près la même dans les régions où l'on inocule et dans celles où, on ne pratique pas l'inoculation. Donc on ne peut dire qu'il y ait unanimité dans la croyance aux bons résultats du procédé Willems ; la majorité y croit ; voilà le fait. Était-ce un motif, en l'absence de preuves scientifiques indiscutables, pour rendre l'inoculation obligatoire et risquer de payer des sommes considérables sans être sûr du résultat ? Je ne le crois pas. Aussi suis-je l'adversaire de toute obligation alors même que le temps a prouvé l'efficacité d'un procédé de préservation et ici ce n'était pas le cas.

Si on applique sérieusement la loi votée (ce qui n'est pas l'habitude en ce pays), on aurait chaque année des millions à demander ; si on fait disparaître la maladie on n'aura pas à les regretter, mais je crois que l'application des mesures telles que la séquestration et l'abatage y aura plus contribué que l'inoculation.

Octobre, T. II, 1881.

41

Mon honoré collègue vous a dit que les effets de l'inoculation n'étaient pas identiques chez tous les sujets ; il faut d'abord établir un point important. En inoculant le sérum provenant d'un poulmon malade on détermine au lieu d'élection, une inflammation dont l'intensité varie suivant la région ; mais jamais on ne voit apparaître aucun des symptômes caractéristiques, même atténués, de la maladie et si les animaux succombent on ne découvre aucune des lésions non moins caractéristiques de la pleuropneumonie. La commission de 1850 l'avait nettement établi. Voici ses conclusions :

1° L'inoculation du liquide extrait du poulmon d'une bête malade ne transmet pas aux animaux sains une maladie semblable, tout au moins par son siège, à celle d'où procède le liquide inoculé.

2° Les phénomènes appréciables consécutifs à l'inoculation sont ceux d'une inflammation plus ou moins intense qui se développe au lieu d'inoculation au bout d'un temps variable de deux à trente jours. (La limite est large.)

3° Cette inflammation, susceptible de se compliquer d'accidents gangréneux plus ou moins étendus et graves, s'accompagne d'une réaction générale plus ou moins intense exactement proportionnelle à l'intensité de la réaction locale.

Peut-on comparer les effets de cette inoculation à ceux qu'on obtient par l'inoculation du virus variolique, du vaccin, du virus charbonneux ou du virus morveux ? Nullement, vous voyez alors apparaître une maladie analogue, atténuée dans certains cas : les méthodes nouvelles fournissent des moyens d'atténuation qu'un succès incontestable, en ce qui regarde les affections charbonneuses, doit faire prendre en grande considération ; mais il est certain qu'elles n'agissent qu'en donnant la maladie sous une forme bénigne. Au contraire, lorsqu'on inocule le sérum pulmonaire, on produit une inflammation qui devient gangréneuse si le lieu d'élection est le fanon ou l'oreille et qui souvent amène la perte de la queue si on choisit cet organe. Dans nombre de cas l'effet est nul ou à peine appréciable ; malgré cet insuccès apparent la doctrine accepte que les animaux ont acquis l'immunité. Dès lors vous voyez, messieurs, combien la pratique de l'inoculation laisse d'aléas et combien aussi elle présente de dangers. On ignore en réalité si l'inoculation est efficace, alors qu'on ne voit se produire qu'une légère tuméfaction autour du point inoculé, et, à plus forte raison, si aucun phénomène inflammatoire n'est

constaté. Si la gangrène se déclare, on est forcé d'amputer la queue et les animaux privés de cet appendice ne peuvent plus se défendre contre les insectes; dans quelques cas, la section de la queue est inefficace; la gangrène gagne la région sacrée et l'animal est perdu.

Ce virus, dont l'inoculation offre tellement de dangers qu'il faut choisir une région spéciale est-il connu? renferme-t-il un microbe spécial? Personne ne peut l'affirmer. M. Willems avait cru le découvrir, mais M. Pasteur n'a point partagé cette croyance, et jusqu'à présent le doute est au moins permis.

En résumé, on inocule et on ne reproduit en rien les symptômes de la maladie; on agit empiriquement.

Voyons les résultats que donne la pratique. On inocule un troupeau préventivement avant que la maladie se soit déclarée et alors rien ne prouve qu'elle ait dû apparaître si on n'avait pas usé de ce moyen.

Ou bien on inocule les animaux alors que quelques cas de péripneumonie ont été constatés; règle générale, et cela n'a rien d'étonnant, la maladie ne s'arrête pas de suite et fait encore quelques victimes, puis toute trace disparaît et on célèbre les vertus du procédé Willems; dans d'autres cas, et je vous en citerai deux très remarquables, l'épizootie continue. Alors on cherche les motifs de cet insuccès; on invoque tour à tour la mauvaise qualité du virus, le mode opératoire défectueux, etc., etc.

Qu'arrive-t-il si au lieu d'inoculer on se borne à prescrire des mesures d'hygiène? Dans le plus grand nombre des cas, la maladie s'arrête d'elle-même; quelques animaux presque toujours voisins les uns des autres sont livrés à la boucherie dès l'apparition des premiers symptômes; on évite d'introduire dans l'étable des animaux nouvellement achetés et tout s'arrête. Dans d'autres cas, la maladie continue ses ravages et la plus grande partie des animaux succombe.

Je ne crains pas d'affirmer la vérité des faits, que j'ai constatés dans les étables de Paris, où ma position de vétérinaire de la Préfecture me force d'aller fréquemment, et je crois pouvoir les expliquer en tenant compte de diverses circonstances. Je suis certain qu'un grand nombre de vaches laitières qui les peuplent sont réfractaires parce qu'elles ont déjà eu la péripneumonie sous une forme bénigne: ce sont spécialement les hollandaises et les flamandes. Si une bête nouvellement introduite dans l'étable tombe malade et qu'elle soit en contact

direct avec des bêtes réfractaires, la maladie, qui malgré l'avis de mon honoré collègue, se propage par contiguïté et non par l'air, ne fait pas de nouvelles victimes. Je puis prouver que nombre de vaches sacrifiées après un séjour de deux et trois ans à Paris, présentent les lésions de la péripneumonie, lésions anciennes et antérieures à leur introduction dans l'étable. Ce sont ces bêtes, qui sont réfractaires (1). La race influe beaucoup sur le développement de l'épizootie : qu'elle se déclare dans un établissement contenant des vaches normandes, qui, dans leur pays n'ont jamais pu avoir la péripneumonie et on verra se déclarer une mortalité effrayante ; tel est le cas d'Auteuil cité par M. Bouley ; là l'inoculation a été infectieuse au plus haut degré. S'il s'était agi de vaches hollandaises on eût admiré son efficacité, attendu que la plupart se seraient préservées elles-mêmes.

On a évidemment attribué à l'inoculation des effets exagérés, mais il est certain que la secousse donnée à l'organisme par l'introduction d'une matière morbide rend les animaux moins propres à contracter une maladie quelconque pendant quelques mois ; mais on a aussi vanté, dans les cas analogues, l'application de trochisques. Suivant qu'on applique la méthode Willems chez les bœufs à l'engrais dans les distilleries, où ils font un court séjour, ou chez les vaches laitières, qui restent des années dans le même local, on obtient des résultats différents. En Belgique les engraisseurs ont proclamé l'efficacité du procédé de leur compatriote et il est certain qu'ils ont, au point de vue de leurs intérêts, obtenu des résultats favorables. A Paris je n'ai pu arriver à cette conclusion, attendu que les circonstances étaient toutes différentes. Devant une société savante, la question est de savoir si l'inoculation du sérum provenant d'un poumon malade donne à l'animal une maladie atténuée, qui le rend impropre à contracter la péripneumonie. Jusqu'à présent la preuve n'est pas faite pour moi. Avant d'aviser aux expériences de réinoculation, qui sont, pour mon honoré collègue, une preuve irréfutable, je vais vous faire l'historique de trois cas dont l'inoculation a complètement échoué. Je cite ces trois-là, mais il serait facile d'en trouver beaucoup d'autres ; ce qui fait l'intérêt de ceux-ci, c'est la manière dont ils ont été recueillis.

(1) Dans les expériences de la commission, les vaches non inoculées et paraissant jouir d'une santé parfaite, ont présenté à l'autopsie toutes les lésions de la péripneumonie ; elles étaient réfractaires et on peut les inoculer sans danger.

Généralement les observations n'ont pas un degré de précision scientifique, parce que le vétérinaire n'est appelé que tardivement, et qu'il est obligé de s'en rapporter aux dires du fermier ou du nourrisseur souvent intéressés à tromper. Dans le fait d'Auteuil, aucun doute n'est possible, j'ai pu suivre, depuis le début et jusqu'à la fin, la marche de l'épizootie. Voici les faits tels qu'ils se sont passés. Le sieur S... possédait à Auteuil une vacherie comprenant quarante-quatre vaches normandes où jamais n'avait apparu aucun cas de maladie contagieuse, ce qui est la règle pour les bêtes de cette espèce, placées dans de bonnes conditions hygiéniques; or, l'étable est admirablement tenue. Pour son malheur il acheta, le 26 août 1879, au marché de La Villette, une vache suisse; au mois de décembre, cette bête ne donnant plus de lait, elle fut livrée à la boucherie et reconnue atteinte de péripneumonie sans que ni propriétaire, ni vacher, en aient eu le moindre soupçon. Le vétérinaire sanitaire se rendit dans l'étable, et il prévint le sieur S... de la maladie contagieuse rencontrée sur sa vache, il fit séquestrer le restant du troupeau, blanchir l'écurie, etc., etc.

Six nouveaux cas eurent lieu le 22 décembre et le 31 du même mois, M. Mathieu, vétérinaire du nourrisseur, inocula trente-trois bêtes restant : on en avait livré dix le même jour à la boucherie; cinq étaient déjà malades sur ces dix.

Le 24 janvier 1880 et le 17 février, on observa deux nouveaux cas constatés à l'abattoir, résultat peu inattendu; car l'inoculation n'a jamais eu pour résultat d'arrêter de suite la maladie; ici il y a eu un délai de 24 et de 30 jours entre l'apparition du mal et l'inoculation. Puis la maladie cesse; le 28 mars on réunit au troupeau placé dans le champ de course d'Auteuil douze bêtes normandes, achetées depuis trois mois et séquestrées dans les tribunes; le 3 mars on y ajoute deux normandes achetées dans le pays; aucune des quatorze n'est inoculée.

Le 27 août la maladie reparait et au mois d'octobre, de tout le troupeau formé des quarante-cinq animaux, il restait quatorze têtes dont douze inoculées et deux non inoculées..

La proportion des inoculés préservés s'explique par le fait de la maladie ayant frappé sous une forme bénigne une portion d'entre elles et non par le fait de l'inoculation. Quoi qu'il en soit de l'explication donnée, il restait le 1^{er} octobre quatorze animaux.

Le 30 septembre, sur la demande de M. Bouley, je priai M. Mathieu de réinoculer les douze bêtes déjà soumise le 31 décembre à cette opération et deux non inoculées : le 5 novembre, une des deux dernières est assez malade pour être abattue, soit trente-six jours après l'inoculation (1). Sur les douze bêtes inoculées le vaccin a pris sur la moitié.

Depuis, le propriétaire a repeuplé son étable et il a vendu à la boucherie les treize bêtes restantes, sans qu'il y ait eu contact possible entre le nouveau et l'ancien troupeau. Toutes les précautions avaient été prises et les bêtes nouvellement achetées en Normandie ont été introduites dans un local désinfecté à fond. Sur mon avis, il n'a pas fait inoculer, et depuis plus d'une année, aucun cas de maladie ne s'est déclaré ; on a pu remettre le troupeau dans les pâturages occupés l'année dernière par les malades et je suis certain que la péripneumonie ne reparaitra pas, si on a la sagesse de ne point acheter de bêtes suspectes et de suivre une bonne hygiène.

Second fait. — M. Trosbut, professeur de clinique à l'école vétérinaire, qui longtemps fut partisan enthousiaste de l'inoculation préventive, a changé d'avis en présence d'accidents sur la cause desquels il est loin d'être fixé.

Lors d'une invasion de l'étable de l'école d'Alfort par la péripneumonie, 25 novembre 1880, l'inoculation pratiquée par lui n'eut aucun effet, la plupart des vaches durent être livrées à la boucherie.

Troisième fait. — M. Trosbut, appelé par un fermier, des environs de Melun dont le troupeau composé de 120 belles vaches normandes venait d'être contaminé par 6 vaches flamandes récemment achetées, conseille l'inoculation ; il fit mieux, il la pratiqua ; on inocula 112 vaches, toutes sans exception durent être abattues ou livrées à la boucherie.

La France n'a pas le privilège des succès ; entre des quantités d'observations, je cite ces deux-ci pris dans le Compte rendu de 1878 (Belgique.)

A Couvin, l'inoculation pratiquée dans deux étables sur cinq a donné de mauvais résultats.

A Ecloo, le vétérinaire Villey a inoculé le 27 juin toute une étable ; la maladie a persisté et cinq bêtes ont dû être abattues.

(1) Dans ce cas vous voyez que l'opération a eu un effet non seulement négatif, mais bien positif, en provoquant, chez une bête considérée comme préservée par un séjour de cinq mois dans un foyer d'infection, l'apparition du mal.

Muller, de Berlin, Stroebel et Steffin déclarent que l'inoculation ne réussit pas et que la péripneumonie persiste quand même. (Voir les journaux allemands de 1880.)

Je dois ajouter, que la ville de Hasselt, berceau de l'inoculation willemienne est une de celles où la maladie fait le plus de ravages ; on attribue les insuccès constatés et les pertes résultant de l'inoculation au mauvais mode opératoire ; sur 50 bêtes inoculées on constate des accidents sur 2 ou 3, soit 50/0 et une fois sur trois la mort survient. Ce sont les distillateurs qui font l'opération et M. Vais, vétérinaire, ajoute qu'on rencontre toujours des cas de péripneumonie même chez les propriétaires qui agissent préventivement.

Vous voyez, messieurs, que les résultats de l'inoculation laissent fort à désirer. Passons aux résultats donnés par la réinoculation.

Comme vous l'a dit M. Bouley, sur douze vaches restant du troupeau d'Auteuil on a réinoculé le virus ; la moitié en a ressenti les effets sous une forme très atténuée ; l'autre moitié, dont une avait été inoculée à l'oreille et au fanon n'a rien eu. Mon collègue attribue cette absence de tout symptôme à l'effet de la première inoculation ; pour moi, je n'en suis pas convaincu. Les douze bêtes, reste de ce beau troupeau inoculé avec soin par un confrère soigneux et habitué à pratiquer cette opération, ont été pendant trois mois en contact constant avec les autres vaches sacrifiées comme atteintes de péripneumonie ; elles ont présenté parfois des symptômes permettant de croire à l'invasion de la maladie, puis elles se sont remises. Je suis convaincu qu'elles ont eu la péripneumonie sous sa forme bénigne et que de là vient leur inaptitude à recevoir le virus. Déjà dans les rapports des commissions belge et hollandaise (1), on trouve le récit d'expériences prouvant que des animaux inoculés ont pu, six mois après, être réinoculés avec succès ; il faudrait donc admettre que les sujets étaient aptes à contracter de nouveau la maladie et que la préservation ne dépasse pas six mois ; c'était du reste, l'avis de la commission hollandaise, qui regardait cette préservation temporaire comme très heureuse. Il faut avouer qu'elle n'était pas difficile ; pour nous, qui voyons le procédé Willems donner des résultats incertains et dont la vertu préservatrice n'est que momentanée, puisqu'il faut en renouveler tous les six mois l'application, nous déclarons qu'il vaut mieux prendre des précau-

(1) Sixième rapport belge, p. 56. — Troisième rapport belge, p. 83.

tions sanitaires que de risquer des pertes pour un résultat incertain. Le grand succès de l'inoculation sur les bœufs d'engrais qu'on conserve peu de temps, repose sur cette préservation de courte durée : restait à prouver qu'une bête inoculée devenait réfractaire à jamais ; c'est ce qui a motivé les dernières expériences du docteur Willems.

D'abord je ferai remarquer que l'on a choisi avec soin des bovides qui avaient tous perdu la queue ; or rapportez-vous à la statistique de 1850 ; les effets de l'inoculation ont été bénins dans la proportion de 61 0/0 ; il eût été juste de prendre les sujets parmi des animaux inoculés avec plus ou moins de succès et non parmi ceux chez lesquels l'inoculation avait déterminé des accidents gangréneux ayant nécessité l'amputation de la queue. Néanmoins sur 16 sujets triés sur le volet deux ont été reconnus aptes à contracter la maladie puisque chez eux l'inoculation a réussi sans cependant amener d'accidents sérieux. Aussi M. Willems engageait-il à suivre l'exemple de certains distillateurs et à faire inoculer deux fois par an ; c'est avouer pour lui que la préservation n'est que temporaire et qu'elle ne dépasse pas six mois. Je fais encore une observation sur la manière d'opérer de M. Willems ; il a soin d'inoculer à la queue les animaux pris comme témoins au lieu de faire l'inoculation au fanon ; je sais bien qu'il agit ainsi parce qu'il craint la mortalité et la preuve de ses craintes, c'est la citation d'une inoculation faite au fanon sur seize belles vaches, dont douze succombèrent (1). Il n'en est pas moins vrai qu'on ne peut, au point de vue scientifique, comparer des inoculations faites en des régions différentes ; il eût été préférable de risquer quelques animaux et d'agir plus régulièrement. Ainsi donc de l'expérience d'Auteuil et de celles de M. Willems il résulte que les bêtes inoculées avec succès ne sont pas toutes réfractaires et qu'elles n'acquièrent qu'une immunité très limitée de l'aveu même des partisans de l'inoculation.

En résumé, je persiste à soutenir :

1^o Que la péripneumonie contagieuse du gros bétail peut se développer spontanément dans certains pays et sous l'influence de causes connues depuis le siècle dernier.

2^o Que l'inoculation du sérum pulmonaire ne provoque pas une maladie analogue, même sous une forme atténuée, à la pleuro-

(1) On a observé à Paris des résultats presque aussi désastreux.

pneumonie contagieuse et qu'en cas de mort on ne trouve aucune des lésions caractérisant cette maladie.

3° Que les effets de l'inoculation présentent de telles variations tant au point de vue de l'évolution qu'à celui de l'intensité et des accidents consécutifs qu'on ne peut les regarder comme analogues à ceux obtenus par l'inoculation du virus des autres maladies contagieuses.

4° Que l'inoculation est dans nombre de cas impuissante à conférer une immunité, même de courte durée.

5° Que la préservation, au cas où on voudrait bien l'admettre, ne paraît être que de six mois comme les expériences de réinoculation tendent à le prouver.

5° Que l'exécution stricte des mesures prescrites par les règlements de police sanitaire donneront des résultats aussi satisfaisants et moins coûteux.

En terminant, j'exprime de nouveau le regret qu'en présence des résultats douteux obtenus depuis trente ans on ait voté une loi prescrivant l'inoculation obligatoire au risque d'imposer au pays de grands sacrifices sans résultat certain.

REVUES CLINIQUES

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL LAENNEC.

LEÇON DE M. NICAISE

Synovite fongueuse des péroniers latéraux. — Leur traitement.

Messieurs,

Nous avons en ce moment dans notre salle Malgaigne deux malades atteints de synovite tendineuse et tous deux d'une synovite des péroniers latéraux. Les gaines synoviales des tendons, une des variétés de forme des cavités séreuses, sont susceptibles de subir des inflammations très diverses dont je veux aujourd'hui vous énumérer les différents modes pour m'appesantir ensuite plus particulièrement sur l'inflammation fongueuse dont nos malades vous offriront deux spécimens instructifs.

Nous avons d'abord la *synovite aiguë* qui présente deux degrés. Dans le premier, caractérisé surtout par une crépitation perçue pendant les mouvements du tendon, il n'y a pas de

Octobre, T. II, 1881.

42

liquide exsudé dans la gaine. C'est à cette forme qu'appartient la dénomination de *synovite crépitante*, d'Aï. Souvent la synovite dépasse ce premier degré, il se fait alors dans la gaine une exsudation séreuse, séro-purulente.

En second lieu les *synovites chroniques*. Celles-ci se distinguent en synovites avec épanchement et synovites sans épanchement.

Parmi les premières, rangeons : 1° les synovites avec épanchement séreux ou gélatiniforme, sortes de kystes sans importance; 2° les synovites avec épanchement séreux et grains riziformes au milieu de cet épanchement. J'ai déjà dans un travail paru en 1872, étudié cette variété dans le détail.

Parmi les secondes, nous comptons les *synovites sèches*, rares, mais qu'on a pourtant l'occasion de trouver pour peu qu'on les cherche. Les lésions sont assez semblables à celles de l'arthrite sèche. Il y a dans la gaine, comme dans les articulations, formation de masses graisseuses, polypiformes.

Puis nous avons les *synovites fongueuses*, graves, de longue durée et pouvant sérieusement compromettre les fonctions du membre sur lequel elles se sont montrées, coexistant quelquefois du reste avec des lésions de même nature du côté des jointures avoisinantes.

Cette synovite est caractérisée par une altération profonde de la séreuse et l'apparition de bourgeons granuleux à sa face interne ou épithéliale. En même temps que cette altération des parois, il est commun d'observer une exsudation séro-purulente à l'intérieur de la gaine, en sorte que si l'on tenait de ce dernier phénomène secondaire et consécutif plus de compte qu'il n'est juste, on serait tenté de faire entrer les synovites fongueuses dans la première catégorie que nous avons établie parmi les synovites chroniques.

Du fait de son épaissement, au moins autant que du liquide qu'elle renferme, la gaine devient volumineuse et dessine en saillie son trajet. Après un temps plus ou moins long elle se perfore et permet l'irruption dans les tissus d'alentour de fongosités qui la remplissent. Il s'ajoute alors à la synovite du début une périssynovite qui peut être très étendue et par son extension absorber toute l'attention des observateurs et reléguer au second plan la lésion chronologiquement la première. Il n'est d'ailleurs nullement impossible que les fongosités se développent parallèlement et sans continuité entre elles simul-

tanément à l'intérieur de la gaine et dans le tissu cellulaire sous-dermique.

Jusqu'à présent la peau n'est pas touchée; elle a conservé un aspect normal, n'est que soulevée par les masses fongueuses qu'elle recouvre. Bientôt elle rougit, prend une teinte violacée, enfin s'amincit, s'ulcère et donne le jour aux fongosités qui viennent s'étaler à l'extérieur. On a l'ulcère fongueux.

Telle est la marche la plus habituelle de la synovite fongueuse. L'évolution en est assez lente, occupe en général une durée de huit à dix mois. Elle apparaît très ordinairement chez des individus à constitution faible et défectueuse. J'en fais volontiers une manifestation de la scrofule. Quant à m'engager davantage et dire la synovite fongueuse une lésion tuberculeuse, n'étant point encore fixé sur la vraie nature tuberculeuse des tumeurs blanches, des abcès froids, en un mot sur la question des tuberculoses locales, je préfère pour l'instant m'abstenir.

Le premier de nos malades eut autrefois une carie du sternum avec abcès dont nous constatons aisément la cicatrice; il a des tubercules du testicule à droite, du même côté, la prostate est volumineuse et irrégulière. A gauche, adénite iliaque. De plus il se plaint d'une douleur fixe derrière la malléole à gauche et d'une gêne assez considérable dans les mouvements du pied pour empêcher la marche. Derrière la malléole et la contournant par en bas est une saillie demi-cylindrique, molle, faussement fluctuante, recouverte par la peau violacée. Ce gonflement aurait commencé, au dire du malade, il y a six mois, et depuis lors aurait toujours été en augmentant, lentement d'ailleurs.

Nous avons incisé la peau et permis l'issue du pus mêlé de tissus de granulation, puis passé à la teinture d'iode; par dessus compression avec de la ouate.

La maladie ne semblant pas enrayée par cette intervention, avec la curette de Vollmann nous avons abrasé les fongosités, sommes arrivés de la sorte jusqu'au ligament annulaire à travers les éraillures duquel les bourgeons que nous essayions d'enlever se continuaient.

Au bout de quelques jours les bourgeons végétants ont reparu, mais maintenant rouges et vermeils et non plus comme auparavant blafards. Ils se sont peu à peu atrophiés et quand le malade est sorti on pouvait le considérer comme guéri de sa synovite.

Le second malade, couché au numéro 7, est un homme de 32 ans, rhumatisant, jadis très adonné à l'usage des alcools et depuis névropathe et sujet à de véritables accès convulsifs.

En mai 1880, il est venu nous consulter, souffrant de la jambe gauche. Il avait un abcès de la région péronière qui fut ouvert — pas trace de lésion osseuse. Il avait encore en arrière de la malléole un gonflement sur le trajet de la gaine des péroniers, gonflement qui s'arrêtait à 1^{cm} ou 1^{cm},5, au-dessous du sommet de la malléole—de même que le malade précité.

Malgré les incisions évacuatrices, les lésions faisaient des progrès incessants et toute la malléole était circonscrite en bas et en arrière par un vaste ulcère fongueux.

La compression ouatée, les pansements avec la teinture d'iode ou le vin aromatique n'amélioraient d'aucune manière l'évolution du mal. Au mois d'octobre, après administration du chloroforme, il fut fait avec la curette, un grattage énergique de toute la cavité ulcéreuse, grattage plus ménagé sur les tendons dans la crainte d'amener leur exfoliation. Cette rugination effectuée, nous fîmes une application de teinture d'iode et un pansement avec la gaze phéniquée.

Ce que nous avons observé sur le précédent malade fut confirmé par les résultats de notre seconde opération. Après dix jours, les fongosités avaient reparu mais plus fermes et mieux vascularisées. Ensuite, atrophie, retour au volume normal et guérison entièrement réalisée.

Dans les deux cas, l'abrasion nous a aussi bien servi ; nous l'avons utilisée encore avec succès pour l'abcès tuberculeux du testicule du premier malade. Nous en avons usé pour un autre malade couché au numéro 22 de notre salle Malgaigne, porteur de nombreux abcès ganglionnaires au cou. Toujours nous nous sommes bien trouvé de cette méthode de traitement, un peu à notre grande surprise, car des essais pratiqués jadis à Bicêtre ne nous avaient pas aussi bien réussi.

Il reste certains points un peu obscurs dans la façon dont se comportent les fongosités devant le curage. Pourquoi les bourgeons grattés reparaissent-ils pour disparaître presque aussitôt ? Nous nous reconnaissons impuissant à l'expliquer.

En tous les cas et pour résumer, dans la synovite fongueuse voici quelle est, selon nous, la meilleure manière de traiter.

Avant l'ulcération de la peau, on emploiera les vésicatoires, les badigeonnages à la teinture d'iode, les pointes de feu et la compression par la ouate.

Une fois que l'ulcération s'est produite, on doit avoir recours à des moyens plus actifs : la cautérisation au fer rouge est peu efficace. Le chlorure de zinc et la pâte de Canquoin sont dangereux en ce qu'ils peuvent trop vigoureusement attaquer le tendon. Le curage est, il nous semble, la méthode de choix.

Avant de terminer, nous voulons attirer l'attention sur un point d'anatomie intéressant dans la maladie qui nous occupe. Pourquoi chez les deux malades que je vous ai présentés, le bourrelet fongueux s'arrêtait-il à 1^{cm} au-dessous de la malléole ? La raison est la suivante : la gaine commune des péroniers latéraux ne se prolonge pas jusqu'à la base du premier métatarsien ; elle s'arrête un peu en arrière de l'articulation calcanéo-curboïdienne au niveau de l'os sésamoïde du long péronier. C'est cette gaine qui est le plus ordinairement atteinte et seule atteinte dans la synovite fongueuse. Quant au revêtement séreux qui entoure le tendon du long péronier dans toute sa portion plantaire, il est tout indépendant de la gaine commune et l'on comprend pourquoi les maladies qui atteignent cette dernière peuvent le ménager.

L. T.

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

Du traitement des néphrites en général. — Le traitement des maladies rénales constitue un des points les plus délicats et les plus difficiles de la thérapeutique. Le rein est, en effet, en raison de la nature de ses fonctions, la voie ordinaire de l'élimination des substances médicamenteuses.

Que le filtre rénal soit altéré, que l'élimination, insuffisante ou ralentie, ne se fasse plus au fur et à mesure de l'administration du remède, et bientôt celui-ci en s'accumulant, créera un véritable empoisonnement.

Il est encore un autre péril qu'il faut savoir éviter. Au nombre des agents thérapeutiques journellement employés, il en est vis-à-vis desquels le rein se montre d'une susceptibilité extraordinaire, et qui ont sur l'élément anatomique de ce viscère une action irritante capable de créer des lésions ou d'aggraver des désordres préexistants. Ces remèdes constituent ce que, dans le remarquable article que nous analysons trop brièvement, M. Labadie-Lagrave (1) appelle *la médication dangereuse*.

(1) Art. Reins, in *Dict. méd. et chirur. prat.*, 1881.

Quels sont les médicaments qu'il faut proscrire de la thérapeutique du rein ?

Tout le monde connaît aujourd'hui l'action de la cantharide sur la vessie et le rein, aussi n'est-il pas nécessaire d'insister sur les inconvénients qui peuvent résulter de l'application d'un vésicatoire pour combattre une phlegmasie rénale. Certains médecins, cependant, qui hésiteraient, dans le cas d'une inflammation aiguë, à recourir à ce révulsif, ne craignent pas d'en faire l'application contre des néphrites chroniques, dans le but de stimuler l'activité fonctionnelle du rein. Cette pratique, basée sur des idées théoriques, est blâmable. Une aggravation notable des troubles fonctionnels, trahissant une aggravation des lésions anatomiques, en a été trop souvent la conséquence.

Ce n'est pas seulement le vésicatoire qu'il faut tenir pour dangereux, c'est la médication révulsive sous toutes ses formes, qu'il faut proscrire. Les sinapismes par l'huile essentielle qu'ils renferment, ont aussi une action irritante, bien qu'à un degré plus faible, sur le parenchyme rénal. Et même, M. Jules Simon n'a-t-il pas vu, chez les enfants, de simples badigeonnages de teinture d'iode, provoquer de l'albuminurie.

Cette restriction ne s'étend pas à l'administration, à l'intérieur, de l'iode et des iodures qui, au contraire, influent heureusement sur l'évolution des lésions rénales.

La fuchsine qui, dit-on, diminue l'abondance de l'albumine, la nitro-glycérine vantée contre la dyspnée urémique, doivent être également considérées comme suspectes.

Leur efficacité, d'ailleurs, est loin d'être incontestable. Tels sont les médicaments qu'il convient d'écarter.

Il en est d'autres dont l'emploi commande une prudence extrême.

D'une manière générale chez les brightiques, l'élimination par les reins est amoindrie. Les reins pathologiques se montrent même parfois absolument imperméables à certaines substances médicamenteuses, les substances odorantes, par exemple, ainsi que Hahn l'a signalé le premier.

L'intolérance des malades atteints d'affections rénales à l'égard de l'opium est bien connue. M. Cornil et après lui, M. Charcot en a fourni de nombreux exemples. Les injections de morphine, doivent on le sait, être administrées aux brightiques, sous peine d'accident, avec la plus extrême réserve.

M. Bouchard et son élève Chauvet ont démontré qu'un

grand nombre d'alcaloïdes, sont au même titre que l'opium incomplètement ou trop lentement éliminés ; ainsi, le *sulfate de quinine* se retrouve dans l'urine des brightiques, en moindre quantité que chez un sujet sain. Il en est de même de l'*iodure* et du *bromure de potassium*.

Enfin des désordres graves ont suivi l'administration du mercure, à doses minimales, dans des circonstances semblables.

D'après ce qui précède, il est facile de comprendre, quelle tâche ardue et délicate incombe au thérapeute. Non seulement les armes dont il dispose sont peu nombreuses, mais encore elles sont à double tranchant. Lutter efficacement contre l'affection organique, il n'y faut pas songer ; nous ne possédons aucun spécifique capable de faire rétrocéder les lésions ou même d'en enrayer la marche. Heureusement, le médecin peut rendre à son malade de grands services dans le traitement des symptômes.

« D'une façon générale, on peut dire que toutes choses égales d'ailleurs, la gravité d'une néphrite est, à un moment donné, en raison inverse de l'abondance des urines. » Une première et importante indication consiste donc à favoriser la diurèse. Mais à quels agents recourir ? Les uns, comme la scille, les sels de potasse, ont l'inconvénient d'irriter les éléments sécréteurs du rein, et doivent être éliminés. Les autres, les infusions, les tisanes, ne jouissent que d'une efficacité contestable.

Dans le cas dont nous parlons, la digitale est rarement indiquée ; l'obstacle, en effet, siège dans le rein lui-même dont les canaux sont obstrués et non dans l'insuffisance d'activité cardiaque. De plus, dans le cas où on croirait pouvoir recourir à ce médicament, son administration sera forcément passagère, dans la crainte de ses effets cumulatifs.

Reste le lait, qui est à la fois un aliment d'une grande valeur nutritive, et un stimulant des fonctions rénales. C'est le diurétique qui convient le mieux aux brightiques. Le régime lacté a de plus le grand avantage, de combattre l'*albuminurie* ; c'est même, avec les inhalations d'oxygène, le meilleur moyen de diminuer la quantité d'albumine dans l'urine. Les préparations tanniques ont bien été préconisées dans ce but ; mais leur utilité est encore à démontrer. On n'en saurait dire autant du tartrate de fer, que M. G. Sée, administre sous forme de sirop.

Dans la maladie de Bright, le lait trouve encore une troi-

sième indication ; en stimulant les fonctions rénales languissantes, il aide puissamment à la disparition de l'œdème et des hydropisies. Quand l'œdème à tout envahi, quand il y a anasarque, il convient de réveiller les fonctions de la peau, par des frictions, des bains de vapeur, ou des bains chauds et prolongés. Le jaborandi, et, de préférence son alcaloïde la pilocarpine pourront aussi être utilisés avantageusement. La méthode hypodermique doit être préférée pour administrer ces dernières dont la dose quotidienne est en moyenne de 0,01 centigramme répétée pendant une ou deux semaines. Enfin, il sera utile d'évacuer, par la voie intestinale, une certaine quantité d'eau ; les drastiques rempliront cette indication.

Les vomissements dits urémiques, ne doivent pas être combattus s'ils restent purement aqueux ; mais s'ils deviennent alimentaires, s'ils deviennent incessants, c'est au lait glacé, à la glace en menus fragments, aux eaux gazeuses, aux vins généreux, qu'il faudra s'adresser.

La dyspnée urémique est on le sait, un accident des plus redoutables ; ici encore, les inhalations d'oxygène rendront de grands services. Mais si la nature de la dyspnée est méconnue, le danger s'aggravera encore par l'application d'un vésicatoire, dont l'opportunité ne paraît pas douteuse.

Enfin, les accidents nerveux d'origine urémique sollicitent vivement l'attention du médecin.

Contre la migraine et les convulsions, on a vanté les inhalations de chloroforme, les lavements de chloral à la dose de 1 ou 2 grammes, le bromure de potassium, etc. Ces divers agents thérapeutiques ont rendu des services ; on n'en saurait dire autant de la saignée ; à moins que l'on n'ait affaire à un malade vigoureux atteint de la forme interstitielle de la néphrite chronique, il vaut mieux s'en abstenir.

Au coma, il convient d'opposer les injections sous-cutanées d'éther, la caféine à la dose de 20 ou 25 centigrammes, dans une infusion de thé ou de café.

Sans doute, toutes ces armes sont fragiles et très souvent les efforts du médecin restent impuissants ; mais celui-là serait coupable, qui abandonnerait la lutte sans recourir aux moyens que nous venons d'étudier, lesquels, trop rarement, il est vrai, ont donné des résultats heureux, au moins passagèrement.

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* publie, sous la signature de M. P. Lucas-Championnière, quelques confé-

rences cliniques, — les dernières, hélas ! — du regretté Maurice Raynaud. L'une, relative au traitement de la pleurésie, est particulièrement intéressante ; nous en résumerons les points essentiels :

Trop souvent, pendant la thoracentèse, surviennent des quintes de toux, aussi gênantes pour l'opérateur que pénibles pour le patient. Un moyen sûr et facile de les prévenir, consiste à faire, avant la ponction, une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine. M. Vibert, qui préconise cette méthode, en injecte, suivant les cas, de 1 à 3 centigrammes, et ne craint pas d'arriver jusqu'à un léger degré de rétrécissement pupillaire.

Une autre précaution fort importante consiste à flamber à la lampe, puis à laver dans l'eau phéniquée le trocart qui servira à la ponction. Cet instrument, en effet, peut devenir le véhicule de germes qui provoqueront la purulence de l'épanchement. La ponction, en elle-même, ne saurait être accusée de favoriser la transformation purulente du liquide. C'est la malpropreté des instruments et la négligence de l'opérateur qu'il faut plutôt incriminer. Lorsque l'empyème a été pratiquée, les lavages jouent un rôle important dans la guérison du malade ; aussi doit-on y procéder avec méthode. Les injections, quand on les fait à l'aide d'une seringue ou d'un irrigateur, doivent être poussées sans grande énergie, autrement elles viendraient frapper le poumon directement et avec violence et pourraient causer des accidents graves. L'emploi du siphon est préférable, mais dans ce cas, la position qu'il convient de donner au malade n'est pas indifférente. Au lieu de le laisser assis, comme on le fait ordinairement, il est mieux de le placer dans le décubitus latéral du côté sain, de telle sorte que le liquide injecté puisse baigner tous les points de la poche pleurale. Il n'en saurait être ainsi dans la position assise dans laquelle les parties déclives entrent seules en contact avec le liquide médicamenteux.

F. LEPRÉVOST,

Interne des Hôpitaux.

Formulaire

Lotion contre l'acné de la face (LAILLIER).

Eau.....	100	grammes.
Alcool camphré.....	30	—

Soufre lavé.....	15	—
Glycérine.....	10	—

Tous les soirs avant de se coucher, étendre sur les parties malades, à l'aide d'un pinceau, une couche de cette préparation.

Injection antiblennorrhagique (ZOLOTOWITZ).

Hydrate de chloral.....	0 gr. 20.
Bromure de potassium.....	1 —
Laudanum de Syd.....	15 gouttes.
Eau de roses.....	180 gr.

F. s. a.

Trois injections par jour.

F. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 27 septembre.

Présidence de M. LEGUEST.

M. Le Blanc lit une note relative à la prétendue immunité que l'inoculation du sérum des poumons des vaches péricnemoniques confère aux vaches non encore attaquées par la maladie.

Cette communication, que nos lecteurs trouveront *in extenso* dans ce numéro de la *Revue*, grâce à l'obligeance de l'auteur, nous paraît avoir un intérêt très sérieux.

Elle montre d'abord comment on peut user et abuser des statistiques : l'un lui fait dire blanc, l'autre lui fait dire noir. On remarquera assurément le passage dans lequel on explique la manière de tirer à sa doctrine les faits les plus rebelles. M. Le Blanc constate, en outre, que, la péricnemonie ne fait pas plus de ravages là où on ne pratique point l'inoculation, que là où on la pratique ; il affirme que la maladie développée par le prétendu virus péricnemonique n'est pas la péricnemonie, n'est pas non plus une forme atténuée de la péricnemonie.

pneumonie, et que le sang putréfié inoculé à l'extrémité caudale produit les mêmes effets que le prétendu virus. Il ne nie pas, au surplus, que cette intoxication septique ne rende les animaux, placés sous cette influence, moins aptes à contracter le mal contagieux de la péripneumonie, mais il prouve aussi que cette immunité possible, non certaine, est passagère et ne dure pas plus de six mois.

Tout cela est de nature à faire réfléchir ceux que n'a pas encore gagnés l'engouement des inoculations. Oui, sans doute, l'empoisonnement que provoque l'inoculation, peut pour un temps s'emparer de l'organisme et le rendre moins sensible à d'autres influences toxiques plus ou moins analogues. Mais combien durera cette résistance et à quel prix l'aurez-vous obtenue ?

Ce qu'elle durera, nous n'en savons rien encore. Nous savons un peu mieux à quels dangers on s'expose en l'inoculant. Nous répèterons en premier lieu qu'il ne saurait être indifférent d'introduire dans le corps d'animaux destinés à l'alimentation des éléments de putridité, qui y développent des maladies infectieuses. A cette observation de la *Revue* il n'a été fait, il ne sera fait, croyons-nous, aucune bonne réponse.

Nous ajouterons, pour la gouverne des propriétaires de bétail, qu'il nous revient de bonne source, que de véritables massacres de troupeaux ont eu lieu : des moutons qui avaient bien supporté la première inoculation, sont tous morts à la seconde. Par bonheur, les fermiers s'étaient syndiqués pour tenter l'épreuve ; la perte s'est trouvée répartie sur tout le monde. Il arrivera plus d'une fois que l'épreuve ruinera de pauvres éleveurs. Et s'ils ont pris leurs garanties, s'ils ont exigé de l'inoculateur un contrat, une assurance, en avant les procès : on leur prouvera que si le mouton est mort, c'est la faute du mouton et non du virus, qui a été fabriqué par l'infailible M. Pasteur. Car M. Pasteur a monté une fabrique de virus ; lui même nous l'apprend dans une lettre rendue publique et adressée à je ne sais quel préfet. La fabrique est en pleine activité ; et au printemps, des hectolitres de ce qu'on appelle *des cultures* pourront être livrés à MM. les vétérinaires « à un prix supérieur de très peu au prix de revient. » Il faut retenir le « supérieur de très peu » : c'est une perle. M. Pasteur touche pourtant cette année 40,000 francs sur les fonds du budget ; l'année précédente, il a touché 50,000 francs. Les expériences de Melun ont été faites aux frais de la Société d'agriculture de

Seine-et-Marne. Nous n'avions pas tort, il y a quelques mois, d'écrire : « La période scientifique est close; la période industrielle s'ouvre. »

M. Burq lit une note sur un nouvel instrument dit *vaccineuse*, destiné à recueillir, conserver et insérer le vaccin humain, de façon à ce que la vaccination jennérienne puisse suffire à tous les besoins.

M. Burq raconte comment, lors de l'épidémie de variole de 1870, il fut amené à recueillir du vaccin de génisse pour l'expédier en province et s'en servir dans sa clientèle. Il pratiqua 400 vaccinations, il expédia environ 500 tubes. Les résultats furent exposés, au mois de juin 1870, devant la Conférence médicale de Paris :

1° Le vaccin de génisse, recueilli dès le cinquième jour sur un animal *qui n'avait reçu qu'un petit nombre de piqûres* donna, de génisse à bras, des résultats *apparents*, notablement supérieurs à ceux *qu'accusent* les statistiques de l'hôpital Saint-Antoine, de la Charité, de l'hôpital des Enfants, des hôpitaux militaires, et parfois égaux à ceux de la vaccination jennérienne.

2° Plus tard, lorsque les demandes affluant, M. Burq fut obligé de recourir à la multiplication des piqûres sur la même bête, les succès de génisse à bras parurent diminuer en raison du nombre des boutons. Il en fut de même pour les confrères de province auxquels M. Burq avait envoyé du vaccin en tube.

Dès lors, M. Burq se demande quelle confiance on peut accorder pour l'avenir à un mode de vaccination dont l'élément essentiel est si fragile. En supposant qu'on n'utilise que des animaux ayant reçu un petit nombre de piqûres (de 4 à 6), afin d'assurer les résultats, quel avantage y aurait-il à recourir à un procédé coûteux et difficile? Et quel argument resterait encore à faire valoir en faveur du vaccin de génisse, si on était en possession d'un moyen facile d'aménager et de conserver le vaccin humain?

Ce moyen, M. Burq croit l'avoir trouvé; le titre de la note nous promettait sa divulgation. Mais « des raisons de la dernière heure » ont obligé l'inventeur à ajourner un peu la description de la *Vaccineuse*.

Attendons et espérons.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION IV. — MÉDECINE. (Suite.)

Voici, par exemple, quelle est la marche : (a) un homme est bien en apparence ; (b) pendant environ dix minutes la jambe est le siège d'une forte convulsion et son bras d'une légère ; (c) pendant quelques heures la jambe reste paralysée ; (d) il redevient de nouveau bien en apparence. » (Jackson.)

A rapprocher de la paralysie, l'aphasie temporaire que l'on peut également observer après l'attaque à un degré plus ou moins prononcé.

Nous ne suivons pas l'auteur dans ses développements sur la physiologie des différentes phases de l'attaque. Les hypothèses qu'il soumet au public médical nous paraissent en effet trop fragiles.

C'est dans la voie des réflexes profonds qu'il faut, dit-il, chercher la solution du problème. Westphal et le Dr Beevor l'ont d'ailleurs pensé ainsi, et déjà leurs observations permettent d'attendre les meilleurs résultats de ce mode d'observation.

On a reconnu l'attaque d'épilepsie jacksonnienne.

Que reste-t-il à faire ?

1° Trouver le siège de la compression encéphalique qui la détermine ;

2° Diagnostiquer la nature de cette compression.

C'est habituellement dans la région motrice, dit Jackson, qu'on trouve une lésion après la mort à la suite d'une attaque épileptiforme. Le centre du bras, ajoute le Dr Müller, est situé dans le tiers moyen de la circonvolution centrale antérieure et postérieure et dans la partie adjacente de la scissure de Rolando.

Nous nous garderons bien d'insister sur ce point, ce serait refaire toute la question des localisations dans les circonvolutions cérébrales.

Quant à la seconde question, celle du diagnostic de la nature du corps qui comprime, on aura pour se guider :

- a. Le moment de l'apparition de l'épilepsie ;
- b. L'étude attentive des antécédents du malade (au point de vue du cancer, du tubercule, de la syphilis, etc.).
- c. L'examen des lésions qu'il présente dans les autres parties

du corps capables de mettre le médecin sur la trace d'une affection générale.

d. L'inspection de la boîte crânienne (enfouissement des tables osseuses, ostéite, etc.).

Dans quelques cas Jackson n'a pas trouvé de lésion locale à l'autopsie. « Sans doute, dit-il, il l'aura laissé échapper. » Mais la plupart du temps on tombe sur une tumeur. Au point de vue clinique, il y a dans quelques cas une embolie, dans d'autres une maladie de l'oreille se manifestant par un écoulement, et cela du côté opposé à celui où la convulsion commence.

Si nous passons maintenant dans le domaine de la thérapeutique, on conçoit que nous ne pouvons établir des lois générales.

Qu'il nous suffise de poser les deux règles suivantes :

Dans le cas où la cause (syphilitique, traumatique ou autre) est nettement reconnue, on doit l'attaquer de la façon la plus énergique (médication spécifique, trépanation, etc.).

Quant au contraire, la cause demeure inexpliquée ou bien, quand elle échappe à notre intervention, le malade se trouve toujours bien de la médication bromurée.

Nous avons peut-être insisté longuement sur ce chapitre de l'épilepsie symptomatique. L'importance de la question, et la façon remarquable dont elle a été exposée au congrès de Londres ne nous permettaient pas d'agir autrement.

Sur certaines phases peu connues du tabes dorsalis (ataxie locomotrice), par Thomas BUZZARD, M. D., F. R. C. P. de Londres. — L'auteur, dans sa communication, se fait le défenseur de cette idée vieille, presque aussi vieille que... la première description du tabes dorsalis. Souvent l'incoordination des mouvements, ce symptôme regardé par Bombay et Duchenne (de Boulogne) comme caractéristique de l'affection, manque au début et est remplacé par d'autres troubles capables de donner le change. Telles, les crises gastriques nerveuses qui, dans certains cas, ont pu faire croire à un cancer de l'estomac, à une obstruction intestinale, à la goutte stomacale; telles l'atrophie papillaire et la surdité déterminées par les lésions des nerfs auditifs. L'auteur rapporte un cas encore moins fréquent, dans lequel un calcul vésical fut le premier symptôme du tabes. Il y avait eu des troubles vésicaux plus marqués que d'habitude, avec rétention d'urine, accumulation de mucus, etc., finalement dépôts phosphatiques.

Pour affirmer l'existence de l'affection, il ne faut donc pas

toujours attendre l'ataxie des mouvements. D'autres symptômes sont également caractéristiques. Au premier rang, M. Buzzard place le signe de Westphal, constitué, on le sait, par la disparition du réflexe tendineux du genou, avec persistance de la force musculaire volontaire dans les muscles de la cuisse.

Nous allons revenir sur les réflexes tendineux, à l'occasion d'une note du professeur Eulenburg. Rapprochons immédiatement de la communication de M. Buzzard : 1° le travail du docteur Chevalier Cesare Brunelli, de Rome, sur le tabès dorsal spasmodique, causé par le pain de farine de *Lathyrus Cicero*. — L'auteur est absent, et c'est M. Panteleoni, son compatriote, qui lit et défend son mémoire ; — 2° les statistiques intéressantes produites par M. le professeur Erb, de Leipzig. Il s'agit d'établir exactement le rôle de la syphilis, dans l'étiologie de l'ataxie locomotrice : question toute récente, on le sait, mais déjà féconde en applications thérapeutiques et probablement appelée à modifier la plupart des idées que nous nous faisons sur le tabès dorsal. Nous ne saurions dire exactement si la priorité de l'idée doit être rapportée à un Allemand ou à un Français. Quoi qu'il en soit, le professeur Fournier s'en est fait le défenseur dans notre pays, et c'est à lui, on peut l'affirmer, que nous devons la plupart des phénomènes actuellement mis en lumière, sur cette manifestation méconnue de la vérole.

(a) L'ataxie locomotrice se rencontre fréquemment chez des sujets syphilitiques ;

Le fait est indéniable et la communication du professeur Erb, en particulier, ne permet de conserver aucun doute sur sa réalité.

(b) Fréquemment, le processus qui détermine cette affection est de nature syphilitique.

Tous les auteurs sont loin d'admettre sans contexte cette seconde proposition ; nous devons néanmoins reconnaître qu'elle commence à s'imposer et qu'elle ne saurait tarder à être admise par la plus grande partie des cliniciens.

Sans doute, le traitement spécifique n'est pas toujours capable d'enrayer la maladie. Mais l'administre-t-on à doses suffisamment massives ? A-t-on le soin de donner simultanément l'iodure et le mercure en friction, comme le recommandent aujourd'hui la plupart des spécialistes ? Et puis, n'institue-t-on pas un peu tard ce traitement spécifique ? C'est au début, avant que les lésions soient entièrement constituées, qu'il faut agir ; plus tard le mal est irréparable.

Sans doute, un certain nombre de syphilitiques ont dû, dans leur jeunesse, se livrer à des excès alcooliques et autres, ce qui expliquerait jusqu'à un certain point la coïncidence des deux affections. Mais le fait est loin d'être général et les statistiques n'en conservent pas moins toute leur éloquence.

Il paraît donc sage d'admettre, dès aujourd'hui, qu'un certain nombre de cas d'ataxie sont de nature syphilitique, et que, rencontrant cette maladie, l'on doit toujours rechercher si le sujet n'est pas atteint de vérole.

Un certain nombre de savants nient formellement le tabès spécifique; — d'autres, moins rares peut-être qu'on ne le pense, n'admettent déjà plus d'ataxie sans vérole. Ce sont là deux opinions extrêmes, dont il faut savoir également se défendre, si l'on veut sincèrement demeurer dans les limites de l'observation consciencieuse et véritablement scientifique.

D'ailleurs sachons encore attendre; la question est née d'hier, des hommes laborieux et éclairés en font l'objet de leurs actives recherches; c'est dire qu'elle ne saurait tarder à donner des résultats imprévus au point de vue du diagnostic de l'affection au début, partant à mettre le praticien dans des conditions bien meilleures pour lutter efficacement contre une maladie d'autant plus redoutée qu'elle était jusqu'à présent demeurée rebelle à tous nos moyens de traitement.

Quoi qu'il en soit voici les conclusions de la communication du professeur W. Erb :

Mes dernières statistiques de tabès typique chez l'homme adulte, dit-il, et publiées dans le *Medicin-Centralblatt*, 1881, nos 41 et 42, ont donné les résultats suivants :

Cas sans infection antérieure.	12 0/0
Cas avec infection antérieure.	88 0/0
(Parmi ceux-ci avec syphilis secondaire). . .	59 0/0
(Avec chancre sans syphilis secondaire). . .	29 0/0

Depuis ce moment j'ai observé 13 nouveaux malades. Un seul n'avait pas eu d'infection antérieure. La proportion est donc encore plus concluante.

Quant à ce qui regarde l'époque d'apparition des premiers symptômes de tabès mes observations montrent qu'ils surviennent le plus souvent de la 5^e à la 15^e année après l'infection mais qu'ils peuvent encore assez souvent se manifester de la 3^e à la 5^e.

Pour contrôler ces statistiques, poursuit le professeur de Leipzig, j'ai fait une contre-épreuve portant sur tous les hommes

adultes de ma clientèle au-dessus de vingt-cinq ans, qui ne sont pas atteints de tabès. Voici ce que me donnent 500 cas analysés à ce point de vue :

77 sujets sur cent n'ont jamais été infectés;

12 0/0 ont eu autrefois la syphilis secondaire ;

11 0/0 n'ont été affectés que d'un chancre.

Quand on rapproche ces chiffres des précédents la seule conclusion logique possible, c'est qu'il doit y avoir un certain rapport étiologique entre la syphilis et le tabès.

Le professeur Erb émet encore cette idée que l'affection peut se manifester chez des syphilitiques dont les accidents secondaires ont été très bénins.

Nous ne suivrons pas le savant dans la fin de sa communication sur la nature des chancres. Ce serait trop nous éloigner de l'ataxie locomotrice ; et puis nous n'avons pas à analyser des assertions qui ne reposent sur aucun fait.

Pour en finir avec le tabès dorsalis donnons les conclusions d'une communication très courte, mais néanmoins fort remarquable, faite à la quatrième section par le professeur B. Ball, en son nom et au nom de son interne, M. G. Thibierge, sur le mal perforant du pied chez les ataxiques. Pour ces auteurs :

1^o Cette lésion est une conséquence directe de la maladie spinale, absolument comme dans les cas d'arthropathie des ataxiques décrits par M. le professeur Charcot, et par M. le professeur B. Ball ;

2^o La maladie locale se rattache plus spécialement à certains phénomènes de l'ataxie locomotrice, tels que les douleurs fulgurantes, le symptôme du genou (suppression du réflexe tendineux), et les autres lésions trophiques de l'ataxie ;

3^o Le mal perforant peut guérir, malgré les progrès incessants de la maladie de la moelle épinière. »

Nous avons déjà fait allusion à la communication du professeur Eulenburg, sur la représentation graphique des réflexes tendineux. N'en déplaise à l'auteur, c'est à la section de physiologie que devaient être exposées les idées qu'il émet sur ce point au congrès de Londres. Il faudrait être bien... Allemand, en effet, pour prendre au sérieux la valeur clinique des conseils suivants, donnés le plus naturellement du monde, et comme très pratiques, par le professeur de Greifswald :

« On l'obtient le mieux (le réflexe tendineux) en enregistrant sur une plaque les vibrations d'un diapason, la plaque enregistrante étant attachée à une branche d'un fort diapason et

entrant en vibration en même temps que lui. Le levier écrivant d'un appareil enregistreur (pansphygmographe de Broudageest) inscrit ses tracés sur la plaque vibrante qui se meut latéralement pendant les vibrations. La durée de toute vibration simple étant connue, ce procédé comporte un calcul très exact de la courbe entière, aussi bien que de ses parties séparées; de plus, le myogramme représente fidèlement les autres détails caractéristiques de la marche du mouvement.

» Afin des'assurer de la durée de la période latente, j'ai tracé avec le double levier pansphygmographe deux courbes sur la même plaque, l'une indiquant le moment de l'irritation (on frappe le ligament rotulien pour produire le phénomène), l'autre indiquant le moment où commence la contraction. On a trouvé que chez l'homme adulte, il y avait en moyenne une différence de 0,0242 secondes; la différence n'a pas dépassé 0,03226 secondes. Cela correspond respectivement à $1\frac{1}{2}$ —2 vibrations simples d'un diapason qui donne 62 vibrations à la seconde. Comme la longueur du trajet nerveux centripète et centrifuge qui doit être parcouru est à peu près de 1 mètre (chez les adultes), l'effet d'une interception centrale sera très faible, dans des conditions normales, d'après ce que l'on sait de la rapidité de propagation à travers les nerfs humains. Chez les enfants, l'interception paraît plus forte et la durée de la période latente plus prolongée (jusqu'à 0,04839 secondes).

» La durée de la courbe de la période convulsive varie chez l'homme sain de 6 à 14 vibrations (10 à 12 en moyenne). »

Que le lecteur, curieux de connaître à fond la question du réflexe tendineux se reporte aux travaux de l'Ecole de Paris.

Il y verra que le phénomène est caractérisé par la contraction spasmodique du triceps consécutivement à la percussion du ligament rotulien;

Que cette percussion se fait à l'aide d'un petit marteau à tige de baleine, un peu flexible, par conséquent;

Et enfin que, suivant l'état pathologique du sujet, la contraction se produit plus ou moins vite après la percussion, et se montre plus ou moins forte qu'à l'état normal.

Avec un peu d'habitude, la vue suffit parfaitement pour apprécier les différences. Le praticien, d'ailleurs, sait jusqu'à nouvel ordre se contenter de cette approximation, car les méthodes graphiques sont toutes à peu près aussi simples que

celles du professeur Eulenburg, de Greifswald. C'est ajouter que nous n'insisterons pas davantage sur aucune d'elles.

(A suivre.)

JOUIN,
Interne des Hôpitaux.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelle géographie universelle, la terre et les hommes, par Élisée RECLUS. — Cet ouvrage qui laisse bien loin derrière lui tout ce qui a paru en fait de géographie universelle, mérite que nous en disions quelques mots aux lecteurs de la *Revue médicale*. Sa réputation n'est plus à faire et sa valeur est déjà tellement appréciée que plusieurs des volumes parus sont épuisés et que leur réimpression ne marche pas assez vite au gré de ceux qui voudraient les posséder. Et cependant il n'y a encore que six volumes publiés sur les quinze que comprendra l'ouvrage entier. C'est que la géographie telle qu'on l'entend de nos jours et telle qu'on aurait toujours dû la comprendre, n'est pas le catalogue aride et monotone de noms de pays, fleuves, montagnes, rivières, caps, presqu'îles, etc., que l'on trouve encore dans certains manuels destinés à l'enseignement. La géographie est à proprement parler une science naturelle; elle doit donc être traitée par les mêmes procédés, c'est-à-dire être descriptive. Elle doit s'enseigner de la même manière, c'est-à-dire le crayon à la main et représentant les choses telles qu'elles sont. Quel meilleur moyen, en effet, de faire connaître un pays que d'en dessiner d'abord les contours qui le séparent de la mer ou des régions voisines et d'en indiquer ensuite l'ossature, c'est-à-dire les chaînes de montagnes qui accusent le relief du sol. De la sorte les différentes vallées se trouvent circonscrites et rien ne sera plus facile que d'y placer les fleuves et les rivières qui en occupent le thalweg ou les lacs dont les eaux sont réunies dans les dépressions des plaines et des plateaux.

Mais ces montagnes ont une histoire que la géologie nous apprend, elles renferment des filons de roches et de minerais bons à exploiter; à leur surface croissent des forêts et des pâturages au milieu desquels pullulent des plantes médicinales à l'action physiologique souvent puissante. Dans les plaines poussent des moissons, des fruits, des textiles, etc. Mais ce

qu'il faut le plus étudier, c'est l'homme qui occupe ce milieu, son origine, son histoire, ses mœurs, coutumes, usages, croyances, religion, gouvernement, etc. C'est cette étude qui nous permettra de saisir le génie propre d'une nation, sa vocation, ses destinées. Mais l'homme qui met la terre en œuvre, qui, après l'agriculture, a créé l'industrie, ne consomme pas tous les produits du sol, il vend à l'étranger tout ce qui dépasse ses besoins et il reçoit, en échange, ce qui lui manque. Voilà qui permet de juger la nécessité, l'utilité et l'importance des relations commerciales.

Mais à côté de ces connaissances générales qui font de la géographie une science aussi attrayante qu'agréable, le médecin en retire un avantage particulier. Il remarque que les différents milieux ne sont pas également favorables à la santé de l'homme, et il cherche à deviner les causes qui rendent tel pays malsain, tel autre salubre. Il apprend ainsi qu'une affection commune en certain lieu, est rare en un autre où les malades pourront trouver soulagement ou guérison. L'étude des climats ne fait-elle point partie de l'hygiène, l'une des sciences les plus indispensables que doive posséder l'homme qui se livre à l'art de guérir? Il suffit pour s'en convaincre de lire les nombreux chapitres que le professeur Bouchardat a consacrés aux climats, au sol, à l'atmosphère, à la genèse du choléra-morbus asiatique et de la fièvre jaune en Amérique et au Sénégal, dans le magnifique et volumineux *Traité d'hygiène publique et privée, basée sur l'étiologie*, qu'il vient de publier (1). De son côté, le professeur Jaccoud n'a-t-il pas fait, pendant nombre d'années, l'examen personnel de toutes les localités qui ressortissent au traitement de la phthisie et n'attribue-t-il pas à cette connaissance directe des localités, la compétence particulière qu'il possède à cet égard? C'est du moins ce qui résulte de la lecture de son nouveau et très intéressant livre intitulé *Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire* (2).

Cette étude spéciale de la géographie est donc, pour le médecin, le seul moyen de connaître et d'apprécier l'influence du milieu et du climat sur le développement des races humaines et sur les conditions qui assurent leur prospérité ou leur décadence. C'est là également qu'il apprendra à reconnaître parmi les productions si variées et si multipliées que la terre produit à sa surface ou qu'elle renferme dans son sein, quelles sont celles

(1) Un volume in-8° d'environ 1,260 pages. Librairie Germer-Baillière.

(2) Un volume in-8° de 484 pages. Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier.

qu'il peut utiliser comme remèdes dans les maladies et surtout dans les épidémies qui déciment parfois l'humanité.

C'est parce que M. Elisée Reclus a compris la géographie avec cette vue large qui explique les choses par leurs causes naturelles, que son ouvrage a une importance capitale qui n'échappera à aucun homme intelligent. Pour mieux initier son lecteur à la description d'une contrée, il nous la représente dans une multitude de cartes qui nous permettent d'en étudier l'ensemble et les détails. Des gravures nous montrent les principaux monuments et les costumes nationaux, tandis que des cartes imprimées en plusieurs couleurs nous représentent la statistique animée des races, des productions, de la densité de la population, de son degré d'instruction, etc., etc.

Ainsi, par exemple, le premier volume qui est consacré à l'Europe méridionale (Grèce, Turquie, Roumanie, Serbie, Italie, Espagne et Portugal) contient 73 gravures, 4 cartes en couleur tirées à part, et 173 cartes intercalées dans le texte. Les événements politiques qui se déroulent en Orient, surtout en Grèce et en Turquie, donnent une vraie actualité à ce volume. Tous ceux qui s'intéressent à la situation nouvelle que les changements survenus en Afrique, viennent de créer dans le bassin méditerranéen, y puiseront les notions qui leur permettront de mieux apprécier la conduite politique des différents peuples qui se disputent la suprématie dans la Méditerranée.

Le second volume contient uniquement *la France*. Notre pays qu'on a trop accusé d'ignorer la géographie, méritait bien cette étendue dans ce magnifique ouvrage. On y trouvera une grande carte de la France, dix cartes en couleur, 69 vues et types gravés sur bois, 234 cartes intercalées dans le texte. Nous ne nous appesantirons pas sur ce tome II qui contient une description de notre pays tracée de main de maître. Qu'il nous suffise de dire que le premier tirage a été rapidement épuisé et qu'un nouveau a dû être fait au commencement de cette année.

N'oublions pas de rappeler que c'est à la maison Hachette, d'où sortent aujourd'hui tant d'œuvres colossales et magnifiquement illustrées, que nous devons la publication de la *Nouvelle Géographie universelle*. Rien n'a été négligé pour en faire un ouvrage de grande valeur. Le format in-8° jésus, le papier, l'impression, l'illustration, ne laissent rien à désirer. Il eût été difficile de mieux faire sous le rapport matériel. Quant à l'esprit dans lequel l'œuvre est conçue, nous devons rendre

justice à l'impartialité de l'auteur qui, sauf de rares exceptions, juge et apprécie sainement les choses, tant il est difficile de se dépouiller complètement du milieu où l'on vit. La maison Hachette possède, dans le *Tour du Monde*, le plus beau journal de voyages qui se puisse rencontrer. C'est la meilleure préparation à l'ouvrage de M. Elisée Reclus, auquel il peut également servir de complément. Voilà plus de vingt ans que, chaque semaine, paraît une livraison du *Tour du Monde*. Aussi la collection comprend-elle actuellement vingt volumes qui contiennent 330 voyages, environ 11,000 gravures et 400 cartes ou plans. Beaucoup de ces voyages ont été exécutés et racontés par des médecins qui ont traversé des pays peu ou pas connus, en se livrant à des observations d'histoire naturelle, d'anthropologie, d'hygiène et de pathologie comparée, qui rendent leurs récits très intéressants et très instructifs.

A bientôt l'étude des volumes suivants de la *Nouvelle Géographie universelle, la Terre et les Hommes*, par Elisée Reclus.

Dr Y...

REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

Médecins et pharmaciens.

L'obligation de respecter scrupuleusement les prescriptions données par un médecin, sans pouvoir y apporter une modification, s'impose-t-elle aux pharmaciens comme une règle professionnelle? Oui, nous n'hésitons pas à penser qu'un pharmacien ne peut, de son plein gré et dans la croyance même d'une erreur, changer l'ordonnance, à lui remise, sauf à lui, s'il croit une faute possible, à en référer immédiatement au médecin prescrivait.

Mais s'ensuit-il de là qu'il doive aveuglément suivre cette ordonnance, dans le cas même où il la jugerait dangereuse.

En d'autres termes, son ministère est-il forcé? Nous n'hésitons pas à répondre : Non. En effet, le pharmacien, encourant une responsabilité personnelle, ne peut être contraint de distribuer des remèdes, dont l'application où les doses sembleraient mauvaises à son appréciation scientifique.

C'est ce que le Tribunal civil de la Seine vient de décider dans une affaire récente.

En octobre 1880, le docteur B... était appelé en grande hâte par le sieur Rozier, cultivateur à Montreuil-sous-Bois, dont l'enfant se débattait sous les atteintes du croup. Une ordonnance rédigée fut portée par le malheureux père à un pharmacien voisin, le sieur Jeanmaire; celui-ci se refusa à préparer la potion demandée, sous le prétexte que le vomitif ordonné contenait une dose trop forte et de nature à nuire au malade.

Devant ce refus, M. Rozier prit le parti de soumettre l'ordonnance à un autre médecin qui partagea l'avis du pharmacien.

Le docteur B... ne fut naturellement pas rappelé auprès de l'enfant, qui, malgré tous les soins donnés, ne tarda pas à expirer; le père, en proie à une douleur légitime, ménagea peu le docteur B... dans plusieurs conversations et n'hésita pas à dire que son intervention maladroite avait eu une large part dans ce malheureux événement.

Le docteur B... se décida alors à poursuivre MM. Rozier et Jeanmaire auxquels il demanda 5,000 francs de dommages-intérêts, reprochant au premier des propos, et au second le refus opposé lors de la remise de l'ordonnance.

Et voici le jugement qui a suivi l'instance engagée:

« Le Tribunal,

» Attendu que les faits imputés par le demandeur à Rozier et à Jeanmaire, et qui, aux termes de sa demande, seraient constitutifs d'un quasi-délit, ne sont pas établis quant à présent ;

» Attendu, d'autre part, que les faits par lui articulés et offerts en preuve ne sont ni pertinents ni admissibles ;

» Sur le fait n° 1 :

» Attendu, à la vérité, que l'obligation d'exécuter scrupuleusement les prescriptions médicales, sans pouvoir les changer ou modifier, s'impose aux pharmaciens comme une règle professionnelle, sauf à eux, s'ils croient à l'existence d'une erreur dans une ordonnance, à en référer immédiatement au médecin qui l'a délivrée ;

» Mais attendu qu'il ne s'ensuit pas que leur ministère soit en quelque sorte forcé ;

» Que décider le contraire serait placer les pharmaciens vis-à-vis des médecins dans un état de sujétion qu'aucune disposition de loi n'autorise ;

» Attendu qu'il est certain que le pharmacien s'expose à

être personnellement recherché, non seulement au cas où il aurait mal exécuté, changé ou rectifié une prescription médicale, mais même au cas, où il se serait scrupuleusement conformé à une ordonnance qui renfermerait une erreur évidente ;

« Qu'il y a lieu d'en conclure d'une manière générale qu'un pharmacien peut se refuser à exécuter une ordonnance qu'il considère comme dangereuse, s'il est constant qu'il n'a été déterminé que par des appréciations scientifiques, en vue de sauvegarder sa propre responsabilité et sans intention de nuire à autrui ;

» Attendu que l'articulation proposée sous le n° 1 manque précisément des éléments constitutifs d'un délit ou d'un quasi-délit ;

» Attendu d'ailleurs que le demandeur lui-même allègue qu'un de ses confrères de Montreuil, consulté après lui, aurait trouvé la médication prescrite trop considérable, ce qui suffirait tout au moins pour expliquer le refus du pharmacien Jeanmaire ,

» Sur les faits compris sous les n°s 2 et 3 :

» Attendu qu'ils se réfèrent à une conversation tenue entre Rozier et le pharmacien Blaye, dans l'officine de ce dernier et n'ayant eu aucune publicité ;

» Attendu que ces deux faits sont étrangers à Jeanmaire ;

» Attendu que la démarche de Rozier auprès de Blaiye, ainsi que les propos qui lui sont imputés, à les tenir pour établis, démontrent sa bonne foi et celle de Jeanmaire ;

» Sur le fait n° 4 :

» Attendu que cette articulation est produite dans des termes vagues et indéterminés et ne saurait être combattue par la preuve contraire ;

» Par ces motifs :

» Sans s'arrêter ni avoir égard à l'articulation proposée, déclare le demandeur mal fondé dans sa demande, l'en déboute et le condamne aux dépens. »

Fabrice CARRÉ,
Avocat.

NOUVELLES

M. PASTEUR FABRICANT DE POISONS. — Pendant que les journaux annoncent au monde entier que M. Pasteur est à la veille de trouver le microbe et l'insecticide de la fièvre jaune au *risque de grands dangers pour sa vie*, nous songeons avec sollicitude à ces honorables confrères de l'armée et de la marine qui affrontent réellement l'influence de la contagion avec un courage modeste et un dévouement sans bornes. Puisse ce cri sympathique parvenir à leurs oreilles. Quant à M. Pasteur, nous lui souhaitons bonne chance et prompt retour, pour répondre aux nombreuses demandes de *vaccin carbonifuge*. Voici d'ailleurs la lettre qui est en train de parcourir toute la presse et que le savant vaccinateur vient d'adresser au préfet de Seine-et-Marne :

« J'étais à Londres lorsque vous êtes venu pour m'entretenir de votre désir de demander au Conseil général de Seine-et-Marne une somme à affecter à la création d'une petite fabrique de vaccin,

» Je crois que cette création serait prématurée. Bien des questions de détail sont encore à réconcilier, qui ne peuvent l'être en ce moment que par moi. Par exemple, tout le vaccin qui est sorti de mon laboratoire depuis un mois appartient à des cultures récentes. La fabrique suppose le magasin, l'emploi à longs intervalles des tubes préparés. Des difficultés, faciles à lever sans doute, peuvent se présenter pour la conservation du vaccin, la forme des vases, etc.

» Du reste, ne craignez pas la disette du précieux liquide pour l'an prochain. Le charbon ne sévit pas d'une manière sensible pendant l'hiver. Or, dès à présent, je dispose tout pour une fabrication sur une plus grande échelle. Je trouverai, après les vacances, un à deux hectolitres de culture déjà préparés, et au mois de mars ou avril, où la vaccination pourra commencer utilement, il y aura, je l'espère, du vaccin préparé pour un million d'animaux.

» Une personne prise dans mon laboratoire, intelligente, n'aura d'autre occupation que la préparation du vaccin pendant toute l'année. Elle sera secondée par un homme de peine. Il y aura un entrepôt de tubes de vaccin dans notre quartier. J'espère pouvoir le mettre entre les mains des vétérinaires à cinq centimes par tête de bétail, au prix de revient à peu près.

» Pendant la première année, il y aura lieu de contrôler l'état du vaccin conservé, la permanence de ses vertus préservatrices. Une installation en province m'occuperait et me préoccuperait à l'égal de la propre fabrique que je vais disposer.

» Lorsque la régularité du fonctionnement de celle-ci aura fait ses preuves il sera temps de donner suite à votre projet, et vous pourrez compter alors sur mon empressement à servir.

» J'ai la satisfaction de vous informer que, grâce au dévouement de chacun, collaborateurs, aides, garçons de laboratoire, le chiffre des animaux vaccinés approche aujourd'hui de 30,000 (trente mille moutons) et quelques centaines de bœufs, vaches, chevaux. »

Nous ignorons si M. Pasteur s'est mis en règle avec les lois; il en est une sur les remèdes secrets, il en est une autre sur la vente des poisons, il en est d'autres encore concernant l'hygiène. Nous ne discutons plus sur le terrain scientifique; nous considérons comme un devoir vis-à-vis du public de ne plus invoquer désormais, dans cette affaire, que les termes de la loi.

Tant que M. Pasteur n'aura pas clairement démontré que la vente d'animaux

de boucherie contaminés par l'inoculation du virus charbonneux n'est pas un danger pour la santé publique; tant que M. Pasteur n'aura pas livré à la publicité scientifique ses procédés de culture vaccinale, nous ne cesserons de dire à l'administration compétente qu'elle assume une grave responsabilité en permettant la vente de pareils poisons, *caveant consules!* E. F.

— **LE LABORATOIRE MUNICIPAL.** — Depuis un certain temps, il n'est bruit que des erreurs commises par les exports du Laboratoire municipal dans les analyses qui leur sont confiées.

En voici un exemple éclatant :

La huitième chambre du Tribunal de la Seine vient d'avoir à examiner le cas d'un commerçant chez lequel un échantillon de vinaigre avait été saisi par les inspecteurs du Laboratoire municipal.

Cet échantillon, analysé à la préfecture de police, avait été reconnu mauvais.

Le chimiste chargé d'en faire l'examen y avait découvert de l'acide sulfurique *libre* à la dose de 1 gramme 70 centigrammes par litre.

Voilà donc le commerçant poursuivi, traduit devant un juge d'instruction.

Reconnaissez-vous, lui dit le juge, avoir ajouté de l'acide sulfurique au vinaigre que vous vendez à vos clients?... Notre homme proteste, se récrie de toutes ses forces : bref, le juge ordonne qu'une contre-expertise sera faite sur la portion non utilisée de l'échantillon saisi. De son côté, le commerçant, à peine sorti du cabinet d'instruction, court à son magasin, prend deux bouteilles du vinaigre incriminé, porte l'une d'elles au Laboratoire municipal et l'autre à un chimiste des plus compétents.

Ce chimiste examine le vinaigre et n'y trouve pas trace d'acide sulfurique libre.

L'expert du Laboratoire municipal n'en trouve pas davantage.

Quant à l'expert officiellement commis par le juge d'instruction, non seulement il ne trouve pas trace d'acide sulfurique libre, mais il constate que le vinaigre suspect ne contient que des traces de sulfates.

Où donc le premier expert du Laboratoire municipal avait-il pu trouver les 170 centigrammes d'acide sulfurique *libre* signalés dans son rapport?

Voilà, assurément, une question plus facile à poser qu'à résoudre. (*Moniteur commercial et agricole.*)

— **Mortalité à Paris.** — Population d'après le recensement en 1876 1,988,806 habitants, y compris 18,380 militaires. Population probable de 1881 : 2,020,000. — Du vendredi 15 au jeudi 21 septembre, les décès ont été au nombre de 947. Ils sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde, 19. — Variole 15. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 33. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 8. — Fièvre puerpérale, 7. — Méningite, 44. — Phthisie pulmonaire, 188. — Tuberculose, 11.

Autres affections générales, 79. — Débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 56. — Entérite de l'enfance, 93. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 79; — de l'appareil circulatoire, 45; — de l'appareil respiratoire, 51; — de l'appareil digestif, 50; — de l'appareil génito-urinaire, 24; — de la peau et du tissu lamineux, 3. — Os et articulations, 7. — Morts violentes, 38. — Causes non classées, 5. — Nombre absolu de la semaine, 947.

Résultats de la semaine précédente, 935.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

8 Octobre 1881

APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE. — **Physiologie des sons de la voix et de la parole**, par le Dr Edouard FOURNIÉ (1). — Je me propose de vous soumettre quelques vues nouvelles sur la formation des sons de la voix et de la parole.

Voix. — Vous savez qu'il existe deux théories classiques touchant la formation des sons de la voix. La première explique la formation des sons d'après le mécanisme du développement du son dans les tuyaux à bouche de l'orgue. La seconde rattache cette production au procédé du développement du son dans les anches membraneuses.

Ces deux théories ne représentent pas la vérité. Il suffit, en effet, de regarder ce qui se passe dans le larynx, au moyen du laryngoscope, pendant l'émission d'un son, pour acquérir la certitude que l'anche aérienne qui se forme entre les deux rubans vocaux rapprochés ne peut se briser, se limiter comme cela est indispensable pour qu'il y ait vibration sonore, sur un biseau convenable. Les partisans de cette théorie ont bien dit que le biseau est fourni par les ligaments thyro-arythénoïdiens supérieurs, mais l'anche aérienne ne peut pas s'incurver à droite et à gauche, pour aller se briser sur ces ligaments.

Quant à la seconde théorie, qui est celle de Müller, elle est inacceptable parce que ce grand physiologiste croyait que les rubans vocaux, constitués par la muqueuse, par la fibreuse et par le muscle thyro-arythénoïdien vibrent dans leur totalité. Cette vibration est expérimentalement impossible.

C'est après ces constatations diverses que nous avons cherché, à notre tour, à résoudre le problème.

Ayant détaché le larynx d'un cadavre nous avons examiné attentivement ce qui se passait dans les rubans pendant que nous

(1) Communication faite par l'auteur au Congrès médical international de Londres, section de physiologie, août 1881.

cherchions à les faire vibrer en soufflant dans un tube de caoutchouc fixé à la trachée. Dans ces conditions, nous ayons vu que le souffle détache la muqueuse du bord des rubans, et nous avons constaté que c'est ce repli muqueux seul qui fournit les vibrations sonores.

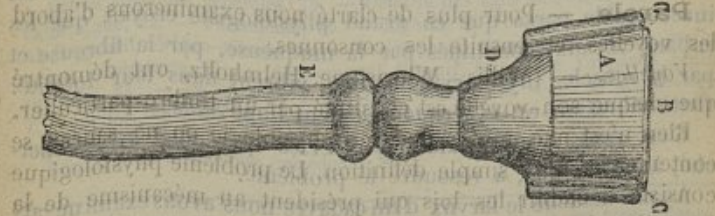
Pour en avoir la certitude, d'ailleurs, nous avons fait la contre-épreuve en enlevant complètement la muqueuse qui recouvre le ruban. Dans ces conditions nous avons obtenu un bruit explosif, mais pas de vibrations sonores convenables.

Considérant ensuite que la muqueuse est unie au bord des rubans par un tissu cellulaire très lâche, ce qui lui permet de se détacher facilement; considérant de plus, qu'en ce point la muqueuse se recouvre d'épithélium pavimenteux comme toutes les membranes à frottement, nous en avons conclu que le repli muqueux qui borde les rubans vocaux constitue à lui seul le corps vibrant des sons de la voix — bien entendu le son initial. — C'est le son analogue à celui de toutes les embouchures d'instruments à vent.

Après avoir déterminé ce premier point du problème, nous avons voulu savoir comment se produisaient les changements de ton.

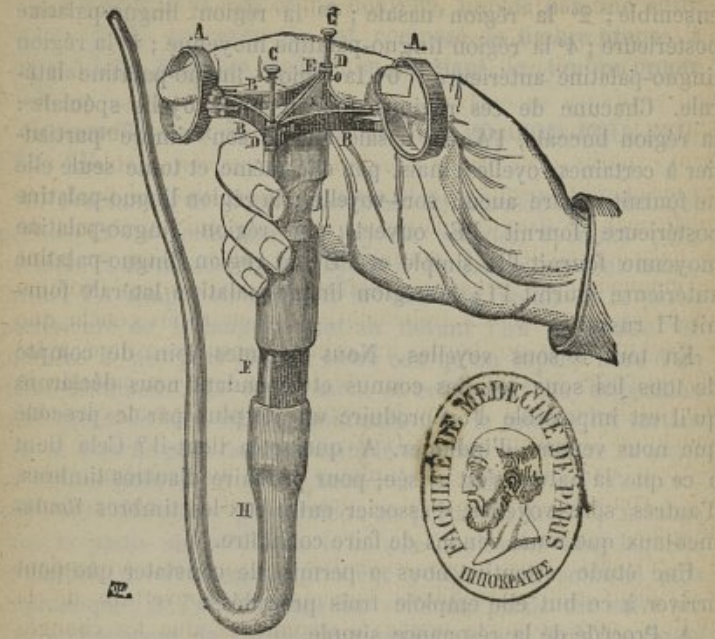
A cet effet, nous avons engendré des sons, soit en tendant les rubans, soit en modifiant l'étendue de l'ouverture de la glotte et nous sommes arrivé à reconnaître que les changements de ton sont produits par l'emploi simultané de ces deux procédés. Autrement dit, chaque ton est produit par une modification de la tension et par une modification de l'étendue de l'ouverture de l'anche vocale.

Une fois bien pénétré de ces conditions nous avons cherché, comme démonstration, à réaliser les procédés de la nature et cela nous a conduit à inventer un *larynx artificiel*.



Anche nouvelle en caoutchouc.
A, lames de caoutchouc. — B, ouverture de l'anche. — C, partie vibrante.
D, tube de caoutchouc. — E, tuyau porte-vent.

Ce larynx se compose d'une anche membraneuse en caoutchouc sur laquelle agissent, par pression, quatre ressorts en



Larynx artificiel.

AA, anneaux au moyen desquels on exerce la pression. — BB, ressorts métalliques. — CC, tiges d'acier passant dans les coulisses de l'anche. — DD, articulations mobiles des ressorts avec les tiges. — F, tube métallique. — H, tube de caoutchouc. — X, anche de caoutchouc.

acier de telle façon que l'occlusion progressive et la tension simultanées puissent provoquer tous les changements de ton qu'on rencontre dans la voix humaine.

Parole. — Pour plus de clarté nous examinerons d'abord les voyelles et ensuite les consonnes.

Voyelles. — Willis, Wheastone, Helmholtz, ont démontré que chaque son-voyelle est constitué par un timbre particulier.

Rien n'est plus juste; mais en physiologie on ne saurait se contenter de cette simple définition. Le problème physiologique consiste à établir les lois qui président au mécanisme de la formation des voyelles et des consonnes par le tuyau vocal.

Partant de cette vérité, que chaque voyelle est constituée par un timbre particulier, nous avons cherché dans le tuyau vocal

Octobre, T. II, 1881.

44

les parties qui peuvent fournir, par leur disposition, un timbre spécial.

Nous en avons trouvé six : 1^o la région buccale dans son ensemble ; 2^o la région nasale ; 3^o la région linguo-palatine postérieure ; 4^o la région linguo-palatine moyenne ; 5^o la région linguo-palatine antérieure ; 6^o la région linguo-palatine latérale. Chacune de ces régions fournit une voyelle spéciale : la région buccale, l'A ; la nasale fournit son timbre particulier à certaines voyelles ; mais, par elle-même et toute seule elle ne fournit encore aucun son-voyelle ; la région linguo-palatine postérieure fournit l'E ouvert ; la région linguo-palatine moyenne fournit l'E simple et l'É ; la région linguo-palatine antérieure fournit l'I ; la région linguo-palatine latérale fournit l'I russe.

En tout 5 sons voyelles. Nous sommes loin de compte de tous les sons voyelles connus et cependant nous déclarons qu'il est impossible d'en produire un de plus par le procédé que nous venons d'indiquer. A quoi cela tient-il ? Cela tient à ce que la nature s'est avisée, pour produire d'autres timbres, d'autres sons-voyelles, d'associer entre eux les timbres fondamentaux que nous venons de faire connaître.

Une étude attentive nous a permis de constater que pour arriver à ce but elle emploie trois procédés :

- A. Procédé de la résonance simple.
- B. Procédé de la double résonance.
- C. Procédé de la triple résonance.

Nous devons préciser ici et dire en quoi consistent ces procédés.

A. *Procédé de la résonance simple.* Ce procédé consiste à limiter une certaine étendue du tuyau vocal par le rapprochement des parties qui caractérisent chaque région et à favoriser ainsi, dans chaque cavité limitée, une résonance spéciale qui n'est autre chose que le timbre propre à chaque voyelle. Ce procédé mérite le nom de *résonance simple* parce que le son-voyelle possède toutes ses propriétés caractéristiques après avoir traversé l'orifice qui limite la cavité dans laquelle il s'est formé. L'A, par exemple, l'E, l'I, formés plus ou moins profondément dans l'intérieur de la bouche n'empruntent rien de leur caractère propre aux parties du tuyau vocal qu'ils traversent après leur formation dans un point déterminé.

Les voyelles formées par ce procédé sont au nombre de six : l'A, l'É, l'E, l'Ê, l'I, l'I russe.

B. Procédé de la résonance double. Ce procédé consiste à former d'abord un timbre spécial par le procédé que nous venons de décrire, et ensuite à modifier ce timbre en le faisant résonner dans une cavité nouvelle, limitée par une autre région. L'EU, par exemple, est composé du timbre propre à l'E qui, à son tour, se modifie en revêtant le timbre propre à l'U.

Ces voyelles sont au nombre de six : l'O, l'OU, l'Ê, l'EU, l'Ë, l'U.

C. Procédé de la triple résonance. Ce procédé est celui qui préside à la formation des voyelles nasales. Prenons pour exemple la formation de la voyelle A N. Lorsqu'on veut transformer l'A simple en A nasal le voile du palais et la partie postérieure de la langue, vont au devant l'un de l'autre de manière à ne plus laisser entre eux qu'un espace libre d'un demi-centimètre. Ce mouvement et cette nouvelle disposition sont suivis de trois effets significatifs : 1° le son de l'A sortant par la bouche perd de sa plénitude et revêt un timbre *étranglé* se rapprochant de g dans *gamme*; 2° la langue, qui s'est repliée sur elle-même pour mieux se porter en arrière, ménage dans la partie antérieure de la bouche une cavité dans laquelle le timbre de l'étranglement vient revêtir une sonorité plus euphonique; 3° l'abaissement du voile du palais est suivi de l'agrandissement de l'orifice qui conduit le son dans les fosses nasales, et de là une prédominance de la résonance nasale.

Ces trois effets réalisés représentent trois timbres confondus en un seul qui donnent à la voyelle A N son caractère propre.

Les voyelles obtenues par le procédé de la triple résonance sont au nombre de quatre et il ne peut y en avoir davantage : AN, ON, EIN, EUN. Il est facile de donner les motifs de cette impossibilité.

Les lois qui président à la formation des voyelles nous conduisent à une classification essentiellement physiologique des voyelles. Il suffit, en effet, de considérer, d'un côté les parties qui président à la formation des cinq timbres fondamentaux, de l'autre, les procédés selon lesquels ces timbres sont associés dans le but de produire de nouveaux timbres pour avoir un tableau méthodique de la formation des sons-voyelles. C'est ce que nous avons fait dans le tableau suivant :

CLASSIFICATION PHYSIOLOGIQUE DES VOYELLES

PROCÉDÉ DE LA RÉSONANCE SIMPLE				DOUBLE RÉSONANCE	TRIPLE RÉSONANCE
Région linguo- palatine postérieure	Région linguo- palatine moyenne	Région linguo- palatine antérieure	Région linguo- palatine latérale	Région buccale	Région bucco- nasale
A					AN
				O	ON
				OU	
E				È h. ur	EUN
	E	É		EU peu	EIN
				Ë cieux	
			I russe	U	

Consonnes. — Nous venons d'énumérer tous les timbres que le tuyau vocal peut produire. Cependant les consonnes sont, elles aussi, constituées par des sons, puisque nous les entendons. Qu'est-ce à dire ? Cela veut dire, que le phénomène sonore qui caractérise les consonnes n'est pas un son proprement dit; c'est un bruit, un murmure, un sifflement, une explosion, mais jamais un son-voyelle.

Il suit de là que, pour bien caractériser la consonne, il faut d'abord établir méthodiquement les accidents sonores qui entrent dans leur formation. Ces accidents sont : un souffle, l'H, le jota espagnol, le *ch* (char), le S, le F; un murmure oral : le *g*, le *j*, le Z, *th*, l'L et le double L, le V; un murmure nasal : le *ng* (onguent), le *gn* (seigneur), le N, le M; une demi-explosion : le *g* (gamin), le *dj* (adjuvant), le D, le DZ, le B; une explosion : le K, le *tch*, le T, le TS, le P.

Mais un murmure, un sifflement, une explosion ne suffisent pas pour caractériser une lettre. Qu'est-ce qu'il manque donc

ici ? Il manque un accident et cet accident est fourni par le déplacement des parties qui avaient engendré le phénomène sonore.

Expliquons-nous. Si vous prononcez le phénomène sonore du F, tant que durera le phénomène, j'entendrai un sifflement mais non un F complet ; mais si vous déplacez brusquement les parties qui engendrent le sifflement, je n'entends plus ce dernier, mais j'ai le sentiment que vous avez prononcé un F parce que votre sifflement est un sifflement fini, arrêté dans un temps convenable. Il se passe ici ce qui aurait lieu si vous vouliez représenter graphiquement un F sans limiter par un petit trait les deux barres horizontales.

Ce que nous venons de dire à propos du F est applicable à toutes les consonnes et nous pouvons affirmer, que le phénomène sonore et le déplacement des parties qui lui donnent naissance sont les facteurs essentiels de toute consonne.

L'immobilité des parties est indispensable dans les sons voyelles ; les consonnes au contraire, ne sauraient se produire sans la mobilité.

L'analyse qui précède nous permet, non seulement d'expliquer la formation de chaque consonne en particulier, mais encore elle nous donne la clé de la véritable classification des consonnes.

En effet, il suffit pour cela de considérer, d'un côté les parties qui donnent naissance au phénomène sonore et qui se déplacent, de l'autre la nature du phénomène sonore : le souffle nous donne un *h* dans la région glottique, un *j* dans la région linguo-palatine postérieure, un *ch* (chat) dans la région linguo-palatine moyenne, un *s* dans la région linguo-palatine antérieure, un *f* dans la région labio-dentale.

Le murmure oral nous donne un *g* (gueusli) dans la région linguo-palatine postérieure, un *j* dans la région linguo-palatine moyenne, un *z* dans la région linguo-palatine antérieure, un *th* (anglais) dans la région linguo-dentale.

Le murmure nasal nous donne un *ng* dans la région linguo-palatine postérieure ; un *gn* dans la région linguo-palatine moyenne ; un *n* dans la région linguo-palatine antérieure ; un *m* dans la région labiale.

La vibration nous donne un *r* dans la région linguo-palatine postérieure et un autre *r* dans la région linguo-palatine latérale. La formation de cette dernière lettre n'avait pas été bien comprise jusqu'ici. La vibration n'est fournie que par un des

bords de la langue, le gauche ou le droit, pendant que l'autre bord est appliqué sur la voûte palatine.

La demi-explosion, rendue possible par le passage du murmure dans la région nasale, immédiatement après le déplacement des parties, nous donne un *g* (gamin) dans la région linguo-palatine postérieure; un *dj* (adjuvant) dans la région linguo-palatine moyenne; un *d* dans la région linguo-palatine antérieure; un *dz* dans la région linguo-dentale; un *b* dans la région labiale.

L'explosion produite par l'occlusion du tuyau vocal en un point déterminé et variable pour chaque lettre nous donne un *k* dans la région linguo-palatine postérieure; un *tch* dans la région linguo-palatine moyenne; un *t* dans la région linguo-palatine antérieure; un *ts* dans la région linguo-dentale; un *p* dans la région labiale.

CLASSIFICATION DES CONSONNES

RÉGIONS	SOUFFLANTES	MURMURANTES ORALES	MURMURANTES NASALES	VIBRANTES	DEMI EXPLOSIVES	EXPLOSIVES
Glottique.	H					
Linguo-palatine postérieure	Jota espagnol	g guesiti	ng onguent	R	g gamin	k
Linguo-palatine moyenne.	Ch chat	j jardin	gn seigneur		dj adjuvant	tch
Linguo-palatine antérieure.	S	Z	N	R	D	T
Linguo-dentale.		th anglais			DZ	TS
Linguo-palatine latérale.		Ll. L				
Labio-dentale.	F	V				
Labia e.			M		B	P

En ramenant, comme nous venons de le faire, la formation des lettres à des lois précises, on voit clair du premier coup dans un sujet passablement embrouillé jusqu'ici et on obtient un classement facile de ces éléments de la parole. C'est ce que nous avons fait dans le tableau ci-contre.

Nous avons voulu faire pour les sons de la parole ce que nous avons réalisé pour les sons de la voix, c'est-à-dire reproduire artificiellement l'articulation des sons de la parole. Notre appareil n'est pas encore terminé, mais il est suffisamment avancé pour que nous ayons la certitude de son bon fonctionnement.

REVUES CLINIQUES

HOSPICE SAINT-LOUIS

CLINIQUE DU D^r PEAN.

Les lecteurs de la *Revue médicale* ont pu lire dans le numéro du 27 août dernier, la clinique de M. de Saint-Germain sur la trachéotomie. Nous croyons intéressant de rapprocher des procédés préconisés par l'habile chirurgien de l'hôpital des Enfants, la méthode employée par M. Pean et dont nous trouvons l'exposition complète dans la leçon suivante recueillie le 23 juillet à l'hôpital Saint-Louis.

Trachéotomie. — La malade que je vous présente, messieurs, est affectée d'un cancer du larynx. La lésion a suivi sa marche ordinaire. Aujourd'hui, comme vous pouvez le voir vous-mêmes, la respiration est devenue très pénible; de plus, la patiente est sujette à des accès de suffocation qui mettent tous les jours son existence en péril. Comme ces accès se rapprochent, comme ils prennent chaque fois une intensité plus considérable, rendant tout examen laryngoscopique difficile, partant toute intervention directe impraticable, nous n'hésitons pas à pratiquer la trachéotomie.

Je n'insisterai pas sur la symptomatologie du cancer du larynx, que vous connaissez tous, cette étude ayant déjà fait l'objet de plusieurs de nos cliniques de l'année, mais je vous exposerai en détail le manuel opératoire de la trachéotomie, telle que je la pratique généralement, et telle que je vais la pratiquer aujourd'hui devant vous. Car il est des cas où l'on est obligé,

vous le savez, d'opérer si vite que pour le premier temps, le temps d'ouverture de la trachée, l'on ne saurait plus admettre de règles fixes.

Voici donc, quand le danger n'est pas imminent, comment j'ai l'habitude de procéder.

Le patient est couché sur son lit, le cou tendu, la tête tenue dans l'extension forcée au moyen de coussins, le larynx aussi saillant que possible. Des aides intelligents tiennent les bras et les jambes. La lumière autant qu'on le peut, vient du côté des pieds du malade.

Fixant alors le larynx entre le pouce et l'index de la main gauche, je pratique l'incision de la membrane crico-thyroïdienne à quelques centimètres au-dessus de la fourchette sternale. Pour ne pas faire de fausse route, j'ai l'habitude de tracer, à l'encre, non seulement la ligne verticale médiane, mais encore les points de repère constitués par le bord supérieur du cartilage cricoïde et par son bord inférieur. De cette façon, je suis toujours sûr du terrain sur lequel je marche.

La peau coupée, je continue à inciser couche par couche, comme dans le *procédé de Trousseau*. Seulement, et à ce point de vue, ma méthode diffère absolument de toutes celles que l'on a successivement préconisées, je place des pinces hémostatiques sur tous les vaisseaux que je rencontre. Vous ne sauriez assez comprendre toute l'importance de cette pratique. Non seulement je puis marcher à jour et en me rendant toujours compte des parties que je traverse, mais j'opère aussi vite que possible, ne perdant pas à lier les vaisseaux un temps précieux.

Rapidité et précision dans l'opération, tels sont les deux avantages de ma méthode. J'ajoute que pour les obtenir, il ne faut pas craindre d'employer beaucoup de pinces et de serrer même les vaisseaux les plus insignifiants, comme vous me le voyez faire, d'ailleurs, toutes les fois que je recours à cet excellent procédé d'hémostasie.

Nous arrivons sur la trachée et nous en pratiquons l'ouverture. Comment allons-nous maintenant introduire notre canule ?

Vous savez que les auteurs préconisent le dilateur. Trousseau en avait adopté un à trois branches qui se trouve encore dans toutes les boîtes à trachéotomie. D'autres médecins en emploient un à deux branches préférable, en effet, au précédent. Et pourtant combien l'introduction de la canule est encore laborieuse avec cet instrument; combien il est dif-

ficile même de placer le dilatateur dans l'ouverture trachéale!

Tous les chirurgiens le savent, ce temps est incontestablement le plus émouvant de la trachéotomie, c'est aussi le plus dangereux quand le malade est en péril, le sang tombant dans la trachée tant que la canule n'est pas entrée et l'asphyxie faisant des progrès rapides.

Frappé de cette vérité, messieurs, j'ai fait construire un appareil qui supprime toute difficulté. Grâce à mon perfectionnement, le temps d'introduction de la canule devient le plus simple de tous, ainsi que vous allez pouvoir en juger.

Au lieu du dilatateur, je me sers d'un embout que je passe dans la canule et qui se termine par une extrémité aplatie latéralement et peu élevée, par un cône aplati si vous voulez.

L'instrument passé dans la canule à laquelle il s'adapte hermétiquement, je les pousse sur mon doigt vers l'ouverture trachéale qu'il franchit facilement, grâce à son extrémité amincie. Naturellement le reste suit. Je retire mon embout et la canule est introduite.

En résumé : incision des parties molles par couches séparées, les vaisseaux étant pincés à mesure qu'on les coupe ; ouverture de la trachée suivant le procédé de Trousseau, introduction de la canule au moyen de l'embout que je vous ai décrit. Telles sont les modifications qui caractérisent ma méthode. Je les crois, messieurs, dans la plupart des cas, capables de rendre les plus grands services.

Hypospadias. — Vous savez tous, messieurs, en quoi consiste l'hypospadias, l'affection du malade que je vais opérer aujourd'hui devant vous ; vous n'ignorez pas qu'elle est constituée par une ouverture anormale du canal de l'urètre dont l'orifice se trouve à la partie inférieure du pénis en arrière du méat, par conséquent, et à une distance variable suivant les cas.

Je ne vous exposerai pas les différentes variétés d'hypospadias, les degrés admis et décrits par les auteurs. Je ne veux vous entretenir que du manuel opératoire qu'il me paraît préférable d'adopter dans les cas où l'ouverture anormale se trouve à une petite distance du méat.

C'est ce que vous pouvez voir, messieurs, sur le malade que je vous présente. Agé de près de trente ans, cet homme, qui occupe le lit n° 4 de la salle Saint-Augustin, demande lui-même qu'on le débarrasse de son infirmité. En effet, sur le point de se marier, il craint, non sans raison, de ne pouvoir

Octobre, T. II, 1881.

45

devenir père, l'éjaculation s'effectuant chez les hypospades dans des conditions déplorables et le sperme n'étant pas comme à l'état normal, projeté sur l'utérus. Et puis, au point de vue de la miction, l'hypospadias détermine des troubles toujours très désagréables. Non seulement le malade ne peut uriner que la verge toujours relevée, mais l'étranglement du méat et le changement de direction du courant brisent ce courant, si bien que les vêtements sont mouillés d'urine, ce qui entraîne une foule de désagréments sur lesquels je n'ai pas besoin d'insister. Joignez à cela des pertes séminales fréquentes, phénomène pathologique signalé chez presque tous les sujets affectés d'anomalie de l'urèthre et vous comprendrez, messieurs, l'utilité, sinon la nécessité, d'une opération qui rende au malade, sans compromettre d'ailleurs sa santé, l'intégrité de fonctions aussi importantes.

A quelle méthode opératoire donnerons-nous la préférence. Trois, vous le savez, ont été successivement préconisées : la perforation, l'uréthrorrhaphie et l'uréthroplastie.

Je n'admets guère la *perforation* que dans le cas où le canal persiste sur toute ou presque toute son étendue, dans les cas, par conséquent, où l'anomalie constitue plutôt une véritable fistule uréthrale qu'un hypospadias proprement dit. Dans les autres, en effet, l'opération est toujours suivie de rétrécissements qui la rendent illusoire.

Quant à l'*uréthrorrhaphie*, c'est-à-dire au rapprochement des deux bords avivés de la gouttière sous-pénienne, le passage de l'urine l'empêche presque toujours de donner des résultats satisfaisants, alors même que l'on pratique des incisions longitudinales pour parer au gonflement consécutif.

Reste l'*uréthroplastie*, qui est également passible du reproche que nous adressions à la méthode précédente : elle expose les tissus saignants au contact des urines et compromet ainsi le succès de l'opération.

Aussi avons-nous cru devoir la modifier et la pratiquer d'une façon qui met presque sûrement à l'abri d'un insuccès immédiat et d'un rétrécissement dans un temps plus ou moins éloigné. Voici comment nous procédons.

Dans une première séance, nous élargissons au bistouri la gouttière sous-pénienne qui se trouve en avant de l'ouverture anormale de l'urèthre. C'est ce que nous avons fait il y a quinze jours à notre malade. Depuis ce temps, cautérisée tous les jours et maintenue béante au moyen de crins de charpie,

cette gouttière a eu le temps de se couvrir de granulations, tout en présentant une surface étendue et dans laquelle il sera facile de trouver l'étoffe d'un large canal.

Je dois vous dire, messieurs, qu'une légère hémorrhagie des corps caverneux nous a obligé à laisser pendant les deux premiers jours qui ont suivi l'incision trois pinces hémostatiques à demeure. Nous allons aujourd'hui procéder à la seconde partie de l'opération. Je taille en arrière de l'orifice anormal un lambeau rectangulaire que je rabats en avant, la surface cutanée tournée du côté du canal.

Comme dans l'uréthrorrhaphie je pratique deux incisions latérales parallèles au bord de la gouttière et situées à un centimètre et demi de celle-ci. Je dissèque les deux lambeaux rectangulaires ainsi constitués, tout en les laissant adhérer en haut et en bas ; puis j'insinue sous eux mon lambeau. Les deux lambeaux latéraux sont unis l'un à l'autre sur la ligne médiane par des fils métalliques extrêmement fins ; leurs bords externes sont fixés aux bords du lambeau médian et l'opération est terminée.

De cette façon :

1° J'évite le contact de l'urine avec les surfaces saignantes ;
2° Mes deux lambeaux latéraux me donnent toutes les chances de guérison que j'aurais le droit d'attendre de l'uréthrorrhaphie simple.

3° Mon lambeau pénien ne remplace pas seulement le lambeau de l'uréthroplastie simple, il a d'autant plus de chance d'adhérer : (a) qu'il est en rapport par sa face externe avec les faces de lambeaux latéraux ; (b) et qu'il adhère latéralement à des bords largement avivés ; (c) enfin qu'il reçoit le sang par une large base non tordue, comme dans les cas d'uréthroplastie simple, partant dans des conditions aussi bonnes que possible.

Voilà, je crois, assez de raisons, messieurs, pour légitimer le choix de la méthode que je viens de vous exposer.

JOUIN,

Interne des Hôpitaux.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — CHROBACK. — **Sur le traitement du catarrhe utérin.** — *Wiener. med. Wochenschrift*, p. 411, 1884. — Cet article est une sorte de revue faite avec beaucoup de soin et qui pourra être consultée avec fruit. L'auteur, après avoir étudié les causes générales qui prédisposent au catarrhe utérin ou le produisent, étudie les différentes indications qui résultent de l'existence d'une métrite chronique.

La première indication est d'ouvrir largement le canal cervical afin de donner une issue aux liquides qui s'accumulent dans la cavité du corps de l'utérus, et aussi afin de pouvoir agir directement sur la muqueuse utérine. Pour arriver à ce résultat, on peut suivre deux méthodes : 1° pratiquer des incisions sur le col — c'est la méthode sanglante ; 2° introduire dans le canal cervical des corps qui se gonflent par l'humidité, produiront la dilatation désirée — c'est la méthode non sanglante.

L'auteur, qui a déjà eu l'occasion, dans plusieurs écrits antérieurs, de traiter cette question, se prononce d'une manière absolue pour cette dernière méthode. Dans la méthode non sanglante, on peut agir plus ou moins rapidement, suivant le besoin ou le désir de l'opérateur. Une fois le canal suffisamment ouvert, on agit directement sur la muqueuse utérine, soit en portant sur elle des médicaments plus ou moins énergiques, soit en se servant d'une curette pour râcler la muqueuse utérine.

Schræder et *Martin* (tous deux chirurgiens de Berlin) emploient de préférence cette dernière méthode. Mais on ne sait pas encore s'ils obtiennent plus de guérisons radicales que les chirurgiens qui n'emploient jamais la curette et se contentent d'appliquer directement des topiques sur la muqueuse utérine. C'est, du reste, pour cette dernière méthode de traitement que se prononce Chrobach, surtout dans les cas récents.

Nous remarquerons que dans ce mémoire sont discutées deux questions de la plus haute importance pour les gynécologues : 1° la meilleure méthode d'obtenir l'élargissement du canal cervical consiste-t-elle à agir rapidement par des instruments tranchants, ou bien en employant des corps comme

la laminaria, l'éponge, etc.? 2° est-il vrai que l'on doit rejeter complètement le curage de l'utérus dans le cas de métrite chronique? Nous ne discuterons pas nous-même cette question, mais fidèle au plan que nous avons adopté en faisant ces revues, nous nous proposons de mettre prochainement sous les yeux de nos lecteurs, les analyses d'un certain nombre de mémoires publiés sur ces deux sujets.

II. — FRIEDRICH. — **Deux cas d'éléphantiasis de la vulve.** — (*Centralblatt für Gynæk.*, p. 173, 1881. — On lira avec intérêt les deux observations qui constituent le fond de ce mémoire, d'abord parce qu'elles sont très complètes, puis parce que l'affection est très rare et qu'il est toujours intéressant d'étudier les différents procédés opératoires adoptés par les auteurs. Friedrich pense que l'ablation de la tumeur avec le bistouri est de beaucoup préférable à l'emploi de l'écraseur ou du caulère actuel. Car on peut, par la première de ces méthodes, obtenir des résultats plastiques bien supérieurs à ceux donnés par les deux dernières.

Des dessins annexés à ce mémoire permettent de suivre aisément comment, dans les deux faits particulièrement rapportés ici, l'auteur a pu circonscrire la tumeur, l'enlever et pratiquer ensuite une suture qui devait donner les meilleurs résultats plastiques.

Un examen histologique très circonstancié des tumeurs ainsi enlevées a été pratiqué. Il a permis de reconnaître qu'elles constituaient ce que l'on a nommé l'éléphantiasis mou papillaire. L'épiderme était d'une épaisseur normale; par places, il présentait des taches brunes, mal limitées. Le réseau de Malpighi était envahi par des corpuscules bruns. Le corps papillaire présentait un grand développement. Les papilles étaient envahies par des fibrilles minces et par des corpuscules ronds. Mais le point le plus important qui ait été constaté est l'ectasie du réseau lymphatique.

III. — HEUGEBAUER. — **Quelques mots sur la suture médiane du vagin comme moyen de soutien de l'utérus** — (*Centralblatt für Gynæk.*, p. 3, 1881.) — Dans un court historique, l'auteur rappelle que ce procédé a été exposé pour la première, fois en 1823, par Gérardin.

L'auteur expose ensuite les particularités que présentaient les faits qui se sont offerts à lui et dans lesquels il a eu à intervenir. Dans quelques-uns, il y avait prolapsus du vagin, déchir-

rure du périnée. Dans un cas très complexe l'auteur dut suturer la lèvre antérieure du col de l'utérus à la paroi postérieure du vagin qu'il avait préalablement avivée.

Il expose son procédé opératoire.

Tout d'abord il examine avec soin les rapports qui existent entre les organes quand ils sont en prolapsus, puis il fait disparaître cette disposition anormale et il examine de nouveau quels rapports affectent les organes quand ils se trouvent dans une situation normale.

Il pratique l'avivement de manières différentes suivant les cas; tantôt la plaie produite sur la paroi vaginale par l'avivement est longitudinale, c'est-à-dire parallèle à l'axe du canal vaginal, tantôt elle est transversale. Il lui donne une largeur de 13-23 millimètres et une longueur qui varie de 4 à 5 centimètres. Mais l'auteur préfère un avivement longitudinal car la cicatrice obtenue oppose une plus grande résistance à la chute de l'utérus.

Quand la malade qui fait le sujet de l'opération a dépassé l'âge de la ménopause on peut faire l'avivement sur la ligne médiane, mais lorsque la patiente est encore réglée il est préférable de faire l'avivement sur le côté droit ou sur le côté gauche de manière à laisser un canal suffisamment large pour ne pas entraver l'écoulement du sang menstruel.

Pour faire la suture, on peut employer des fils de soie ou de métal; l'auteur a employé des fils de fer, d'argent, de cuivre.

A ce mémoire sont annexées de nombreuses figures très claires et qui permettent de suivre, avec la plus grande facilité, les détails de l'opération préconisée par l'auteur.

Un cas d'atrésie congénitale du vagin opéré en faisant une incision à travers l'hymen, en évacuant le liquide menstruel et en lavant l'utérus et le vagin. Mossmann (Greenville). *American Journ. of Obstetrics*, juillet 1884.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une imperforation de l'hymen.

Les organes génitaux internes, utérus et ovaires, n'étaient pas altérés, au moins au point de vue physiologique. La malade âgée de 46, ans présentait une tumeur considérable s'élevant au-dessus du pubis et nettement circonscrite. L'urèthre était considérablement allongé.

L'auteur fait une petite piqûre à l'hymen en se servant d'un bistouri étroit. Mais le liquide qui s'était accumulé dans le vagin et l'utérus et qui distendait ces organes était trop épais et rien ne s'écoula.

L'opérateur dut alors élargir sa première incision ; il s'écoula 32 onces de liquide. La cavité vaginale et la cavité utérine étaient très larges et il était impossible à l'aide du doigt introduit dans le vagin de reconnaître le col utérin.

L'auteur fit alors des lavages intra-vaginaux et intra-utérins en se servant de liquides antiseptiques, mais la malade succomba le 8^e jour après l'opération avec tous les signes d'une métrite et d'une péritonite septiques.

L'auteur dit en concluant que si un cas semblable se présentait encore à lui, il n'inciserait plus l'hymen, mais ferait une incision dans la cloison recto-vaginale. Il pourrait ainsi obtenir une évacuation lente et graduelle des liquides accumulés dans le vagin et l'utérus, et éviter l'action de l'air.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

Des causes de la mort dans les brûlures. —

Sonnenburg avait admis qu'une des causes probables de la mort survenant à courte échéance après des brûlures étendues, résidait dans l'irritation des terminaisons nerveuses de la peau. Lisser (1), se basant sur des expériences personnelles, rejette absolument cette hypothèse. D'après cet auteur, la brûlure des téguments entraîne d'importantes modifications du liquide sanguin qui circule dans les vaisseaux de la peau. Ce n'est pas tant le globule rouge lui-même qui est atteint que la matière colorante du sang. Celle-ci diffuse dans le plasma. Il s'en est assuré en transfusant du sang défibriné, porté à une température de 70° cent. Il a aussi transfusé, avec des résultats identiques, du sang emprunté à des animaux préalablement brûlés. C'est le rein qui excrète en grande partie, la matière colorante. On en trouve dans les urines, une heure après la brûlure, et on peut l'y rencontrer pendant plus de 48 heures.

A l'autopsie, il n'est pas rare de trouver des extravasions sanguines, dans divers organes. C'est principalement dans les reins qu'il faut rechercher ces collections de matière colorante. Éliminant nécessairement les diverses théories proposées pour expliquer la mort rapide dans les accidents de cette nature, l'auteur propose l'hypothèse suivante : à cause de la perte d'une certaine quantité de matière colorante.

(1) *Virchows Archiv.*

Le nombre des globules rouges qui arrivent à leur complet développement est trop restreint pour assurer l'hématose. De là, une paralysie de la respiration, bientôt suivie d'un arrêt du centre circulatoire.

Lisser pense que les désastreux effets des brûlures sur l'organisme humain, ne sont proportionnés ni à l'épaisseur, ni à la résistance de la peau, ni au degré, ni à l'étendue de la brûlure. Au contraire, la brûlure sera d'autant plus grave, que la circulation se serait maintenue plus longtemps dans les parties brûlées, que des masses de sang plus considérables s'y seront renouvelées, et que, conséquemment, un nombre plus énorme de globules rouges y auront perdu leur vitalité. Plus tard, la mort peut être la conséquence de la septicémie.

Tout ce qui précède, amène naturellement l'auteur, à préconiser, comme l'avait déjà fait Ponfick, dans le traitement des brûlures étendues, la transfusion du sang, pratiquée même tardivement; le pansement local se fera par la méthode antiseptique. (Lond. Med. Rec.)

La pilocarpine antidote de la belladone. —

M. Nicolas Grattau communique dans *The Lancet*, une nouvelle indication de la pilocarpine. Dans un cas d'empoisonnement par la belladone, il eut l'idée de recourir à ce médicament. Il en injecta, sous la peau, à quatre reprises, une solution contenant 1 centigramme. Un succès complet couronna cette tentative.

De l'action thérapeutique et physiologique du gui de chêne (*Viscum album*). — Le gui, jadis en grande vénération chez les Gaulois, qui le considéraient comme une plante sacrée, que les seuls druides, armés de faucilles d'or étaient dignes de récolter, pourrait bien, grâce aux travaux du docteur Payne (*North Carolina Med. Journ.*) prendre une place importante dans la thérapeutique; ce qui ne l'empêcherait pas, ainsi que le fait remarquer M. Murrel, de présider aux gracieuses réjouissances du Christmas anglais. On sait, en effet, que chez nos voisins d'Outre-Manche, les jeunes gens, à Noël, sont autorisés à prendre un baiser aux jeunes miss qu'ils surprennent sous une branche de gui. Aussi nos galants voisins suspendent-ils à profusion des gerbes de la plante bénie. Toutes les portes en sont ornées, et l'impôt en est prélevé avec une extrême rigueur. Voilà pour l'agréable, à l'utile maintenant :

Le gui a été analysé par Gaspard, Puncke, Maccupe et

Reinch : il renferme du mucilage ou sucre, un principe odorant, une huile essentielle, des traces de tannin, de la résine et divers sels. Son principe actif est la *viscine* qu'on retire de la *glu*.

Cette substance est insoluble dans l'eau et dans l'alcool, mais soluble dans l'éther.

Longtemps prescrit contre l'épilepsie, la chorée et les névralgies, son action, dans ces cas, est douteuse. D'après Long, il est, comme abortif, de beaucoup supérieur au seigle ergoté. Son action est plus prompte et plus sûre, et au lieu de déterminer, comme ce dernier, des contractions toniques, il produit des contractions intermittentes, analogues à celle du travail physiologique.

On a observé plusieurs cas d'empoisonnement par les baies de *viscum album*. Les symptômes ont consisté en vomissements, soif ardente, diarrhée, ténesme avec selles sanglantes.

Le docteur Payne a expérimenté l'extrait de gui de chêne sur des grenouilles et des animaux à sang chaud. Il a observé, outre l'action irritante du gui sur la muqueuse intestinale une influence marquée sur l'énergie et le nombre des battements de cœur, lesquels sont augmentés. Cet extrait atténue l'action réflexe et paralyse les nerfs moteurs et sensitifs. Administré à des chiens il provoque une dilatation pupillaire.

Dans quelques cas d'inertie utérine, le docteur Layne a administré l'extrait de gui de chêne, avec quelque succès. Les doses ont varié d'une drachme à une demi-drachme (de 30 à 60 grains). On peut encore employer ce médicament sous forme de décoction (une once pour une pinte d'eau) à prendre par cuillerées à bouche toutes les six heures.

Enfin, quelques hémoptysies ont été traitées avec succès par les mêmes moyens.

Voici, relativement aux propriétés du *viscum album*, ce que nous trouvons dans l'officine Dorvault : « Astringent, vomitif ; célèbre jadis contre l'épilepsie. On le dit abortif aussi actif que le seigle ergoté. »

F. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine*Séance du 4 octobre.*

Présidence de M. LEGUEST.

M. Constantin Paul, rapporteur de la Commission des eaux minérales, nous apprend que deux sources nouvelles découvertes dans le groupe de Vals, et possédant très sensiblement les mêmes propriétés et la même composition que les eaux de ce groupe, ont donné lieu à des demandes d'exploitation pour l'usage médical. Le débit est constant : de 1 litre 961 à la minute pour l'une des sources, de 4 litres environ, pour l'autre ; le captage est bien établi et aucun mélange avec les eaux du voisinage n'est à craindre. L'Académie, à la suite de la Commission, exprime un avis favorable aux demandes.

Nous nous félicitons de voir s'accroître la richesse thermique, de la France. En retour, nous voudrions que des prix moins élevés permissent à un plus grand nombre de consommateurs l'usage des excellentes eaux de Vals.

M. Bouley répond à M. Le Blanc.

C'est un plaidoyer touffu, très touffu en faveur de l'inoculation préservatrice de la péripneumonie. L'espace dont nous disposons nous force à élaguer d'une manière implacable le discours du savant académicien.

Les faits sur lesquels M. Le Blanc se fonde, dit M. Bouley, sont négatifs. Or, les miens sont positifs; un fait négatif n'a jamais rien prouvé contre un fait positif. Par exemple, si j'opère dans le creuset, telle ou telle combinaison entre certains corps, c'est là un fait positif qui autorise les affirmations les plus absolues et les déductions les plus rigoureuses. Vous refaites l'expérience, la combinaison ne se produit pas : fait négatif! Vous n'avez pas réalisé les conditions dans lesquelles se manifeste le seul fait dont nous avons à tenir compte, le fait positif. J'inocule à une vache du sérum virulent; je lui procure l'immunité : fait positif. Vous inoculez une autre vache avec du sérum recueilli dans les poumons d'un animal péripneumonique; vous n'obtenez pas l'immunité : fait négatif, qui n'attaque nullement la démonstration que j'ai accomplie, à savoir que l'inoculation rend le sujet inoculé réfractaire. Que signifie le fait négatif? Tout simplement ceci : vous n'avez

pas réalisé les conditions du fait positif. Pourquoi? Cherchez et vous trouverez. Vous trouverez que le sérum n'était peut-être pas virulent, qu'il contenait peut-être un microbe antagoniste, que la densité du tissu cellulaire caudal a peut-être fait obstacle à l'absorption, que le mouvement gyrotoire de la queue a peut-être créé un obstacle d'un autre genre et de même effet. Bref, il est une chose indubitable, c'est que l'insuccès de votre inoculation ne prouve pas que l'inoculation n'ait pas réussi.

Arrêtons-nous un instant pour contempler cette argumentation. Nos lecteurs savent ce que nous pensons de la bizarre question des faits positifs et des faits négatifs; passons. Mais que dit M. Bouley en dernière analyse? Mon inoculation réussit et prouve; la vôtre échoue et ne prouve rien... Pardon, dirons-nous, à notre tour: l'inoculation inefficace ne prouve pas précisément que la vôtre n'a pas été efficace, mais elle prouve quelque chose, c'est que l'inoculation peut n'être pas efficace; en d'autres termes, que l'inoculation n'est pas infailible. Et voilà en quoi le prétendu fait négatif est parfaitement positif. Au surplus, pourrions-nous ajouter, l'immunité que vous attribuez à l'inoculation, l'immunité, dont l'existence est démontrée par une seconde inoculation au cou, au fanon, est-elle le résultat de votre première inoculation ou d'une immunité spontanément acquise? Car il y a des animaux réfractaires par constitution, ou par ce que vous appelez l'imprégnation lente du milieu. Quel moyen avons-nous de trancher la question et de décider la part qui revient à l'inoculation pratiquée par vous, celle qui revient à l'immunité native, celle qui revient à l'immunité acquise? Donc, le grand fait positif ne prouve pas nécessairement que l'inoculation a rendu tel animal réfractaire; la seconde inoculation elle-même ne prouve pas non plus nécessairement que l'animal est réfractaire; car enfin toute inoculation ne produit pas avec certitude l'effet attendu; il suffit qu'une toute petite condition soit absente pour que la virulence fasse défaut. Ce n'est que par des séries expérimentales quelque peu nombreuses qu'on peut se flatter, dans l'incertitude où nous sommes sur la plupart des termes du problème, d'arriver à des conclusions plus ou moins probables.

M. Bouley, nous en sommes sûr, comprend bien cela. Aussi essaie-t-il d'écraser son contradicteur sous la masse des faits. Au point de vue scientifique, dit-il, on peut discuter, hésiter; au point de vue pratique, la solution est acquise. Elle est ac-

quise par les expériences de la Commission de 1852, par celles de M. Bouley, de M. Willems, de M. Chauveau, d'un médecin anglais, M. Sanderson (lequel, au lieu de l'inoculation caudale, pratique l'injection intra-veineuse), par l'exemple de l'Australie, par l'exemple de la Hollande. Qu'oppose M. Le Blanc à ce cortège véritablement imposant de faits ? Trois observations ! Trois faits négatifs ! M. Bouley a trop de modestie pour le dire, mais on sent que ces trois misérables faits négatifs doivent faire l'effet du fétu prétendant barrer le passage à un fleuve.

Mais M. Le Blanc est un terrible homme : sa note est pleine de recoins d'où partent des traits qui portent. Il y a d'abord les trois faits derrière lesquels on en devine plusieurs autres analogues ; il y a ensuite cette constatation du peu de durée de l'immunité ; en six mois elle s'efface complètement, il faut recommencer à vacciner. C'est le vétérinaire en permanence à l'étable. — Quel mal à cela, dira-t-on ? — Demandez à l'éleveur. Il y a aussi cette autre constatation que la péripneumonie se comporte exactement de la même manière, là où se pratiquent les inoculations et là où elles ne se pratiquent pas. Inoculez, n'inoculez pas, c'est tout un. Tenez-vous donc tranquille.

Il nous semble que M. Bouley n'a pas répondu catégoriquement à ces deux dernières objections.

Il y a encore les difficultés et les vexations de la loi nouvelle ; les dépenses imposées au Trésor par l'abatage des animaux. Sur ce point, M. Bouley s'est défendu en disant qu'il y aurait compensation entre les pertes du fisc et la plus-value acquise par les effets de l'inoculation à la richesse des particuliers.

Il y a enfin la question pathologique : « Ce n'est pas la péripneumonie, même sous une forme atténuée, que vous donnez par l'inoculation, avait dit M. Le Blanc. — C'est possible, réplique M. Bouley, et je n'en ai pas la prétention ; je ne cherche qu'un résultat, l'immunité ; et je l'obtiens. Quand on injecte dans la veine d'un animal sain du sang pris sur un animal mort du charbon symptomatique, on ne vise pas à reproduire sur le sujet traité ledit charbon, mais à réaliser les conditions d'où sortira ultérieurement l'immunité.

En terminant, M. Bouley reconnaît qu'il a abandonné les opinions qu'il professait naguère sur l'origine spontanée des maladies contagieuses. Il n'est plus *spontaniste* depuis qu'il est devenu *pastorien*, depuis qu'il a compris que les maladies viru-

lentes et infectieuses pouvaient être fonction d'un être vivant, d'un proto-organisme. Il n'est plus spontaniste, parce que, en dépit des efforts les plus persévérants, on n'a pas réussi à établir un seul fait démontrant la génération spontanée des proto-organismes dans les milieux vivants. Il est contagionniste; il pense que la contagion, à mesure qu'on scrute de plus près et plus profondément les faits, apparaît comme la cause véritable, la seule démontrée du moins, des maladies en question. M. Le Blanc a une autre manière de voir, il estime, avec les spontanistes, que la péripneumonie est capable de se créer de toutes pièces sur un individu de l'espèce bovine, sans l'influence des causes banales. C'est une conjecture : on peut la défendre, mais aussi l'attaquer. La doctrine opposée a, dit M. Bouley, en sa faveur, l'impossibilité avérée de démontrer la génération spontanée.

M. Bouley est un véritable avocat scientifique, a dit quelqu'un au sortir de la séance.

Le mot est peut-être juste. Il est certain, d'ailleurs, que M. Bouley gagne toutes les causes qu'il prend en main; nous lui recommandons celle de M. Toussaint, l'inventeur du procédé sur lequel sont basées les cultures vaccinales de M. Pasteur. Pauvre M. Toussaint! C'est lui qui a eu l'idée de chauffer et de défibriner le sang charbonneux avant de l'inoculer; c'est lui qui a fait les premières vaccinations de moutons et qui a donné le branle à l'engouement inoculateur. On lui devait bien une place dans la fabrique de vaccin carbonifuge.

M. Bouley a raconté ensuite les expériences dont il a été témoin, le 26 septembre à Chaumont. Elles ont été faites par MM. Arloin, Thomas et Cornevin, vétérinaires, élèves de M. Chauveau, et aux frais du département de la Haute-Marne, sur allocation du Conseil général. Sur 25 animaux de l'espèce bovine soumis à l'inoculation intra-veineuse, 13 avaient été vaccinés au mois de février, 12 n'avaient point été vaccinés. On avait soin de mettre à nu la veine, de disséquer la tunique extérieure du vaisseau jusqu'à la tunique intérieure; on prenait d'ailleurs toutes sortes de précautions pour qu'aucune parcelle du sang virulent aspiré par la seringue de Pravaz ne fût en contact avec le tissu cellulaire de l'animal. Puis, la seringue étant pleine, on injectait la moitié dans la cuisse d'un sujet vacciné, l'autre moitié dans la cuisse d'un sujet non vacciné.

M. Bouley rappelle que parmi 13 vaccinés, 12 sont restés indifférents à l'épreuve, un seul a ressenti une fièvre un peu

marquée; parmi les non vaccinés, 9 sont morts avant le troisième jour, 2 autres ont été et sont encore fort malades, le douzième s'est montré réfractaire. Enquête faite, il a été constaté que ce dernier venait d'une étable où le charbon avait régné l'année précédente.

Ici, intervient une remarque, qui diminuerait peut-être la valeur pratique du vaccin, puisque l'immunité pourrait s'acquérir par séjour prolongé d'un animal dans un milieu contagieux, et que la nature devançant l'art, aurait ainsi opéré de toute éternité des vaccinations pour son compte. On se trouve donc assez perplexe entre cette alternative; Convient-il de laisser faire la nature? Faut-il la prévenir? Ne risque-t-on point de la contrarier en l'aidant? Et si la nature vaccine les animaux, pourquoi s'embarrasse-t-on de vaccinateurs, vétérinaires ou autres? Au fond, la théorie, qui se montre dans le discours de M. Bouley sous l'aspect vaccinal, n'est autre que la vieille théorie de l'acclimatation, rajeunie pour la circonstance. C'est ainsi que se fabrique le vieux neuf: ou habille une antiquité de fraîches étoffes; on la revêt des idées courantes; l'*acclimatation* de la veille devient la *vaccination spontanée* du lendemain. Pure question de mots.

Laissons la parole à M. Bouley:

« Il semble que par le séjour dans un milieu charbonneux il s'opère naturellement une sorte d'imprégnation d'où peut résulter l'immunité à des degrés divers. L'expérience a appris que le charbon dont il s'agit ne fait guère de victimes que parmi les individus de cinq à dix-huit mois. Passé cet âge, les animaux semblent plus ou moins réfractaires. Les bêtes bovines du Lyonnais, où le charbon symptomatique est rare, sont beaucoup plus susceptibles de contracter la maladie que celles du Bassigny, où l'affection est à demeure. Les expérimentateurs ont inoculé deux vieilles vaches, l'une originaire du Bassigny, l'autre étrangère à cette région. La première a parfaitement résisté aux doses qui ont tué la seconde. »

Suivant M. Bouley, ces faits confirment la doctrine qui tend à admettre que les virus mortels peuvent se transformer en vaccins, et que l'atténuation de ces virus est susceptible de s'obtenir par divers procédés: tandis que M. Pasteur la réalise pour le charbon bactérien au moyen de cultures vieilles ou chauffées, MM. Arloin, Thomas et Cornevin la réalisent par le milieu physiologique dans lequel on dépose la matière virulente.

Suivant nous, ces faits, éclairés par la discussion et par l'expérience changeront certainement d'aspect. Nous pensons qu'ils ont la signification que voici :

UN ORGANISME, PLACÉ SOUS L'INFLUENCE D'UN POISON, TANT QUE DURE CETTE INFLUENCE, EST PLUS OU MOINS RÉFRACTAIRE À L'ACTION D'UN POISON ANALOGUE. L'adage de droit : *Non bis in idem* se réalise sur le domaine de la physiologie. On se doutait bien un peu de cela.

Les miasmes de certaines maladies contagieuses sont sans doute analogues, pour l'effet, aux matières organiques fermentescibles transportées et développées dans le corps des animaux, puisque leur action sur l'économie amène le résultat qui consiste à interdire auxdits miasmes l'entrée de l'organisme déjà envahi.

Le microbe implanté, si microbe il y a, est un microbe vagabond, son parent, ce que la belette est au lapin dans la fable de Lafontaine :

Du palais d'un jeune lapin
Dame belette, un beau matin,
S'empara...

Le fabuliste, vrai prophète, a tout prévu, même Raminagrobis, la Majesté Fourrée, qui met d'accord les microbes, pardon, les plaideurs, en croquant les uns et les autres :

C'était un chat....
Un saint homme de chat, bien renté, gros et gras.
Arbitre expert sur tous les cas.

Mais le microbe n'aura qu'un temps ; après avoir tué le miasme, il sera tué par quelque autre chose ; et l'homme ingénieux qui aura trouvé ce nouvel engin ne changera probablement rien aux faits : il leur donnera d'autres habits. Ces habits sont des mots, qui font à ceux qui savent les semer à propos, la réputation de grands découvreurs.

Société de chirurgie.

Séance du 5 octobre 1881.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

La séance est ouverte à 3 heures 30 ; M. Nicaise remplit les fonctions de secrétaire. Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Nicaise communique une note de M. Resseguier,

de Toulon, sur un cas d'atrophie rapide des testicules chez un jeune homme de vingt ans, observée consécutivement à une orchite blennorrhagique. Le sujet était atteint de varicocèle du côté malade. Peut-être cette affection n'est-elle pas étrangère à l'accident actuel?

M. Monod considère ce fait comme bien exceptionnel. Le malade a-t-il eu réellement une orchite aiguë?

Revenant sur une présentation faite dans la séance du 10 août dernier, **M. Monod** dit que la femme enceinte affectée de cette hypertrophie mammaire avec cachexie prononcée, pour laquelle il pensait à pratiquer l'avortement, se porte actuellement assez bien. On l'a traitée par la succion; mais cette médication ne paraît pas avoir donné de grands résultats.

M. Guéniot. — Ce cas doit être rapproché des faits de galactorrhée avec dépérissement parfois signalés chez les nourrices. L'iodure de potassium à petite dose (de 0,50 à 0,60 centigrammes) donne généralement alors de bons résultats. L'on pourrait également, chez votre malade, essayer de la compression.

M. Monod. — Mais la compression est loin d'être facile à pratiquer. Et puis avons-nous affaire à une hypertrophie fibreuse, à une sorte d'éléphantiasis ou bien à de l'hypersécrétion simple? Il y a dans le service de M. Moisière une malade absolument identique. Les deux feront le sujet d'une thèse actuellement en étude.

M. Verneuil se rallierait volontiers à l'hypothèse d'une hypertrophie fibreuse. Dans les pays chauds, en effet, à Rio-de-Janeiro, par exemple, on voit l'éléphantiasis se développer de préférence sur les cuisses, le scrotum et les mamelles.

M. Monod. — Le jour même où M. Pozzi communiquait à la Société de chirurgie son cas d'ablation de corps étranger du genou, je pratiquais à l'Hôtel-Dieu une opération analogue. L'arthrotomie faite à ciel ouvert avec ligature perdue au catgut, du pédicule, me donna les meilleurs résultats. Je drainai la plaie, j'employai scrupuleusement la méthode antiseptique de Lister et 15 jours après l'opération, mon malade complètement guéri, retrouva toute la liberté de son articulation.

M. Le Dentu. — M. Pozzi n'a pu suivre son sujet jusqu'au bout. Guéri en apparence celui-ci est entré un peu plus tard dans mon service affecté d'une ankylose complète.

Une discussion s'engage alors sur la conduite à tenir dans ces faits de corps étrangers articulaires.

Pour **M. Nicaise** le drainage n'est indiqué que dans les cas

où le malade a eu de l'hydarthrose ou de l'arthrite. Si l'articulation est saine, il vaut mieux s'abstenir.

C'est aussi à peu près l'opinion de **M. Lucas-Championnière**. Cependant il laisse un drain chaque fois que l'opération est un peu laborieuse et permet de craindre une arthrite consécutive. Mais il retire le drain beaucoup plus vite qu'on ne le fait généralement.

M. Monod croit à l'efficacité du drainage dans les cas de ce genre. Quant à **M. Verneuil** il procède d'une façon toute différente. Il ne draine pas, mais il ne réunit point les bords de la plaie. Laissant aux liquides pathologiques une voie suffisante pour leur écoulement, il recouvre l'ouverture d'un pansement phéniqué qu'il laisse en place. Il a eu récemment l'occasion d'employer deux fois cette méthode. La première il n'a retiré le pansement qu'après 30 jours, la seconde après 18. Les deux malades étaient guéris et guéris depuis longtemps.

Pseudo-métrorrhagie chez une petite fille de 8 ans. — **M. Després** vient d'observer un cas nouveau, pense-t-il, dans l'histoire des maladies de la femme. Une enfant de 8 ans, affectée d'écoulements sanguins irréguliers et peu abondants, lui est amenée. Il l'examine, et trouve la vulve obliterée par un polype développé sur les bords du méat urinaire. Un serre-nœud improvisé avec une canule et un fil d'argent permet d'en pratiquer immédiatement l'ablation. La tumeur est kystique et renferme un contenu sanguin. C'est donc à un polype vésiculaire vasculaire que le chirurgien de la Charité a eu affaire, à une tumeur analogue à celles que **M. Marjolin** a quelquefois observées sur le col de l'utérus.

M. Verneuil. — Je désire attirer l'attention des chirurgiens sur un épisode peu connu de la coxalgie et montrer un mode particulier de récédive après quelque temps de guérison apparente.

Les idées que je vais émettre m'ont été suggérées par l'observation d'une petite fille de 10 ans. Elle avait eu une coxalgie bénigne il y a un an. La guérison paraissait complète, lorsque ces derniers temps on vit reparaitre les déformations caractéristiques de la maladie; mais sans douleur dans l'articulation. L'exploration méthodique de ma petite cliente me permit de constater une paralysie des muscles fessiers. Je la redressai sous le chloroforme, ce qui fut extrêmement facile, car, suivant moi, l'articulation est saine et je lui appliquai un appareil de Bouvier.

On électrisera ses muscles fessiers et je ne doute pas d'une guérison prochaine. Il s'agit, en effet, dans ce cas d'une position vicieuse par paralysie d'un groupe musculaire et tonicité des antagonistes, de quelque chose d'identique, en un mot, à la flexion permanente, progressive du genou par paralysie du triceps sans arthrite, si bien exposée dans la thèse de Valtat. Mais ce n'est pas tout : la méditation de ce cas m'a amené à la découverte d'une théorie toute nouvelle des positions vicieuses du membre abdominal dans la coxalgie.

Dans la première période l'inflammation articulaire se propage aux muscles en rapport immédiat avec la capsule, c'est-à-dire au gros, au moyen et au petit fessier. Les muscles enflammés se contractent. C'est pourquoi vous observez de la flexion, de l'abduction et de la rotation en dehors.

Dans la seconde période les muscles primitivement enflammés s'atrophient et s'affaiblissent et la deuxième couche se prend. Les abducteurs, le couturier et les fibres antérieures du grand fessier sont alors contracturés, aussi le malade présente-t-il de l'abduction de la rotation en dedans, tandis que la flexion primitive s'exagère.

Conclusion : il faut toujours électriser les muscles fessiers dans la coxalgie après la guérison de l'arthrite.

La discussion de cette importante communication est, sur la demande de l'auteur, renvoyée à la prochaine séance.

Communication de M. *Guermouprez*, de Fives, sur les complications tardives observées à la suite des grands traumatismes par accidents de chemins de fer. Pour le praticien du Nord ces complications devraient être attribuées à des poussées congestives sur les centres nerveux. Elles sont curables et toujours très heureusement influencées par des émissions sanguines répétées.

La séance est levée à 6 heures sur cette communication toute d'actualité. Que MM. les médecins de P.-L.-M. la méditent!

F. JOUIN,

Interne des Hôpitaux.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION IV. — MÉDECINE (Suite.)

Deux communications sont encore faites à la quatrième section sur des sujets de pathologie nerveuse. Malheureusement l'espace et le temps ne nous permettent pas d'en donner une analyse complète. Dans la première, le Dr Müller, de Graz, expose ses idées sur la pathologie des tumeurs de la base du cerveau, à propos d'un cas très rare qu'il lui a été donné récemment d'observer. Dans la seconde, le Dr Alexis Robertson, de Glasgow, cherche à vulgariser la percussion du crâne comme moyen diagnostique des affections cérébrales. Hâtons-nous d'ajouter que ce n'est pas un son modifié, mais un point douloureux que le clinicien détermine par ce mode d'exploration. Il cite des cas de *Jacksonian epilepsy* et de monoplégie, où les symptômes semblaient désigner la région motrice des circonvolutions comme le siège de la maladie et dans lesquels la percussion du crâne produisit bien nettement une douleur profonde dans cette partie de la tête et nulle part ailleurs.

Il est bon de percuter sa propre tête tout d'abord, dit M. Robertson, afin de savoir le degré de force que l'on peut employer sans nuire au malade.

Ce moyen de diagnostic, conclut l'auteur, surtout utile quand la maladie est limitée en étendue, peut servir à reconnaître des tumeurs corticales, des néoplasmes des membranes et même la ligne de certaines fractures du crâne. Suivent les relations de six cas que l'auteur a eus sous traitement. Dans quelques-uns, une contre-irritation exercée à l'endroit où la percussion développait de la douleur, souvent répétée, aurait produit un grand soulagement.

Nous ne parlons pas d'une communication du Dr E. Woakes, de Londres ayant pour titre : *Le ganglion cervical inférieur considéré comme un centre nerveux de corrélation; exemples dans lesquels il détermine la localisation de phénomènes morbides; existence évidente dans l'économie de systèmes de corrélation de tissus.*

C'est à la section de physiologie, en effet, que devrait être lu ce travail. Disons pourtant que l'auteur y démontre d'une façon

réellement très concluante l'existence de réflexes d'ordre vasomoteur.

Après les pathologistes, nous entendons les cliniciens. C'est le Dr Clifford Allbut, F. R. S. qui ouvre la marche par un discours d'introduction sur *l'origine et le traitement des manifestations scrofuleuses du cou*. Très intéressant ce discours, et tout rempli de vues nouvelles et originales. Il est juste d'ajouter qu'elles n'en sont pas pour cela plus classiques. Suivant l'auteur, en effet, les manifestations dites strumeuses du cou comme de toutes les parties du corps, d'ailleurs, seraient surtout l'effet de l'irritation des muqueuses voisines. C'est ainsi que pour les ganglions sous-maxillaires, il faudrait chercher la cause de leur irritation, puis de leur inflammation chronique, de leur dégénérescence caséuse, d'abord, sinon exclusivement, dans les inflammations spécifiques ou autres du pharynx et de la trompe d'Eustache. L'hérédité et la constitution ne joueraient dans ce processus qu'un rôle très secondaire.

Conséquent avec cette façon de comprendre la scrofule, M. Clifford Allbut préconise surtout le traitement local qu'il veut rapide et absolu. Enlevez, dit-il, non seulement tous les ganglions malades, mais toutes les parties enflammées qui les environnent. Il n'y a que les médecins pour avoir de ces hardiesses chirurgicales.

Après le Dr Allbut, nous entendons M. Gilbert, du Havre, dans une communication sur *la stricture congénitale de l'intestin*.

Puis M. Jules Guérin lit un mémoire intitulé : *La fièvre typhoïde considérée comme intoxication stercorale*. Arrêtons-nous un instant sur cette œuvre capitale.

On avait considéré, dès longtemps, dit l'auteur, les dépôts de matière fécale comme susceptibles de concourir au développement de la fièvre typhoïde. Cette opinion, exprimée avec ce caractère de généralité, et dépourvue d'ailleurs de toute démonstration sérieuse, était restée en conflit avec toutes les opinions du même genre. Jusqu'où était elle fondée ? Dans quelle mesure, sous quelle forme, dans quelles conditions les émanations stercorales pouvaient-elles participer à la production de la fièvre typhoïde. Dans le but d'éclairer, si ce n'est de résoudre ces différentes questions, M. Jules Guérin s'est livré à des expériences sur les animaux et à des recherches cliniques qui l'ont conduit aux conclusions qu'il expose au Congrès de Londres.

Ajoutons que ces conclusions défendues déjà dans trois mémoires lus dans les Académies des sciences et de médecine de Paris en

1877 et 1878, avec pièces à l'appui, ont été confirmées par des observations et des expériences nouvelles.

1. La matière diarrhéique spéciale des typhiques renferme à sa sortie de l'économie, des éléments toxiques résultant de la fermentation des matières stercorales retenues et accumulées à la fin de l'intestin grêle, derrière la valvule iléo-cœcale.

2. Les lésions organiques considérées jusqu'ici comme les caractères spécifiques de la fièvre typhoïde, injections et ulcérations de la muqueuse, altération des glandes de Brunner, des plaques de Peyer, et des ganglions mésentériques, sont des effets de l'action virulente et vésicante des matières typhiques sur ces parties; et les troubles fonctionnels ou symptômes généraux de la maladie sont tout à la fois le résultat de la pénétration des mêmes parties dans l'organisme, et des altérations organiques qu'elles y déterminent.

3. Les complications qui se présentent dans le cours de la fièvre typhoïde sous la forme de méningite, de pleurésie, de pneumonie, et d'autres affections caractérisées, ne sont que des localisations plus accusées de son principe toxique; comme celles de ces maladies qui débute d'emblée avec des symptômes typhiques, ne sont elles-mêmes que des effets primitifs de l'intoxication stercorale.

4. Le poison typhique, engendré par la fermentation stercorale, se répand incessamment au dehors par toutes les voies excrétoires de l'économie, d'où la transmissibilité de la maladie et la formation des foyers d'infection susceptibles de la reproduire sous la forme endémique et épidémique (*Abstracts*, page 150).

Une autre communication très importante est faite par M. Jonathan Hutchinson de Londres. Elle a pour titre : *Du rhumatisme, de la goutte et du rhumatisme goutteux*. On sait combien les savants sont loin de s'entendre sur la nature intime de ces différentes affections. Doit-on les considérer, à l'exemple des anciens, comme exclusivement humorales? Ou bien en faire avec les Allemands des manifestations périphériques des lésions nerveuses centrales? Nous ne le savons pas.

La goutte diffère-t-elle du rhumatisme? La fable du général et du soldat congénitalement arthritiques et devenus le premier goutteux à la copieuse cuisine des diners officiels, le second rhumatisant en se contentant du contenu de sa pauvre gamelle, exprime-t-elle exactement, comme au temps où elle fut

émise par Pidoux, l'idée que les cliniciens français se font de l'hérédité dans ces deux affections?

Questions bien difficiles à résoudre et sur lesquelles nous nous garderons de nous prononcer. La science cherche sa voie en effet, les opinions se multiplient, mais qui saurait indiquer celle qui rallie le plus de partisans?

Contrairement à ce que nous observons en France, les Anglais paraissent assez volontiers s'accorder sur une théorie peu connue de ce côté du détroit. C'est à l'exposition de cette théorie que M. Hutchinson consacre sa communication : donnons-en donc un résumé succinct.

Le rhumatisme, dit ce savant, est, en général, une affection des articulations déterminée d'une façon réflexe par l'exposition au froid et à l'humidité (arthrite catarrhale).

La goutte, au contraire, est provoquée dans les articulations par certains aliments, par un défaut d'assimilation et d'excrétion (arthrite humorale).

Dans chacun de ces cas, il se produit une diathèse se transmettant par hérédité, qui imprime son sceau sur chaque sujet et le marque comme *goutteux* ou *rhumatisant*.

La goutte et le rhumatisme existent souvent ensemble. On peut trouver le rhumatisme sans goutte, mais rarement la goutte sans rhumatisme. Parfois les deux diathèses existent côte à côte, et attaquent le malade alternativement, mais le plus souvent elles se confondent, et il se produit une affection hybride (goutte rhumatismale).

C'est ce rhumatisme goutteux qui détermine chez les descendants différentes maladies, indépendantes pour l'observateur superficiel, mais évidemment affiliées aux deux diathèses pour celui qui y regarde de plus près. Signalons parmi celles-ci certaines formes d'iritis; l'hémorrhagie rétinienne; le rhumatisme général (arthrite rhumatoïde chronique); quelques formes de glaucome, de lombago, de sciatique, de névralgie : *nodi digitorum*, et peut-être l'hémophilie.

Nous n'analyserons pas une longue, très longue communication du professeur Austin Flint de New-York sur l'examen physique de la poitrine. Que dirait-on de l'homme qui viendrait demain devant la Société de Géographie annoncer qu'il a découvert l'Amérique? M. Flint, lui, a trouvé la percussion et surtout l'auscultation et il l'expose avec une naïveté superbe à la section de médecine du Congrès international.

Voulez-vous donc connaître toutes les idées contenues dans

son mémoire. Lisez le petit traité de J. Barth et Roger. Non seulement vous serez au courant de tout ce que professe le docteur américain, mais vous aurez encore appris beaucoup d'autres choses.

Egalement, mais pour des raisons différentes, nous ne ferons que mentionner les communications qui suivent :

a. *Le traitement de la phthisie par la résidence dans les hautes altitudes*, du Dr C. Th. Williams, de Londres.

b. *Du climat de la Riviera*, du Dr Hassal.

c. *De la bactérurie*, du Dr W. Roberts de Manchester. Le savant sépare de la cystite catarrhale simple une affection déterminée par la présence d'une colonie de bactéries (*bactérium termo*) dans la vessie. On la reconnaîtrait surtout à ce signe que l'urine émise au dehors non seulement est acide, mais conserve plusieurs jours encore son acidité. Trente grains de salicylate de soude par vingt-quatre heures pris en deux fois, permettent de guérir l'affection en quelques jours, même après plusieurs années d'existence.

d. *De la maladie d'Addison*. A l'exemple de sir William Gull, le docteur Headlam Greenhow, de Londres, l'auteur de cette communication expose que la maladie d'Addison dont il donne une description magistrale et très complète doit être considérée comme une affection du système nerveux, les lésions observées dans les capsules surrénales dépendant comme la coloration bronzée de la peau d'une cause unique et centrale.

e. *Des acides phosphoriques de l'urine*, par le Dr Zuelzer, de Berlin.

f. Détermination de l'activité de la sécrétion biliaire dans différentes conditions morbides du foie par le professeur Lépine, de Lyon.

g. « *Essai de cardiographie clinique* ». La cardiographie clinique, dit le professeur d'Espine peut être utile, soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue du pronostic. Les tambours explorateurs de Marey donnent des tracés comparables entre eux à la condition qu'ils soient bien appliqués. La meilleure vitesse de rotation pour l'enregistrement des tracés est de quatre centimètres par seconde.

Et partant de ces données, le savant de Genève nous expose les types obtenus dans les différentes maladies. La communication est d'une valeur indiscutable. Et cependant nous n'en donnerons pas l'analyse car sa méthode, en effet, n'est pas pra-

tique; très utile pour les recherches d'hôpital pour les démonstrations cliniques; elle ne saurait quoi qu'en dise le professeur d'Espine être d'un intérêt quelconque pour le praticien. A ce titre nous devons nous contenter de la signaler.

Nous pourrions adresser d'ailleurs les mêmes compliments, mais aussi les mêmes reproches, aux sept communications que nous venons d'énumérer. Toutes théoriques, pour ne pas dire spéculatives, elles pourront éclairer certains points de la science médicale Mais feront-elles faire un seul pas à l'art de guérir?

Nous allions oublier de parler de la discussion sur le mal de Bright. Plusieurs des savants inscrits pour communiquer à la section d'anatomie pathologique sur le même sujet, sont présents. Aussi, bien que placés plutôt ici sur le terrain de la symptomatologie, n'émettent-ils pas des idées bien nouvelles.

Et puis les côtés de la question sont si nombreux, on les interprète de tant de façons différentes que nous ne pourrions suivre les orateurs du congrès dans tous leurs développements sans dépasser de beaucoup les limites imposées à ces comptes rendus. Remettons donc à plus tard le soin d'analyser en quelques chapitres spéciaux toutes les idées actuellement en lutte dans la science sur la nature, les symptômes et la thérapeutique d'une affection si fréquente, si importante à bien connaître.

Nous entendons encore à la quatrième section le Dr Redard de Paris, dans une communication sur les *Recherches cliniques de thermométrie locale*. Question nouvelle, on le sait, mise à l'ordre du jour par le professeur, et dont on doit attendre les meilleurs résultats, le jour où nous pourrons faire nos explorations locales avec des thermomètres véritablement pratiques. M. Redard se sert d'un appareil thermo-électrique. S'il n'a encore rien obtenu de bien positif dans la tuberculose, il possède déjà des données précises sur les modifications thermiques locales de la pneumonie.

A rapprocher de la communication précédente, le mémoire présenté par M. Douglas Powell sur la *valeur du symptôme de Baccelli, la pectoriloquie aphone dans le diagnostic différentiel de la nature des épanchements pleuraux*. Il y a, on le sait, pectoriloquie aphone quand la voix chuchotée arrive distinctement à l'oreille du médecin qui ausculte, et, dans ces cas, l'épanchement doit être regardé comme séreux. Lorsque, au contraire le murmure est mal entendu ou ne l'est pas du tout, le liquide est purulent.

Le Dr Guéneau de Mussy, dans une critique savante de l'ou-

vrage du Dr Baccelli, considère le symptôme comme présentant de l'utilité clinique.

Pour M. Powell, quoiqu'il ait une grande valeur lorsqu'il est associé à d'autres, il ne doit en aucune façon être considéré comme pathognomonique.

C'est à cette opinion croyons-nous, que sont également arrivés aujourd'hui la plupart des cliniciens français.

D'autres communications importantes devaient encore être présentées devant la quatrième section. Malheureusement les auteurs n'ont pas eu le temps de développer leurs idées comme ils auraient voulu le faire.

Signalons parmi ces derniers le Dr Jules Guérin qui devait prendre la parole sur la tuberculose générale et non spécifique et le professeur Semmola, de Naples, inscrit pour trois mémoires également remarquables :

1^o Nouvelles recherches expérimentales pour démontrer l'origine hémato-gène de l'albuminurie brightique.

2^o Sur un nouveau type de maladie du cœur.

3^o De la valeur comparative des méthodes thérapeutiques empirique et rationnelle.

Dans le prochain numéro nous terminerons la section de médecine par l'analyse de la sous-section des maladies de la gorge. (A suivre).

JOUIN,
interne des hôpitaux.

NOUVELLES

UNE VISITE A LA PRUSSIE. — M. Dubois-Reymond de Berlin, gracieusement, — trop gracieusement peut-être, — invité par M. Wurtz, président de l'Académie des sciences, à prendre la parole, a déposé sur le bureau de la compagnie un ouvrage relatif aux gymnètes et aux appareils électriques de ces poissons, en citant soigneusement les travaux publiés à l'étranger sur la même question, mais en omettant de citer ceux de notre compatriote, M. Jobert de Lamballe, dont l'importance est capitale. Dans la dernière séance, M. Pietra-Santa, qui a participé aux recherches anatomiques de M. Jobert de Lamballe, a relevé l'omission de M. Dubois-Reymond qui eût été explicable à Berlin, mais qui semble un manque de justice et de courtoisie à Paris.

M. Dubois-Reymond, en 1870, en a fait bien d'autres. C'est lui qui dans sa chaire professorale de Berlin s'exprimait en ces termes :

« Mais laissons Bonaparte; après tout, ce n'est là qu'une figure qui passe. Nous avons d'autres comptes à demander. Louis Napoléon a un complice. Je ne parle pas de ses instruments misérables; de ses ducs étranges, de ses gardes des sceaux qui aujourd'hui se parjurent pour lui, quitte à se parjurer demain en un autre sens. Le criminel dont je parle, plus dangereux que Napoléon lui-même, parce qu'il n'est pas menacé de déchéance et qu'il est immortel,

c'est la nation française tout entière (*ist das ganze französische Volk*). C'est elle que, hautement, nettement, de propos délibéré (*ueberlegt*), je dénonce en cette place, en cette tribune de la première Université allemande, dont je m'estime très honoré d'être l'organe en ce moment solennel. Je l'accuse pour qu'elle entende et sache comment la jugent aujourd'hui, non seulement la plume de quelques journalistes, les discours inspirés par la bière de quelques étudiants et de quelques bourgeois, le patriotisme étroit de quelques traîneurs de sabre, mais aussi l'opinion générale et profondément arrêtée d'une corporation qui se compose des hommes les plus sérieux, les plus instruits, les plus honorables, les plus impartiaux de ce pays, des savants et des professeurs les plus illustres de l'Allemagne» (Emil Du Bois-Reymond, *Ueber den deutschen Krieg, Rede am 3. August. 1870, gehalten*. Zweiter Abdruck, page 15; Berlin, 1870).

M. le Dr Hector Georges, rédacteur scientifique du *Constitutionnel*, à qui nous empruntons le passage qui précède, ajoute :

« C'est dans cette même séance que M. Du Bois-Reymond disait à son auditoire :

— Messieurs, excusez mon nom français.

Une plaisanterie de M. Du Bois-Reymond après le traité de Francfort, c'était de dire dans ses cours, en indiquant de combien de degrés se déviait l'aiguille d'un galvanomètre :

— L'aiguille se dévie de cinq degrés. Ah ! Messieurs, ce n'est pas encore cinq milliards !

Nous nous garderons bien de saisir cette occasion, de dire quoi que ce soit de désagréable à M. Du Bois-Reymond, français de nom, allemand de naissance. Cet homme-là a besoin de nous, puisqu'il vient faire des présentations à l'Institut. Nous ne pouvons pas nous en plaindre, et si, en 1870, il a été emphatiquement sévère pour notre pays, nous ne pouvons pas constater chez lui autre chose qu'un patriotisme plus ou moins mal inspiré, mais nullement répréhensible de la part d'un Prussien.

Ce qui nous tient au cœur, dans cette circonstance, c'est nous, c'est ce président de l'Institut méconnaissant les nuances et recevant, sous prétexte de politesse, recevant l'étranger que l'on connaît avec une certaine obséquiosité. Voilà le mal, voilà le danger. M. Wurtz partage avec la plupart des hommes de sa génération la faute immense d'avoir inventé scientifiquement les Allemands, et de leur avoir ouvert ainsi, par ce rôle aussi inconscient qu'inhabile, les portes de la France.

Il n'est que temps de réparer ses fautes, mais est-ce possible ? Hélas ! en ce moment nous craignons que non.

Les hommes qui ont sucé le lait empoisonné de l'admiration et qui se sont développés sous son influence ne peuvent, du jour au lendemain, dépouiller le vieil homme et briser leur idole aux pieds de la Patrie.

Ce sera l'affaire de la génération actuelle de multiplier les capacités originales et de compter, d'égal à égal, avec les personnalités de l'étranger.

Mais il ne faut plus désormais que le piédestal élevé à des étrangers serve de marchepied facile à celui qui l'a élevé ; il ne faut plus qu'un abus commode de citations étrangères donne le change sur l'érudition vraie et sur la capacité scientifique d'un habile homme ; il faut enfin qu'on exige du cerveau des jeunes hommes un ameublement complet des connaissances acquises et, sur cette base, un effort constant vers le progrès. A ce compte, l'instruction libre et l'Université de France, excitées l'une l'autre par une émulation louable ont un très beau rôle à remplir, car le succès est très probablement au bout.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

Dr ÉDOUARD FOURNIÉ.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

15 Octobre 1881



APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — Les localisations cérébrales au congrès médical international de Londres, par le Dr Edouard FOURNIÉ. — Un attrait tout particulier nous poussait ce jour-là vers la section de physiologie. Il s'agissait, en effet, d'entendre et de voir expérimenter sur le cerveau d'animaux vivants, deux hommes qui se sont particulièrement occupés de localisations cérébrales depuis dix ans, nous avons nommé MM. les Drs Ferrier, de Londres, et Goltz, de Strasbourg.

Deux mots d'historique sur la question nous paraissent indispensables.

En 1870, Fritsch et Hitzig, eurent l'idée, après avoir trépané une partie de la voûte du crâne, d'exciter la surface du cerveau par le courant galvanique (courants continus). Le résultat de ces expériences fut la découverte d'une zone excitable comprenant des centres distincts. En agissant sur ces centres avec les courants on obtenait divers mouvements. C'est ainsi que, en avant du sillon de Rolando, à l'extrémité supérieure de la frontale ascendante, on obtenait, sur le chien, la contraction des membres postérieurs; au-dessous de ce point on provoquait le mouvement des membres antérieurs; plus bas encore, on obtenait la contraction des muscles de la face, et enfin, au-dessous de la scissure de Sylvius, on provoquait la contraction des muscles de la bouche, de la langue et des mâchoires (1).

Un peu plus tard M. le Dr Ferrier, de Londres, pratiquait des expériences analogues, mais en se servant, comme moyen d'excitation, des courants faradiques.

Les résultats obtenus diffèrent quelque peu des précédents.

C'est ainsi que le centre des mouvements du membre antérieur serait en haut, des deux côtés du sillon de Rolando, sur la

(1) Ueber die elektrisch des Grosshirns. (Beichert's und Du Bois-Reymond's Arch. 1870.)

frontale ascendante et sur la pariétale ascendante; (1, 2 et 3) le centre du membre postérieur serait en arrière du précédent sur le lobule pariétal supérieur (4, 5 et 6); sur le tiers postérieur de la première circonvolution frontale on trouverait le centre des mouvements de rotation de la tête et du cou (12) et au dessous, sur le tiers postérieur de la seconde frontale, siégerait le centre des mouvements de la face (7 et 9); le centre des mouvements de la langue, des mâchoires, serait sur le tiers postérieur de la troisième frontale (9, 10, 11); sur le pli courbé, au sommet de la scissure parallèle, on trouverait le centre de certains mouvements des yeux (13 et 13'); à la partie antérieure de la première circonvolution temporale serait le centre des mouvements des oreilles (14), et enfin, sur la face interne et inférieure du lobe temporo-sphénoïdal serait le centre du mouvement des narines (15) (1).



Cerveau du singe. (2)

Pour compléter l'énumération des centres corticaux nous devons ajouter que M. Ferrier localise le développement des sensations visuelles dans le pli courbé (13 et 13'); celui des sensations auditives dans la première temporale (14); celui des sensations olfactives dans la corne d'Ammon (15); enfin la sensibilité générale (tactile, sens musculaire, etc.), M. Ferrier la place dans la région hippocampale et les sensations viscérales dans le lobe occipital.

Les faits que nous venons d'exposer eurent un grand retentissement, et bientôt, dans tous les laboratoires de France et

(1) *The British medical journal*, avril 1873, et *les Fonctions du cerveau* du même auteur, 1878.

(2) Emprunté à l'ouvrage de M. Ferrier sur *les fonctions du cerveau*. Germer-Baillière, éditeur.

de l'Étranger, on se préoccupa de les reproduire. Il y eut dans les résultats du pour et du contre.

On critiqua d'abord le procédé d'excitation. MM. Carville, Daret et Dupuy démontrèrent facilement que le courant électrique diffuse et que les effets obtenus doivent être attribués, non pas à l'action de centres moteurs placés dans l'écorce, mais à l'excitation transmise aux corps striés. MM. Carville et Daret se sont ralliés depuis à l'opinion de M. Ferrier, malgré la diffusion des courants.

D'autres expérimentateurs, Nothnagel d'abord, MM. Carville et Daret ensuite, eurent l'idée d'enlever avec une curette la portion de substance grise corticale dont l'excitation provoquait des mouvements. La conséquence de cette ablation fut un trouble dans les mouvements, trouble qualifié à tort, selon nous, de paralytique et qui disparaissait d'ailleurs après la guérison de la plaie cérébrale.

M. Goltz en détruisant la substance grise corticale au moyen d'un jet d'eau, obtenait des troubles moteurs et sensoriels, mais avec cette particularité que, quel que fût le point du cerveau détruit, les troubles étaient les mêmes.

Lussana et Lemoigne, partant de ce fait que l'écorce cérébrale n'est pas excitable par les excitants mécaniques, attribuent les mouvements obtenus par l'excitation électrique de l'écorce à une compression indirecte du système pédonculaire (1).

Dupuy, détruisant avec le cautère actuel un point de la zone excitable, obtenait, après la cautérisation, les mêmes mouvements qu'avant, en électrisant la portion détruite, et il en concluait que les mouvements ainsi produits sont d'origine réflexe (2).

M. Schiff interprète également les effets obtenus par une action réflexe. Selon lui, les troubles de la sensibilité seraient la cause des troubles de mouvement.

MM. Luigi Luciani et Tamburini ont expérimenté sur des singes, et ont reconnu que les points excitables de l'écorce peuvent varier, par leur siège et leur signification, non seulement chez des animaux différents, mais encore dans les deux hémisphères du même animal (3).

La citation de ces quelques travaux, les uns favorables, les autres contraires à l'opinion qui admet l'existence de cen-

(1) *Des centres moteurs encephaliques*, *Archives de physiologie*, 1877, 1 et 2.

(2) *Medical Times and Gazette*, mai 1877.

(3) *Tech. expérimentale sur les fonctions du cerveau* 1878.

tres moteurs dans l'écorce grise du cerveau, suffit certainement pour justifier le désir que nous avons d'assister à un exposé magistral de la question et à des expériences formelles. Voici donc en résumé la relation de ce qui s'est passé à la section de physiologie du congrès de Londres.

M. Goltz a fait ses expériences sur les chiens, et il détruit la substance grise des circonvolutions par la projection d'un jet d'eau sur la surface du cerveau mis à nu sur une région déterminée. Jamais, dans ces conditions, il n'a obtenu de véritable paralysie motrice. Quand on lèse, dit-il, les circonvolutions avec assez d'habileté pour limiter exclusivement l'ablation à l'écorce grise, l'animal continue à marcher.

Si l'on observe, ajoute-t-il, des paralysies, soit chez des sujets affectés de traumatisme cérébral, soit chez des animaux en expérience, c'est que l'inflammation s'est propagée de l'écorce aux noyaux centraux. Il a toujours trouvé, dans le cas de paralysie, la substance intermédiaire à l'écorce et aux corps opto-striés fortement congestionnée.

C'est par la disparition de cette congestion qu'on devrait expliquer la disparition de certaines paralysies, au lieu d'invoquer dans cette circonstance une prétendue suppléance par les circonvolutions homologues du côté opposé.

Enfin il fait remarquer que les circonvolutions que l'on considère comme le siège des principaux mouvements sont précisément celles qui sont le plus rapprochées des noyaux centraux, ce qui explique la transmission facile de l'inflammation à ces centres.

La conclusion de M. Goltz est que, non seulement on ne peut rien localiser avec précision dans l'écorce, mais encore qu'on ne doit y rien localiser du tout au point de vue moteur.

Ainsi pris à partie, M. Ferrier commence par affirmer qu'il a une supériorité réelle sur son contradicteur, en ce sens que lui, M. Ferrier, a expérimenté sur des singes, et que plus on se rapproche de l'homme sur ce point, plus on approche de la vérité (c'est ce qu'il faudrait établir; nous nous occuperons de ce point un peu plus loin). Puis il admet l'influence de la propagation de l'inflammation aux centres signalés par M. Goltz. Toutes les fois que cette inflammation s'est présentée dans mes expériences, dit M. Ferrier, j'en ai apprécié la valeur, et j'ai considéré l'expérience comme manquée; mais cette inflammation a fait défaut dans beaucoup d'autres expériences, et c'est sur celle-ci que je m'appuie :

1° Je trépane et je mets à nu sur un singe les circonvolutions ascendantes où sont les centres, selon moi, des mouvements des membres. Le singe jouit de tous ses mouvements. Je réfrigère les circonvolutions avec des pulvérisations d'éther et la paralysie se montre. Dès que la chaleur revient, avec elle réapparaissent les mouvements.

2° Je détruis avec le bistouri ces mêmes circonvolutions et je panse la plaie avec toutes les précautions antiseptiques modernes (je suis dans l'hôpital de Lister qui a bien voulu lui-même se charger de ce soin). La paralysie succède à cette ablation. — Je sacrifie l'animal et je fais des coupes entre l'écorce et les corps opto-striés. La substance est saine.

M. Ferrier montre en ce moment douze coupes ainsi pratiquées, de l'écorce aux noyaux. La première (en partant de l'écorce) est un peu congestionnée ; la seconde l'est moins, la troisième ne l'est pas du tout. Toutes les autres sont saines.

De ces faits, M. Ferrier conclut que les expériences de M. Goltz, n'infirment nullement les résultats obtenus par lui, et il se croit autorisé à admettre l'existence de centres moteurs siégeant dans l'écorce grise du cerveau.

Certes l'occasion était belle pour nous de prendre part à une discussion aussi intéressante et nous l'eussions saisie si nous n'avions pas été arrêté par les difficultés du langage. Il nous était impossible de suivre une argumentation en anglais et en allemand, et, à plus forte raison, d'y prendre part. Nous n'avons pas l'avantage d'être polyglotte. Nos lecteurs ne trouveront pas mauvais que nous consignions ici ce que nous eussions voulu dire là-bas en considérant surtout que nos recherches expérimentales sur le même sujet nous donnent quelque droit à une intervention qui ne sera peut-être pas inutile (1). (A suivre.)

REVUE DE MÉDECINE

I. *De la pneumonie franche aiguë, de son évolution et de sa crise*, par le D^r PERNET. — On connaît les idées originales de l'éminent médecin de Lariboisière, qu'il a publiées pour la

(1) En 1876 nous avons publié le résultat de 36 expériences sur des chiens vivants dans nos *Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau*. En 1878 nous avons publié une revue critique sur les localisations cérébrales dans notre *Application des sciences à la médecine*, de la page 282 à la page 349.

première fois dans la *France médicale* de 1878 et on sait que, pour cet observateur, la pneumonie est une maladie du pneumogastrique, une névrite déterminant une éruption, un herpès du poumon. C'est une opinion qui d'ailleurs avait déjà été émise par M. Parrot et M. Lagout. La pneumonie aiguë fibrineuse étant une maladie à évolution simple, cyclique, caractéristique dont la marche se rapproche de celle des fièvres éruptives et qui est encore rapprochée de ces fièvres par la lésion locale. Dans un nouveau mémoire, publié dans les *Archives de médecine*, M. Pernet confirme ses idées premières et les complète par l'étude des circonstances qui modifient l'évolution normale de la pneumonie qu'il sépare complètement de toutes les autres phlegmasies aiguës dont elle a été cependant prise pour type.

Dans la pneumonie normale, quelques heures après le refroidissement, qui est la cause habituelle, la maladie débute brusquement par un frisson violent, prolongé pendant une heure ou deux, ordinairement unique, accompagné ou bientôt suivi d'un point de côté sous le mamelon; ce frisson n'est que le premier acte d'un état fébrile qui est d'emblée intense et qui persiste ainsi plusieurs jours. Très peu de temps après le début des accidents, l'examen de la poitrine révèle dans une partie du côté malade des signes physiques parmi lesquels le râle crépitant est un des plus précoces et des plus importants. Bientôt, dès le deuxième ou troisième jour de la maladie, on trouve les signes d'une hépatisation pulmonaire plus ou moins étendue et, en même temps, se montre l'expectoration si caractéristique de crachats teintés de sang, visqueux, transparents, non aérés, crachats constitués par l'exsudat fibrineux. Vers la fin du troisième jour apparaît une éruption d'herpès naso-labial. Pendant quatre, cinq, six jours, la fièvre persiste intense, d'une seule tenue, la courbe de la température figurant une sorte de plateau élevé dont les courtes oscillations se maintiennent autour de 40 degrés et le pouls se soutenant entre 100 et 120 pulsations; durant ce même temps, on constate la persistance de l'hépatisation pulmonaire, sans autre changement que quelques variations dans l'étendue du souffle ou du râle crépitant qu'on trouve à la périphérie de la zone hépatisée, variations qui semblent plutôt en rapport avec la congestion péripneumonique qu'avec la pneumonie elle-même; c'est la période d'état de la maladie. Puis tout à coup la détente arrive: du cinquième au huitième jour après le frisson initial

généralement pendant la nuit, surviennent une défervescence brusque et des sueurs abondantes, la maladie se termine aussi brusquement qu'elle était arrivée, la crise est faite; en quelques heures, le malade se trouve complètement soulagé. C'est le début d'une convalescence rapide pendant laquelle les signes stéthoscopiques reviennent vite au bruit pulmonaire normal.

Cette détente brusque, cette crise, est non seulement marquée par la chute de la fièvre, mais encore par des sueurs profuses concomitantes ou qui suivraient de bien peu l'abaissement de la température. La peau peut avoir été très sèche jusque-là ou bien être restée humide pendant tout le cours de la maladie, l'abondance de la sueur n'en est pas moins très remarquable; c'est elle qui constitue seule le phénomène critique constatable en dehors du thermomètre. Les autres évacuations critiques citées par les auteurs classiques sont très loin d'avoir une importance équivalente et souvent même n'offrent aucun caractère critique. Tels sont les sédiments urinaires, les épistaxis, les éruptions d'herpès autour des narines et des lèvres, les flux diarrhéiques.

En effet, l'herpès cutané n'est qu'un épiphénomène de l'affection: « c'est l'étiquette extérieure indiquant la nature de la maladie dont le poumon est le siège. » A la suite d'un refroidissement survient un frisson suivi de fièvre; c'est l'invasion d'un herpès aigu *a frigore*. Trois éventualités peuvent alors se présenter: 1° herpès naso-labial; 2° ou bien angine herpétique et herpès naso-labial; 3° ou bien encore pneumonie et herpès naso-labial. L'herpès des muqueuses (gorge, poumon), apparaît douze ou vingt-quatre heures après le frisson initial; celui de la peau (lèvres, nez,) est plus long à apparaître, ainsi que l'a exprimé M. Lasègue, aussi n'arrive-t-il que le troisième jour à peu près de la pneumonie. Il est donc loin d'être un phénomène critique: c'est plutôt une indication de rechercher la pneumonie alors dans sa période d'état.

Les caractères de l'urine, ses sédiments, son abondance, la quantité de chlorures qu'elle contient, ne paraissent pas avoir l'importance des sueurs profuses. De même, les épistaxis qui surviennent à des moments variables de la maladie, abaissent passagèrement la température et peuvent être sous la dépendance de causes fort variables: fièvre, troubles vaso-moteurs, gêne circulatoire due à l'étendue de la pneumonie, etc. Les modifications dans la marche caractéristique de la maladie sont sous l'influence de conditions étrangères qui entraînent la

déchéance de l'organisme et le rendent incapable de résister à l'assaut d'une affection aiguë de quelque intensité. L'alcoolisme, la sénilité, le surmenage, l'épuisement par des excès ou par des chagrins, la débilité originelle ou acquise, sont les plus communes de ces influences extrinsèques. Dans toutes ces conditions, la marche de la maladie se trouve habituellement retardée et, quand même l'issue doit être favorable, la crise se fait longtemps attendre, elle n'arrive quelquefois qu'au dixième ou au douzième jour. On peut voir survenir l'état typhoïde chez les vieillards et les débilités, le delirium tremens chez les alcooliques ou bien encore la transformation purulente du foyer pneumonique, le tout trop souvent terminé par la mort.

II. Myocardite scléreuse hypertrophique. — Depuis longtemps déjà, quelques auteurs avaient entrevu des hypertrophies scléreuses du muscle cardiaque, qui étaient restées dans la science à titre de constatation anatomique; mais dont la pathogénie, la symptomatologie, et même l'anatomie pathologique, étaient encore à faire : MM. Debove et Letulle ont, dans un court et substantiel mémoire, appelé récemment l'attention sur une complication fréquente de la néphrite interstitielle, la sclérose secondaire du myocarde; MM. Rigal et Juhel-Rénoy viennent de jeter un jour nouveau sur la question en étudiant les myocardites scléreuses qui se développent en dehors de toute altération rénale, préalable ou concomitante. Les causes qui amènent la sclérose du muscle cardiaque sont les diathèses et les intoxications : tabagisme, goutte, rhumatismes, et, surtout, alcoolisme, saturnisme. En entraînant les altérations des petites artères et des capillaires, elles aboutissent à supprimer l'élasticité de ces petits vaisseaux et créent au cœur un obstacle, d'où son hypertrophie.

Quant aux hypertrophies cardiaques succédant à la néphrite interstitielle, quelle qu'en soit la pathogénie, elles sont indéniables; c'est, en quelque sorte, la localisation sur le cœur de cette diathèse fibreuse qui, lorsqu'elle agit sur le rein, aboutit au rein contracté (Debove et Letulle).

MM. Rigal et Juhel-Rénoy étudient les cas où le cœur semble s'hypertrophier primitivement, et qui se terminent par la mort avant que le réseau artériel et capillaire soit atteint et en dehors de la néphrite interstitielle.

La cause de cette sclérose spéciale paraît surtout être

l'alcoolisme, d'autant plus que les lésions histologiques sont cantonnées autour des vaisseaux, comme dans toutes les altérations dues à l'alcool. Anatomiquement, la sclérose hypertrophique du myocarde est caractérisée par des altérations du tissu conjonctif interstitiel, amenant la transformation fibreuse de ce tissu et la disparition du tissu musculaire par atrophie; c'est une cirrhose qui a pour point de départ probable des altérations vasculaires (endartérite, périartérite).

Les symptômes par lesquels se révèle cette lésion sont, dans une première période, des palpitations, de l'essoufflement, un affaiblissement notable du pouls et des battements du cœur, avec fréquence insolite et régularité habituelle, un assourdissement des bruits du cœur, tous les signes objectifs d'une hypertrophie peu considérable à marche progressive, et enfin l'absence absolue de toute espèce de bruit morbide. Il faut faire exception pour le bruit de galop qui paraît exister dans quelques cas.

A la période d'état, tous les symptômes signalés ci-dessus s'accusent, et l'on voit survenir des attaques de congestion pulmonaire souvent unilatérales, avec œdème périmalleolaire intermittent. A la période ultime, on voit tous les phénomènes de l'asystolie vulgaire. La marche de cette maladie est essentiellement progressive, sa durée est variable de quelques mois à quelques années.

Le diagnostic est très obscur pendant la première période; plus tard, il s'établit par la constatation d'une hypertrophie qui contraste avec tous les signes d'un affaiblissement des systoles, hypertrophie que l'on ne peut rapporter à aucune des causes habituelles: athérome, hypertrophie brightique, compensatrice des lésions valvulaires, consécutive à la symphyse cardiaque, etc. L'absence de tout bruit de souffle, alors qu'il n'existe aucun symptôme d'asystolie, doit entrer sérieusement en ligne de compte pour établir le diagnostic. Indépendamment du diagnostic différentiel avec les hypertrophies secondaires que nous venons d'énumérer, on doit encore éviter de confondre la myocardite chronique hypertrophique avec la dilatation aiguë du cœur, d'origine réflexe, avec la péricardite avec épanchement et avec les anévrysmes du cœur.

A l'alcoolisme comme cause, il convient d'ajouter le rhumatisme, la goutte, le diabète, et peut-être le tabagisme. Le pronostic est grave; la mort en est la conséquence, après un

temps assez long. Peut-être, quand on connaîtra mieux la maladie, pourra-t-on l'enrayer au début.

La thérapeutique, qui jusqu'à ce jour paraît avoir été utile, a consisté dans le régime lacté prolongé, le repos, l'administration intermittente de la digitale et peut-être de l'iodure de potassium.

III. Les nodosités sous-cutanées éphémères et le rhumatisme. — Ces productions singulières et rares, entrevues d'abord par Froriep, puis signalées par M. Jaccoud dans son *Traité de pathologie interne*, ont été observées plus tard (1875) par M. Meynet (de Lyon) et citées par M. Besnier dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*. A propos d'un cas nouveau observé par eux, MM. Troisier et Brocq en ont fait une étude spéciale intéressante, pour laquelle ils se sont servis des faits publiés antérieurement et, entre autres, d'un mémoire de M. Féréol sur les nodosités éphémères cutanées chez les arthritiques (1879):

« Ces nodosités sont de petites tumeurs sous-cutanées qui forment une saillie plus ou moins élevée, mais qui, parfois, ne sont appréciables qu'à la palpitation. Elles sont sphériques ou ovoïdes, ordinairement bien circonscrites. Leur volume est très variable; il est habituellement comparé à celui d'un grain de blé, d'une lentille, d'un pois, d'une noisette. Elles offrent au doigt une consistance particulière; elles sont fermes, plutôt élastiques que dures. Elles sont plus ou moins mobiles sous la peau, à laquelle elles n'adhèrent point ordinairement. Le plus souvent, elles sont peu douloureuses à la pression; cependant, dans un cas communiqué par M. Vulpian, il en était autrement. Elles peuvent se montrer sur toutes les parties du corps, soit au voisinage des jointures, soit loin des articulations malades, comme à la tête, où elles occupent de préférence le front et l'occiput; nous avons vu, chez notre malade, une nodosité se produire sur chaque oreille. Leur nombre est très variable; elles apparaissent souvent par poussées successives. Leur évolution est tout à fait caractéristique; elles se développent très rapidement et acquièrent, en fort peu de temps, leurs plus grandes dimensions; elles disparaissent après quelques jours de durée, sans laisser de traces... »

Quel est leur siège? Pour M. Féréol, ce serait la face profonde de la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Pour MM. Troisier et Brocq, ainsi que pour M. Meynet, elles siègeraient plutôt

dans les tissus fibreux, périoste, tendons, ligaments, aponeuroses. M. Féréol et son élève, M. Dayaine, attribuent les nodosités à des fluxions rhumatismales, à des œdèmes aigus. Les auteurs du mémoire, avec M. Besnier, se rallient plus volontiers à l'opinion de M. Jaccoud, qui les attribue à « l'infiltration et à l'hyperplasie circonscrites des éléments connectifs »... Cette affection ne réclame aucun traitement particulier.

F.-A. HUE.

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

Traitement de l'intoxication phosphorée par l'essence de térébenthine (1). — En 1867, Tardieu écrivait dans son *Étude médico-légale et clinique*, sur l'empoisonnement : « La guérison de l'empoisonnement par le phosphore, quand il n'avorte par dès le début, et que les effets ont été suffisamment accusés, reste tout à fait exceptionnelle. Il n'existe pas de contrepoison, et c'est en vain que l'on a essayé l'émétique, la magnésie, l'eau albumineuse, le soufre, les toniques. » Une année plus tard, le Dr Audant, de Dax, publiait l'observation d'un homme, qui, dans un but de suicide avait ingéré des têtes d'allumettes, à dose toxique, et pour assurer le résultat, avait pris ensuite un verre d'essence de térébenthine. Ce luxe de moyens ne lui réussit pas; il ne tarda pas à guérir.

On savait d'ailleurs, que les ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques, avaient coutume, pour annihiler les effets des vapeurs délétères du phosphore, de porter sur la poitrine une fiole ouverte remplie d'essence de térébenthine.

Ces faits suffirent pour susciter des recherches sur l'efficacité de ce prétendu antidote et, Personne, après de nombreuses expériences sur des chiens, conclut à l'utilité de ce moyen. D'après cet expérimentateur, l'essence de térébenthine, pénétrant avec le phosphore dans le torrent circulatoire, lui enlève la propriété de s'oxyder aux dépens du sang.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, l'action de l'essence de térébenthine, dans l'intoxication phosphorée, paraît un fait

(1) *Rev. de Thérap. médic. chirurg.*

acquis ; et le Dr Mareau (4), dans une intéressante thèse dont les conclusions sont appuyées par des expériences nouvelles et fort bien conduites, s'accorde sur ce point avec Personne et M. Rommelaere.

« On admet généralement, dit ce dernier auteur, que 15 à 30 centigrammes de phosphore, introduits dans l'estomac déterminent un empoisonnement mortel.

» L'essence de térébenthine, suspendue dans une potion gommeuse au moyen d'un jaune d'œuf ou administrée en bols, n'agit pas sur les chiens comme contrepoison du phosphore ; il est donc préférable de l'administrer sans véhicule, par dose de 4 gramme, répétée chaque demi-heure pendant deux ou trois heures, puis espacée selon l'état du sujet. Il est indispensable de proscrire l'emploi de l'alcool pendant l'administration de l'essence (1 cas de mort).
 » Il est encore indispensable de proscrire l'emploi de mucilages ou de boissons mucilagineuses ; on donnera de l'eau comme boisson.

On a aussi préconisé, dans le cas d'empoisonnement par le phosphore, le charbon animal, sous forme de pilules. Euler et Kohl ont même proposé ce moyen pour combattre les effets pernicieux des vapeurs de phosphore dans les fabriques d'allumettes chimiques.

Traitement de l'alopecie par les injections de pilocarpine. — Une des nombreuses et, paraît-il, des plus heureuses propriétés de la pilocarpine, réside dans l'action spéciale que cette substance exerce sur le système pileux. Depuis nombreux cas de guérison de calvitie totale ou partielle, ont été observés tant en France qu'à l'Étranger. Nous en trouvons un nouvel exemple dans le *Moniteur de la Polyclinique*.

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, tout à fait chauve, et dont, au surplus, les sourcils, les cils, les poils de l'aisselle et ceux du pubis avaient complètement disparu. Après avoir essayé vainement diverses médications, et ne pouvant rattacher cette alopecie à aucune cause, M. André fit sous le cuir chevelu des injections de 1 centigramme de chlorhydrate de pilocarpine, c'est-à-dire une seringue de la solution suivante :

Chlorhydrate de pilocarpine 20 centigr.

Eau distillée 20 gr.

Au bout de quelques jours, la dose fut élevée sans accident à 2 c. 5. La sécrétion de la sueur fut si abondante que la femme,

(1) Thèse inaugurale 1881.

forcée de faire à pied un trajet de deux lieues pour retourner chez elle, dut enlever ses chaussures littéralement inondées.

Les injections avaient commencé à la fin de mars. Le 18 avril, les cheveux repoussaient en grande quantité. Le 17 juillet, après 10 injections seulement, la tête était recouverte d'une chevelure longue de 2 centimètres, blonde et soyeuse; les poils et les cils avaient aussi repoussé; seuls les sourcils tardaient à se dessiner.

Du traitement du lupus et des noevi materni par les scarifications linéaires. — Depuis longtemps les procédés de cautérisation empiriques et impuissants avaient fait place dans la thérapeutique locale du lupus à des moyens plus rationnels, moins douloureux et plus féconds en heureux résultats: l'emploi méthodique du chlorure de zinc, l'application à la surface du lupus, suivant les préceptes fixés par E. Besnier, de poudre, de bromure de potassium ou de nitrate de plomb, marquaient déjà, en effet, un progrès réel dans le traitement de cette redoutable affection.

Ces moyens, qui conservent cependant quelques indications, notamment dans le lupus simple, non ulcéreux; ont été, à leur tour, détrônés par une médication nouvelle proposée par Balzmann Squire, et dont Vidal a été, en France, le vulgarisateur. Nous voulons parler du traitement par les scarifications linéaires.

Ces scarifications ont pour but et pour résultat d'anémier la plaqué lupéuse et d'entraîner une légère inflammation locale qui favorise la destruction du néoplasme.

L'instrumentation est des moins compliquées. Quelques aiguilles longues de 1 ou 2 centimètres, les unes à sommet tranchant, les autres à bouts coupants dans toute leur étendue, solidement montées sur un manche analogue à celui des aiguilles à cataractes, voilà tout ce qui est nécessaire. Néanmoins, comme le maniement de ces aiguilles exige de la part de l'opérateur une adresse et une précision qui ne s'acquièrent que par une longue pratique, on fera bien de se servir, au début, d'un scarificateur à lames multiples et à ailettes; on sera, de cette façon, assuré d'atteindre, sans les dépasser, les parties saines du derme et de tracer les incisions linéaires à des intervalles réguliers. Ces incisions doivent être rapprochées au point de ressembler aux hachures de l'ombre d'un dessin à la plume. Elles s'entrecroiseront dans tous les sens, de façon à limiter de

très petits losanges au niveau desquels les rudiments de la couche génératrice de l'épiderme encore existants feront l'office de véritables greffes épidermiques et produiront une restauration plus ou moins complète. On comprend dès lors pourquoi les incisions doivent être faites perpendiculairement à la surface des téguments. La profondeur à donner aux scarifications est déterminée par le degré de résistance du tissu. Cette résistance, très faible pour les parties malades, devient très marquée au niveau du tissu sain qu'il convient de ne pas dépasser. En prenant un point d'appui sur le bord cubital et la paume de la main, et en tenant l'aiguille comme une plume, on pourra, par un simple mouvement des doigts, donner à l'incision une étendue et une précision convenables. L'écoulement sanguin qui suit l'opération est médiocrement abondant. C'est une hémorrhagie en nappe, qu'une compression légère et de courte durée, à l'aide de fragments d'éponge, suffit pour arrêter.

Après avoir asséché la surface scarifiée avec du papier de soie, on la recouvre d'un emplâtre de Vigo, et le malade, ainsi pansé, peut vaquer à ses occupations habituelles, sans autre précaution à prendre que contre l'air froid, dans la mauvaise saison. En général, au bout de huit jours, la cicatrisation est complète et on peut procéder à de nouvelles scarifications. Le nombre des séances est évidemment variable avec l'étendue de la plaque et l'étendue des lésions. Il en faut souvent toute une série pour obtenir une belle cicatrice, lisse et décolorée. Il est même nécessaire, et le médecin comme le malade doit en être prévenu, de réprimer les récidives par des séances de perfectionnement (1).

Si les scarifications linéaires rendent les plus grands services dans le traitement du lupus, surtout de la forme galopante, ulcéreuse, du lupus vorax congestif et hypertrophique, ce n'est point là leur seule indication. Elles ont encore été dirigées avec succès contre les cicatrices vicieuses, les écrouelles, le molluscum de Batemann, diverses lésions du col utérin, les *navi materni*, etc.

Parmi ces derniers, les taches vineuses seules sont justiciables des scarifications linéaires. Ce mode de traitement présente sur les moyens jusqu'ici employés (cautérisation, injections irritantes, ligature simple ou multiple), l'avantage d'être applicable à tous les cas, quels que soient le siège et l'étendue de la tache. De plus, il n'entraîne aucune cicatrice appréciable, avantage

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 15 janvier 1881.

de premier ordre quand il s'agit d'un *noëvus* de la face. Voici comment opère M. Vidal (1) :

Après avoir fait l'anesthésie locale avec l'appareil de Richardson, la peau étant bien tendue au-dessus et au-dessous de la tache, il trace, avec une petite aiguille losangique de 3 millimètres de diagonale, une série d'incisions droites, parallèles, distantes de 1 millimètre et profondes de 1 millimètre à 1 millimètre et demi, puis une série d'incisions perpendiculaires aux premières et dans les mêmes conditions qu'elles : on a ainsi limité de petits espaces de peau d'un millimètre carré. A-t-on affaire à un *noëvus* étendu ? on incline dans une séance suivante, les incisions, de façon à ne laisser aucun point qui n'ait été sectionné.

Le premier effet de ces incisions est d'amener une hémorragie qui cache le champ opératoire, mais on évite cet inconvénient en commençant par les parties déclives et en tendant bien la peau ; au besoin, on s'arrêterait un moment pour essuyer avec un linge en tamponnant. L'opération terminée, on essuie la surface scarifiée et on applique rapidement du papier buvard, hémostatique suffisant, qui a l'avantage d'absorber des incisions mêmes, le sang qui mettrait obstacle à la réunion par première intention.

Combien faut-il, pour un espace donné, de scarifications ? Au bout de six semaines, c'est-à-dire après six scarifications, la couleur est moins foncée ; mais une amélioration réelle est lente : une tache violette, par exemple, passe par les différentes phases rouge vineux, rouge grenat, cuivré, rose vif.

Pour un *noëvus* rose, il faudrait 15 à 20 scarifications, et la peau apparaît sans cicatrice appréciable.

C'est en cela que le traitement de M. Vidal est préférable à tous les autres.

Comment se fait la guérison ? est-ce par le même procédé que les cicatrices ordinaires ou une inflammation traumatique modérée ? Quoi qu'il en soit, les malades n'ont rien à risquer de ce traitement, et tout à en espérer ; il est long, dira-t-on, mais quelle est la femme qui ne saurait mettre le temps et apporter le courage nécessaires pour remédier à un « signe qui nuit à ses charmes ».

F. LEPRÉVOST,
Interne des Hôpitaux.

(1) Thèse de Golson, *Monit. de la Polyclinique*.

Formulaire.

Traitement des granulations utérines.

Axonge. 15 grammes
 Précipité rouge porphyrisé. 1 —

M. A. Guérin conseille de couvrir de ce mélange l'extrémité d'un tampon d'ouate et de l'introduire jusque sur le col à l'aide du spéculum. Le pansement sera renouvelé tous les jours et précédé d'une injection de feuilles de noyer. (*Journal de Méd. de Paris.*)

Potion stimulante et diaphorétique.

Eau de mélisse. 100 grammes
 Teinture de canelle. 6 —
 Acétate d'ammoniaque. 4 —
 Sirop de quinquina. 30 —

M. S. A.

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

F. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 11 octobre.

Présidence de M. LEGUEST.

M. Bouley dépose sur le bureau une note de M. Mathieu, dans laquelle sont revendiqués les droits du Dr Auzias-Turenne à la démonstration de ce fait que des inoculations multiples sont un moyen d'atténuer les virus.

Nous avons sous les yeux le volume des œuvres d'Auzias, publié en 1878 par ses exécuteurs testamentaires sous le titre de *Syphilisation*, qui a paru sans doute le plus propre à traduire l'idée dominante de l'auteur. On y trouvera, à la page 709, un mémoire communiqué à l'Académie en 1865, intitulé : *Introduction à l'étude des maladies virulentes*. Il y a juste seize ans que ces pages ont été écrites ; M. Pasteur alors ne connaissait parmi les microbes que ceux de la levure de bière, qui eussent pu suffire à sa gloire ; la grande découverte de la bactériologie charbonneuse n'était pas accomplie et les romans qu'elle a suggérés, dans l'un desquels le lombric joue un rôle si curieux, n'avaient pas encore vu le jour, et pourtant on en

savait aussi long qu'aujourd'hui sur les maladies virulentes, leur nature, leur origine, leur évolution. Quand on a relu, comme nous venons de le faire, le mémoire d'Auzias, on se demande où est le progrès, où est la découverte qui a renouvelé cette région de la science nosologique.

Auzias définit avec une merveilleuse précision les virus, qu'il distingue des parasites, des venins, des miasmes; il en décrit les huit attributs caractéristiques qui sont : l'intensité variable (formes ébauchées et formes confirmées de M. Jules Guérin), les modalités variables, la régénération et la dégénération, la transmissibilité, l'élection d'un organisme ou milieu approprié, l'incubation, les symptômes locaux et généraux successifs, l'immunité qu'ils confèrent pour l'avenir. Un résumé en quatorze propositions détermine le travail. Voici la dernière proposition :

« Les virus créent l'immunité contre eux-mêmes, c'est-à-dire l'invulnérabilité contre leurs propres coups. Cette propriété est la pierre angulaire de leur prophylaxie et de leur traitement; c'est le plus précieux filon, la plus brillante perspective de la médecine des maladies spécifiques. »

Page 758, nous lisons dans un *Aperçu historique sur les lysses ou vésicules de la rage* : « La plupart des maladies virulentes ont deux caractères communs plus ou moins constants; le premier consiste dans la naissance d'un accident local au siège de la souillure, le second, dans l'apparition de symptômes généraux ou consécutifs affectant les confins de l'organisme. L'accident local est une règle qui n'aurait que d'infinitement rares, pour ne pas dire douteuses, exceptions; l'accident général est une exception qui n'est pas rare. » On comprend l'importance de cette remarque au point de vue de la pratique de l'inoculation comme prophylaxie des maladies virulentes, Auzias montre que la pustule maligne (charbon), la clavelée, la morve, etc., obéissent aux mêmes lois. Voici, plus loin, une note, en collaboration avec M. Mathieu, sur l'inoculation prophylactique du virus de la péripneumonie des bêtes bovines. Nous relevons, page 784, le passage suivant : « Un état de virulence étant donné, il acquiert de l'énergie par le fait de transmissions d'inoculations successives. Après un laps de temps indéterminé et toujours sous l'influence d'inoculations successives, cet état de virulence arrive à son maximum d'intensité; à celui-ci succède une période décroissante, résultant de l'affaiblissement graduel de l'élément virulent, qui enfin disparaît. » Il est clair qu'on a dans cette circonstance un moyen physiologique

d'obtenir un virus atténué ; au lieu de fabriquer le poison, il n'y a qu'à le laisser élaborer par la nature. Et comme la maladie virulente, soit sous la forme ébauchée, soit sous la forme dégénéréscente, confère l'immunité, on obtiendra à l'aide d'inoculations successives un état morbide correspondant à un virus vaccinal et prophylactique. C'est une méthode rationnelle véritablement digne de la science expérimentale.

Ces choses s'écrivaient en 1863, on connaissait alors un moyen d'obtenir le virus atténué, un moyen supérieur, croyons-nous, à la culture chimiatrique et au poison artificiel de M. Pasteur ; on employait le procédé modestement, sans se croire un génie ; et les expérimentateurs de ce temps-là parlant des faits sur lesquels se fondait l'inoculation prophylactique, à savoir l'évolution des maladies virulentes, s'exprimaient ainsi :

« Cette vérité, devenue banale à force d'avoir été observée, n'a besoin d'aucune démonstration. Elle fait partie de l'histoire générale des épizooties. »

Nous avons fait depuis des progrès à rebours ; on a découvert bien des choses déjà connues et même banales ; au procédé rationnel et physiologique d'atténuation du virus, nous avons substitué un procédé artificiel de la catégorie des remèdes secrets et qui va prochainement donner lieu à une exploitation.

Dans le même mémoire, page 781, nous lisons encore :

« Nous avons cru utile d'envisager la péripneumonie contagieuse dans ses rapports avec l'hygiène publique. Peut-elle se communiquer à l'homme (soit par contact ou voisinage, soit par la consommation des viandes en puissance d'état virulent) ? Aucune observation assez positive ne vient répondre affirmativement ; mais est-on bien certain que parmi les individus qui manipulent des viandes contaminées, il ne s'en soit jamais rencontré dont l'affection ait revêtu un cachet spécial se rapprochant du type que nous étudions ? » Et si, d'après cette opinion, le moindre contact peut devenir dangereux, que n'a-t-on pas à redouter de l'ingestion de viandes virulentes ou rendues telles par l'inoculation ?

M. Larrey lit une note sur un nain originaire des environs d'Angoulême. Cet individu a 45 ans, pèse 9 kilogrammes, et mesure seulement 0^m,80 de taille. Il est bien proportionné ; bien conformé, sauf une légère saillie présentée par la colonne vertébrale dans la région sacrée. Ses membres sont grêles et ressemblent à ceux d'un enfant de quatre ans. Les muscles sont atrophiés ; les organes génitaux sont normaux et confor-

mes à la constitution générale caractérisée par un arrêt de développement. Les parents, quoique dans une situation aisée, semblent disposés à exploiter la monstruosité de leur fils. Ils lui trouvent du talent pour le chant et comptent sur ce talent pour assurer le succès des exhibitions futures. En réalité, ce nain est laid : ses yeux sont petits et trop rapprochés ; le nez énorme et aquilin achève de donner à la physionomie quelque chose de l'oiseau de proie. La voix est stridente et rendue désagréable par un nasillement accentué.

M. Jules Guérin, qui a aussi examiné le nain, le considère comme un microcéphale généralisé ; il y a là un spécimen intéressant d'arrêt de développement. La saillie du sacrum doit être une luxation congénitale.

M. Jules Guérin monte ensuite à la tribune et son discours occupe le reste de la séance. Le sujet traité est assez important pour mériter de tels développements : il s'agit de la valeur de l'expérimentation et de l'observation, à propos des faits d'inoculation rapportés dans les précédentes séances par M. Bouley. M. Bouley est, nos lecteurs le savent, partisan de l'expérimentation ; il ne dit pas de mal de l'observation, mais il donne la palme à l'expérimentation, à la méthode qui, par un heureux coup de lancette, est capable, à un moment donné, de faire surgir du cortège de causes secondaires qui environnent ou masquent le phénomène, la cause vraiment essentielle et productrice jusque-là méconnue.

L'observation, passive de sa nature, ne saurait faire cela ; elle attend le bon plaisir du hasard, et peut l'attendre longtemps à moins que l'expérimentation n'intervienne pour faire soudain la lumière.

A la thèse de M. Bouley, M. Jules Guérin oppose celle-ci : L'expérimentation ne fait qu'agrandir le champ et multiplier les conditions de l'observation ; elle continue l'observation. C'est l'observation, non l'expérimentation, qui nous a appris, par exemple, qu'un organisme devenait indemne après avoir subi la contagion d'une maladie virulente.

Sur le terrain de la clinique, l'expérimentation est un procédé dangereux, infidèle, tout au moins suspect. Ainsi l'inoculation ne reproduit pas les maladies originales : l'expérimentation, suivant le mot de M. Pidoux, n'arrive ici qu'à contrefaire la nature. La non-identité du mal produit par l'inoculation est établie d'ailleurs par plusieurs différences essentielles ; en ce qui concerne la péripneumonie contagieuse, le phénomène carac-

téristique, nettement indiqué par M. Bouley pour le début de la maladie spontanée, manque dans la maladie inoculée.

Comme les autres maladies virulentes contagieuses, comme le choléra, la péripneumonie offre une période prodromique ou prémonitoire, des formes ébauchées. L'état virulent se manifeste par une évolution correspondant à trois phases principales, la première de croissance, la seconde d'apogée, la troisième de déclin, constituant trois degrés principaux offrant chacun des degrés divers d'intensité. Il y a cinquante ans que M. Jules Guérin a produit cette théorie à laquelle les faits ont apporté de jour en jour une plus éclatante confirmation. Le mal produit par l'inoculation doit correspondre à une forme ébauchée du type nosologique.

On a omis, après avoir provoqué cette forme, de rechercher si elle ne créait, en même temps qu'une certaine immunité pour l'individu traité, un danger de contagion pour les animaux voisins. L'expérimentation a été incomplète, parce que le secours d'une observation approfondie lui a manqué.

On s'appuyait naguère sur l'expérimentation et les faits qu'elle démontrait, disait-on, pour affirmer que la morve avait une forme unique, qu'elle n'était pas contagieuse par inoculation, qu'elle était incurable. Trois erreurs que l'observation a ultérieurement détruites et que j'avais clairement discernées, il y a bientôt vingt ans, grâce à une observation attentive.

Quelle est l'efficacité, et par suite, l'utilité des inoculations vantées par M. Bouley? La preuve décisive de l'efficacité n'est pas faite; la propriété préservatrice des inoculations n'est absolue ni dans le résultat immédiat, ni dans le résultat définitif. Il semble que l'immunité coûte plus cher que la contagion. Les essais de la première commission attestent que l'inoculation a causé une mortalité plus grande que l'épizootie. Mais on inocule aujourd'hui avec plus d'habileté, plus de succès. Va pour le succès; toutefois nous allons voir que la chose est contestée et contestable.

Reste le point de vue hygiénique. On donne à tous les sujets inoculés, ou à presque tous la maladie, une maladie contagieuse; plusieurs y succombent, les autres la contractent plus ou moins grave. On jette dans la population bovine les éléments d'une contamination dont il n'est pas possible de fixer les limites. Qui osera affirmer que cet ensementement de germes malfaisants est inoffensif? Que deviennent ces germes? Les initiés de la microbie pourraient seuls nous le dire et raconter

les migrations étonnantes et les multiplications vertigineuses des bactériidies lancées de la sorte dans la circulation sur l'aile des vents. Nous nous bornons à exprimer l'opinion que ces inoculations nombreuses vont contre les règles de la prudence, et que la chair des animaux, même celle des animaux guéris, soumis à l'inoculation n'est peut-être pas sans inconvénient pour ceux qui la consomment, ni pour les animaux eux-mêmes, qui conservent des stigmates dans le poumon et contractent plus tard la tuberculose.

Les renseignements du fonctionnaire hollandais, M. Van Cappelle, introduit au débat par M. Bouley, ne sont pas aussi favorables à l'inoculation qu'on le pense.

En Hollande, on pratique, comme moyen d'éteindre la contagion, ici l'abatage, là l'inoculation. Dans les pays d'inoculation, sur 23,000 animaux sains, traités, le moyen prophylactique coûte la vie à 283 individus. Est-ce là un procédé inoffensif? Est-ce un procédé certain? Dans les pays d'abatage, si, comme il est logique de le faire, on ne confond pas les animaux *suspects* (c'est-à-dire n'ayant de la maladie que des symptômes prodromiques qui peuvent ne pas dépasser les formes ébauchées) qui ont été immolés, avec les animaux atteints réellement de la maladie confirmée, on verra que la contagion fait moins de victimes, d'après la statistique officielle, que l'inoculation. Au lieu de 283 morts, nous n'en n'avons que 142 au maximum à enregistrer. Et ce chiffre s'est abaissé, en même temps que décroissait la puissance de l'épizootie, à 37 et à 3.

Conclusion : Trois moyens prophylactiques sont en présence, l'inoculation, l'abatage, l'expectation accompagnée et éclairée par la recherche des causes et l'étude des faits. Le dernier moyen est présentement le meilleur.

Au point de vue médical, l'expérimentation seule n'est pas plus recommandable et plus infaillible. La monomanie d'expériences qui nous travaille aujourd'hui n'a rien produit dont nous puissions nous enorgueillir; elle a servi de piédestal à quelques-uns; elle a été stérile pour la science, son résultat le plus saillant est cette singulière fantaisie des microbes, qui sera démodée demain.

On a expérimenté tant et plus sur la morve. M. Delafond semblait avoir donné le fameux coup de lancette dont M. Bouley s'enthousiasme : 12 animaux avaient été inoculés avec des matières provenant du *jetage* de chevaux contaminés.

Les animaux inoculés avaient présenté les symptômes reconnus maintenant pour les plus caractéristiques de la morve (ulcérations de la membrane pituitaire, gonflement des ganglions, etc) ; mais comme l'observation était fautive, comme on méconnaissait en général l'existence des formes ébauchées, des intensités variables de l'élément virulent, que, en conséquence, on déclarait unique la forme de la morve et incurable l'affection, on conclut de l'expérience que la morve n'était pas contagieuse. C'était une autre erreur ajoutée à toutes les autres. Le fait expérimental « le coup de lancette » est resté le même cependant, et quelle différence entre les vues qu'il nous suggère aujourd'hui et les préjugés en faveur desquels on l'invoquait alors !

Qu'est-ce à dire ? C'est que le fait expérimental ne vaut que par l'observation qui l'éclaire, lui donne son sens, sa valeur, en un mot le détermine. C'est que l'expérimentation ne nous met rien dans l'esprit, et ne nous découvre rien que ce que l'observation a présenté et cherché.

L'engouement qui sévit en faveur de l'expérience fait l'office d'un voile jeté sur nos yeux. Tout est bien, intéressant, vraisemblable, à la condition d'avoir été machiné dans un laboratoire, d'avoir commencé par une vivisection et fini par quelque analyse ou combinaison chimique, agrémentée de microscopie. Et voyez les beaux résultats obtenus ! On croit avoir inoculé la rage ; point : c'est une maladie inconnue, avec microbe nouveau, en 8, qui apparaît. Puis, cette maladie se montre sans aucun lien avec la rage : le mucus bronchique la reproduit, toujours par inoculation, entre les mains de M. Parrod ; la salive fait la même chose entre les mains de M. Vulpian. Ou bien la fameuse découverte est un trompe-l'œil, ou bien nous sommes tous enragés. L'expérimentation n'est qu'une méthode au service des idées acquises par l'observation ; c'est ainsi que sont fournis les éléments d'induction qui nous amènent à saisir les causes.

Sur le domaine des inoculations, l'expérimentation est un instrument qu'il faut surveiller ; il peut être infidèle, dangereux même.

Il convient aussi de ne pas perdre de vue qu'il existe dans les maladies virulentes des formes prodromiques ou ébauchées, qui parfois s'arrêtent dans leur développement et demeurent pour l'observation, au point de vue de leur origine et de leurs effets, un sujet d'études très précieux. On doit enfin admettre

que ces maladies sont à la fois spontanées, c'est-à-dire susceptibles de se créer de toutes pièces sous l'influence des causes extérieures, et contagieuses, c'est-à-dire de se transmettre par les voies diverses qu'emploie la contagion pour se propager. Cet ensemble doctrinal admis, nous conduit à demander la prophylaxie future non à l'inoculation actuelle, infidèle, obscure, dangereuse, non à l'abatage, qui n'est qu'un pis-aller, mais aux résultats certains qu'une observation méthodique et prolongée nous promet.

Un mot des expériences de Chaumont.

La dualité du charbon n'est pas prouvée. En faveur de cette dualité on allègue la forme variée du microbe. Il n'y a pas longtemps que le grand-prêtre de la microbie proclamait que la forme n'est rien et peut tromper; mais, il paraît que la forme est chose élastique, et qu'il y a des jours où elle a une valeur. Il y a trop de vaccins en branle. Nous voilà au quatrième; ce n'est sans doute qu'un commencement. Un tel luxe, qui prend les allures d'une panacée, a de quoi effrayer. Nous avons même deux vaccins pour le charbon des moutons, le premier est de M. Toussaint; M. Bouley l'a déclaré bon; aurait-il perdu de sa valeur? Quoi qu'il en soit, on a omis également à Chaumont de mettre en contact avec des animaux sains les animaux inoculés; l'expérience est à refaire.

M. Bouley n'a eu qu'un mot pour citer la théorie des formes ébauchées: en un tel sujet, elle doit tenir plus de place; nous le pensons comme M. Jules Guérin.

Rappelons donc avec lui qu'il a mis au jour cette doctrine avec les développements successifs que l'observation des faits lui a fournis. A l'heure présente il demeure acquis et démontré par moi, dit M. Jules Guérin, en terminant:

1° Que toutes les maladies virulentes contagieuses ont une période prémonitoire, des formes ébauchées, une évolution, des modalités correspondant à des états divers de la puissance virulente;

2° Que ces maladies sont spontanées et contagieuses;

3° Que leur transmission s'opère par voie d'inoculation;

4° Que l'immunité est acquise par l'inoculation des principes virulents des formes ébauchées;

5° Et conséquemment, que ces principes peuvent jouer le rôle de vaccins.

Société de chirurgie.

Séance du 12 octobre 1881.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

M. Notta (de Lisieux). — M. Nicaise présentait récemment à la Société de chirurgie l'observation d'un cas de synovite tendineuse avec contenu hordéiforme, traitée et guérie par l'ouverture de la tumeur. Le fait que j'ai l'honneur de vous soumettre vient à l'appui de la manière de voir de notre collègue, et montre qu'il ne faut pas craindre d'opposer à cette maladie l'intervention chirurgicale.

Il s'agit d'une synovite observée chez un laboureur des environs de Lisieux, âgé de quarante-huit ans, et malade depuis quatre années. Je ne trouve aucun accident rhumatismal dans ses antécédents. La tumeur, en bissac, avait deux foyers : le premier à la paume de la main, le second à 2 ou 3 centimètres au-dessus du ligament antérieur du carpe. Ils correspondaient et, quand on pressait sur l'un, l'autre se gonflait et devenait plus volumineux. Pas ou peu de fluctuation. La peau était rouge violacé, mais d'une température normale. Je diagnostiquai un kyste à contenu hordéiforme contre lequel la ponction demeurerait nécessairement impuissante. Et, comme la peau menaçait de se rompre spontanément, je pris la décision d'en pratiquer l'ouverture. Le malade fut opéré le 14 novembre. Trois incisions, deux à la paume de la main et la dernière à l'avant-bras, me permirent de retirer un plein verre de grains du volume d'une petite lentille, kystiques pour la plupart. Il n'y avait presque pas de liquide.

Drainage du conduit de communication après injection antiseptique, pansement de Lister.

La journée de l'opération fut bonne, mais la nuit, le malade éprouva des douleurs atroces. Appelé le lendemain, je trouvai le drain serré et le membre tuméfié. Je retirai le tube en caoutchouc et je fis un nouveau pansement de Lister. Détente immédiate. La suppuration, peu abondante s'établit, et, en quelques jours, le patient fut considérablement amélioré. Je dus alors le laisser se panser lui-même, négliger, par conséquent, les précautions antiseptiques du début. Nouvelle tuméfaction, qui céda vite à de nouveaux pansements de Lister.

Le 20 mars, il ne restait plus qu'une fistule sans importance ; le 30 mai la guérison était complète.

M. Verneuil qui a le premier opposé les méthodes anti-

septiques à ces sortes de kystes ne met pas un drain, mais deux petits à chaque ouverture. Puis il applique sur le tout un vaste pansement ouaté. Car il ne faut pas là encore chercher la réunion immédiate. Il n'a pas de ces succès brillants que l'on peut observer en trois jours de traitement, mais il ne redoute point non plus les accidents d'aucun ordre. Et la guérison est toujours obtenue, et certainement obtenue après trois semaines.

M. Trélat. — Ce n'est pas, en effet, dans les kystes synoviaux qu'il faut vouloir la réunion immédiate. Il ne s'agit pas alors de rapprocher des plaies, mais bien des surfaces pathologiquement modifiées. Vous pourrez quelquefois guérir les malades en rapprochant les bords de l'incision. Mais souvent vous échouerez. Laissez plutôt la surface interne de la tumeur se modifier ou s'irriter avant de chercher à obtenir son adhésion.

C'est ce qu'a dit déjà **M. Després** à propos du malade de M. Nicaise. Il faut qu'il y ait suppuration pour que le kyste guérisse véritablement. Les accidents de ces sortes de tumeurs, ajoute-t-il, disparurent le jour où Chassaignac inventa son drainage. Lisez ses œuvres et vous en serez convaincus comme moi.

Telle n'est pas l'opinion de **M. Verneuil**. Il n'a drainé qu'un kyste et c'est le seul cas qui ait été suivi, non pas de mort, mais de phlegmon du bras avec atrophie des muscles.

Une discussion s'engage alors sur le degré de suppuration qu'il faut chercher à obtenir. **M. Després** la veut complète avec formation de pus crémeux. Il ne tient pas aux bourgeons charnus, mais il faut un état inflammatoire réel. Pour **M. Trélat** la plus légère irritation suffit.

M. Lucas-Championnière va plus loin et croit à la possibilité de la guérison après simple ouverture et nettoyage du kyste.

Passant à un autre ordre d'idées, il attribue la douleur éprouvée par la malade de M. Notta à l'injection antiseptique. Plusieurs fois, et particulièrement dans un cas de lavage de l'articulation du genou, il a vu celle-ci déterminer du gonflement de la région avec douleur et élévation thermique; ces accidents n'ont pas de conséquences graves et l'on aurait tort de s'en effrayer.

M. Nicaise demande à M. Notta s'il a pu se rendre compte de l'état du tendon. Deux fois il a observé de ces sortes d'affections et toujours les fibres lui ont paru dissociées et malades.

Le chirurgien de Liziox n'a pu examiner le tendon à ce

point de vue, mais il l'a trouvé couvert de franges et d'arborescences inflammatoires caractéristiques. Inutile d'ajouter qu'il a enlevé ces productions en les raclant avec le plus grand soin. Quant à la douleur accusée par le malade et au gonflement du premier jour, il les attribue moins à l'injection phéniquée (solution au vingtième) qu'au tube dont la suppression a déterminé une détente immédiate.

M. Larcher lit un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude de la synovite tendineuse* (aï-crépitant douloureux). Aperçus nouveaux sur le siège de l'affection.

Renvoyé à une commission composée de MM. Polaillon, Marjolin et Farabeuf.

M. Forget est nommé, sur sa demande, membre honoraire de la Société de chirurgie.

Luxations du pouce. — Des appareils conseillés pour leur réduction. — M. Després. — J'ai réduit hier à la Charité une luxation du pouce dans des conditions telles que je crois utile de les signaler.

C'était le sixième cas de ce genre qui me tombait sous la main.

La première fois j'avais remis les surfaces articulaires en rapport en employant la méthode de douceur.

Dans trois cas j'avais dû me servir du vieil appareil de Luër, modifié par Charrière. Dans un dernier, enfin, de l'appareil de Mathieu.

Cette fois naturellement, ne pouvant encore réduire avec les mains, je pensai à l'instrument de M. Farabeuf. Mais je dus y renoncer devant la douleur terrible éprouvée par le malade. J'ajouterai que le manche de l'appareil ne se trouvant pas dans l'axe de la gaine, cela lui enlève beaucoup de sa force et ne permet pas de tirer dans une direction certaine. Je dus donc recourir au vieil instrument de Luër, qui ne détermine pas de douleur en dehors de celle de la réduction, dont les branches sont dans l'axe de la manchette et dont la pression enfin est arrêtée et demeure par conséquent régulière.

M. Farabeuf. — A la première objection de M. Després, je répondrai que, dans les luxations du pouce, je ne me sers de mon instrument que dans les cas graves, quand il faut chloroformer le malade. Alors il ne détermine aucun accident, et j'ai pu un jour malaxer un pouce pour une luxation ancienne pendant plus d'un quart d'heure, sans éroder même l'épiderme.

Quant à la traction, je ferai remarquer qu'il a été inventé à

la suite d'un accident arrivé à un chirurgien qui se servait de l'appareil préconisé par M. Després, du nœud coulant en cuir. Le cuir avait glissé et le chirurgien était tombé à la renverse.

Mon davier a la longueur de la phalange, il est doublé de caoutchouc, ce qui lui permet une adhérence aussi intime que possible. En un mot, c'est une pince qui pince d'une façon sérieuse.

M. Lucas-Championnière partage les préventions de M. Després contre l'appareil Farabeuf. Une fois, voulant réduire une luxation de trente-cinq jours, il n'a pas seulement fait souffrir son malade; l'articulation a été ouverte.

Il est vrai que le sujet avait un gros pouce. Il faudrait une série d'appareils comme on a des séries de daviers. De cette façon, on pourrait choisir, pour chaque cas en particulier, l'instrument convenable.

M. Després. — Le chirurgien qui est tombé tirait mal. Il ne connaissait pas la manœuvre si bien exposée par M. Farabeuf, et qui consiste à exagérer la luxation avant de redresser le pouce. Le vieux procédé de la clef ne reposait pas sur un autre principe. On l'a abandonné, il est vrai, mais c'est parce qu'il était également trop douloureux.

M. Farabeuf. — L'instrument est bon quand on sait s'en servir, et si l'on peut en s'en servant demeurer impuissant, c'est que la luxation est irréductible.

Car là, messieurs, est le point le plus important des luxations du pouce. Les unes sont réductibles et, dans ce cas, on les guérit même après beaucoup de temps. Les autres, au contraire, dès le second jour, résistent à tous nos efforts. On les observe quand le tendon du fléchisseur est versé en dehors.

Ce n'est pas pour elles que j'ai inventé mon appareil. Il pourrait, en effet, comme tous les autres moyens de violence, déterminer des accidents considérables.

La séance est levée à 5 heures un quart.

F. JOUIN,

Interne des Hôpitaux.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES

SOUS-SECTION. — MALADIES DE LA GORGE.

Président : Dr George Johnson, F.R.S. de Londres. — Secrétaires : Dr de Havilland Hall; Dr Félix Semon; Dr Th.-J. Walher.

Les sciences médicales ont pris depuis le commencement du siècle une extension si rapide, si considérable, qu'il n'est déjà plus permis, même à l'homme le mieux doué sous le rapport de l'intelligence et de l'esprit, de les connaître toutes. Il faut aujourd'hui, qu'on le veuille ou non, faire un choix et distinguer d'avance les connaissances capables de nous rendre le plus de services dans le milieu auquel nous nous destinons.

Cette nécessité, si évidente déjà quand elle s'applique à l'homme qui se contente du rôle de praticien, du savant modeste qui ne désire qu'une chose, faire bénéficier ses malades des découvertes des autres, découvertes scrupuleusement analysées, il est vrai, et soumises au jugement de sa raison et de son expérience, cette nécessité de la *division du travail* s'impose plus vivement encore à l'esprit pour les hommes dont l'intelligence ne veut plus seulement s'approprier le savoir des autres, mais aussi accroître le champ des connaissances humaines, et apporter quelques pierres au grand édifice de la science contemporaine.

Les spécialistes sont donc une conséquence logique, forcée, du progrès dans le passé, comme ils en sont la condition indispensable dans l'avenir.

A ce titre, ils méritent notre respect, les plus modestes comme les brillants, et en principe, doivent être honorés, quelle que soit d'ailleurs la spécialité à laquelle ils se consacrent, de toute la considération qui s'attache justement à l'homme qui fait profession de soulager et de guérir ses semblables.

Maintenant comment faut-il entendre les spécialités? Le corps humain est si étroitement uni, les lois qui le régissent sont si intimement liées les unes aux autres qu'il n'est pas possible de comprendre les altérations d'aucune de ses parties sans connaître le fonctionnement de toutes les autres. Le spécialiste doit donc toujours être doublé, si je puis m'exprimer

ainsi, d'un physiologiste et d'un médecin. Celui-là seul qui connaît l'influence du système nerveux sur l'organisme, qui a appris, dans des études laborieuses et longtemps suivies, l'influence des diathèses des maladies générales sur toutes les parties du corps, sans exception, peut avec fruit consacrer son intelligence et son activité à l'étude d'un seul système, d'un organe isolé. Il est médecin, en effet, et il peut observer d'une façon véritablement scientifique.

Le prétendu spécialiste, au contraire, qui n'a jamais eu que du dédain pour ces connaissances générales, limitant son étude à la contemplation de manifestations locales dont il ne soupçonne même pas la cause est, et demeurera toujours un empirique. Nous avons tenu à exposer notre façon de penser à ce point de vue ayant beaucoup de critiques à adresser aux membres de la sous-section dont nous analysons les travaux. — Que les savants, les vrais savants qui en font partie, sachent bien quelle est notre pensée à leur égard.

Disons d'abord que le président, le Dr Johnson, a donné aux travaux de la section la marche la plus rationnelle, celle que nous voudrions voir adopter d'une façon exclusive dans tous les congrès. On procède par discussion des grandes questions.

C'est sur le *traitement topique de la diphthérie* que le feu s'ouvre. Trois orateurs prennent la parole, deux Anglais, le Dr Mackensie et M. L. Browne, et un Prussien, le Dr Tobold, de Berlin.

Ce dernier rejette les caustiques et l'arrachement des fausses membranes, c'est-à-dire les deux procédés les plus universellement admis. L'arrachement est, dit-il, si pénible à effectuer surtout chez les enfants. Et puis, ajouterait-il, s'il laissait voir tout le fond de sa pensée, il est si dangereux pour celui qui l'effectue.

Il admet, il est vrai, l'emploi de la glace mais après tant d'autres, que nous n'avons pas à en tenir compte.

Quant à M. Lennox-Browne, il ne veut pas enlever les jeunes membranes de peur d'irriter la gorge, mais il excise les amygdales si elles sont trop grosses!! On ne peut pas être plus paradoxal. Il est vrai que c'est un moyen sûr d'arriver à l'originalité.

Reste la communication du Dr Morell-Mackensie, de beaucoup évidemment, la plus scientifique des trois. Et pourtant si on l'analyse minutieusement on est bien obligé d'admettre, malgré la valeur indiscutée de son auteur, qu'elle ne renferme non

plus rien de bien nouveau. L'orateur préconise la glace, et nous ne songeons pas certes à nous élever contre son opinion. Mais cette opinion n'est pas nouvelle. Que les lecteurs se reportent au n° 23 de la *Revue médicale* de cette année, et ils trouveront dans un article de M. Leprevost l'historique complet de la médication topique par la glace. C'est à un compatriote, le Dr Bleynie, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges, qu'il faut surtout en rapporter l'honneur.

Que faut-il penser des vapeurs d'eau chaude et des dissolvants également préconisés par le docteur Mackensie? Soufflerait-il simultanément le chaud et le froid, comme l'homme de notre immortel fabuliste?

Et le ferait-il aussi indistinctement que sa communication le laisse croire?

L'orateur dit encore du bien des antiseptiques, qui employés en émanations dans la chambre peuvent, en effet, rendre des services — et des caustiques qui sont réellement bons mais à l'état de solutions concentrées (1 gr. de nitrate d'argent pour 5 gr. d'eau); solides ils n'atteignent que trop incomplètement les différentes parties. Nous savons, par les publications de la *Revue*, que M. Ed. Fournié pratique l'arrachement des fausses membranes. C'est à cette méthode combinée à l'emploi de la glace et du caustique argentique qu'il faut donner la préférence. — Est-il besoin d'ajouter que tous les orateurs invoquent leurs statistiques et les résultats merveilleux qu'ils obtiennent dans la clientèle?

Mais que prouvent ces assertions? Nous ne nous entendons pas avec les Allemands sur la nature de la diphthérie. Notre angine herpétique est, on le sait, pour eux une affection de mauvaise nature. Il est facile d'avoir de bons résultats avec une pareille idée.

Et puis il faudrait ne pouvoir comparer entre eux que des faits comparables. Combien de cas bénins de diphthérie réelle guérissent sans médication! Nous avons même été surpris de ne pas entendre parler davantage de ces cas.

Seconde discussion. Phthisie laryngée. — C'est M. Krishaber qui prend le premier la parole. Le processus anatomo-pathologique du tubercule dans le larynx est placé au premier rang dans ce travail. Il est évident que l'auteur a voulu en faire la pièce principale, le clou de son discours. Mais ce processus est le même dans tous les organes; ouvrez

la première collection de journal venue et vous en trouvez cinquante descriptions.

« Le tubercule, disent les anatomo-pathologistes, Virchow, Charcot, Cornil et Ranvier, se développe aux dépens de la tunique externe des vaisseaux. On l'observe sous forme d'infiltrations diffuses ou de granulations grises, etc., etc.

La communication, à ce point de vue, ne nous apprend donc rien que nous ne sachions déjà.

Après M. Krishaber nous entendons le professeur Rossbach de Wursbourg. « Des recherches récentes, dit-il en commençant, surtout celles de Heinze, tendent à prouver que la grande majorité des ulcérations laryngées et trachéales rencontrées dans des cas de phthisie pulmonaire, sont de nature spécifique, c'est-à-dire de nature tuberculeuse, quoiqu'on ne nie pas que parfois des ulcérations non tuberculeuses du larynx peuvent se rencontrer dans cette maladie. »

Quoiqu'on ne nie pas... est bien tudesque. Ils se sont mis deux, M. Heinze et M. Rossbach, pour faire cette grande découverte. Vous verrez qu'un jour ils trouveront dans leur microscope qu'un amputé de jambe peut être affecté de pneumonie.

Rien de nouveau d'ailleurs, rien d'original dans la communication du professeur de Wurzburg.

Troisième discussion sur les symptômes laryngoscopiques dépendant de lésions ou de maladies des nerfs moteurs du larynx. — C'est un compatriote du professeur Rossbach, le professeur Gerhardt, qui prend le premier la parole. On nous reproche, non sans raison, de donner à la littérature médicale allemande une importance considérable, mais on ne pourrait certes adresser la même critique à un Prussien. Il semblerait, en effet, que, de parti pris, les savants d'Outre-Rhin dédaignent de connaître les travaux français. On reproduit toutes les idées de Longet, on cite ses expériences en s'en attribuant tacitement la découverte, mais on ne le nomme pas. Que le professeur Gerhardt soit un physiologiste original à Wurzburg, nous ne saurions en douter. Mais il nous permettra d'avoir, en France, moins d'illusions sur sa valeur réelle. Il n'y a peut-être dans toute sa communication qu'une opinion véritablement personnelle — hâtons-nous d'ajouter qu'elle est inexacte. Le crico-thyroïdien, en effet, après la paralysie des autres muscles du larynx a pour effet d'éloigner le corps du cricoïde du thyroïde et de tendre par consé-

quent les rubans vocaux (Dr Ed. Fournié. — *Physiologie de la voix et de la parole*, p. 114), sur une nouvelle classification des paralysies du larynx. Nous adresserons cependant au savant quelques légères critiques. Pourquoi dire abducteurs et adducteurs de la glotte? Il n'y a pas abduction et adduction de glotte mais constriction et dilatation. Et puis son deuxième groupe (les paralysies d'un certain nombre de muscles (le plus ordinairement les abducteurs de la glotte) résultat d'une lésion partielle, en général lentement progressive, des centres nerveux ou plus souvent des troncs nerveux) n'est-il pas un peu arbitraire?

A l'état de repos les abducteurs (crico-aryténoïdien postérieur) ne sont pas contractés, et, cependant la glotte est assez large pour la respiration normale, elle se dilate seulement sous leur influence pendant les inspirations profondes, pendant la phonation, le retrait des constricteurs suffit pour que la glotte reprenne sa disposition normale. Par conséquent, le trouble occasionné par la paralysie des abducteurs est à peine appréciable, si elle existe réellement à l'état d'isolement ce qui n'est pas prouvé.

L'espace nous faisant défaut, nous passons sous silence les communications des professeurs Schnitzler, de Vienne, et Elsberg, de New-York sur les *névroses de sensibilité du pharynx* et du larynx dans lesquelles d'ailleurs les auteurs ont fait beaucoup plus de physiologie que de pathologie.

Nous ne disons également rien de deux mémoires, le premier sur « la sécrétion muqueuse dans le larynx et la trachée, à l'état normal et à l'état pathologique », — par M. le professeur Roszbach, de Wurzburg, déjà nommé — le second ayant pour titre: « De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix. » par le docteur Bayer. Le travail du spécialiste de Bruxelles ne manque pas d'intérêt, mais qui ne connaît aujourd'hui cette vieille question de physiologie.

Extirpation des polypes du larynx par la bouche ou par l'ouverture artificielle du larynx. Indications de ces deux opérations. — Le professeur Burow (Königsberg) mentionne la rareté des circonstances dans lesquelles on est obligé de renoncer à l'extirpation par la bouche. Rien n'est plus juste et il eût été fort intéressant d'entendre la description clinique des cas rares. Le professeur de Königs-

berg a préféré se borner à nous dire « que la méthode extralaryngée ne doit être adoptée que si un laryngologiste expérimenté a déclaré la méthode intra-laryngée impraticable. » Probablement nous étonnerions beaucoup M. Burow si nous lui disions qu'un laryngologiste, si expérimenté qu'il soit, n'est pas une *raison scientifique*. Ce qui s'entend dans cette sous-section est vraiment prodigieux (1).

Discussion sur les résultats du traitement mécanique des sténoses du larynx. — Le docteur Koch, de Luxembourg, prend le premier la parole. — Très classique la communication du docteur Koch. Soulignons pourtant le paragraphe 6^e que nous ne comprenons pas très bien. « Quand le traitement mécanique fait défaut, dit-il, il faut avoir recours à la trachéotomie prophylactique et à la laryngotomie suivie d'excisions, de cautérisations au galvanocautère, etc., etc » (??).

Après le docteur Koch vient le docteur Hering, de Varsovie. Reconnaissons-le vite, celui-là ne saurait être accusé de manquer d'originalité.

Il y a, dit-il, deux formes de sténose : la sténose aiguë, et il cite avec raison le croup, comme cause la plus fréquente de cette première forme et la sténose chronique.

A la première il oppose deux méthodes : le cathétérisme d'emblée, et le cathétérisme après trachéotomie.

Pour le cathétérisme d'emblée il se sert d'instruments creux.

Pour le cathétérisme chronique il emploie des chevilles en zinc ou des canules spéciales (a) par en bas à travers l'ouverture trachéale, à l'aide de divers instruments; (b) *idem (sic)* par le haut, par la bouche.

Que si ces moyens ne réussissent pas, il pratique la résection partielle du larynx et applique un appareil vocal artificiel (!!!).

« Il faut le voir pour le croire » dit-on, dans la chanson de l'invalidé à la tête de bois. Qu'on ne nous reproche pas d'emprunter nos citations à des auteurs si peu classiques, nous n'en trouvons pas d'autres qui traduisent mieux notre pensée.

Nous ne suivrons pas l'orateur dans la seconde partie de sa communication sur les sténoses chroniques. Mais nous ne pouvons nous empêcher de lui poser une dernière question. Met-il

(1) Sur le même sujet, un praticien de Paris a pris la parole pour proclamer, à l'exclusion de toutes les autres, la méthode intra-laryngée, la *méthode du parfait laryngologiste*. Nos lecteurs nous permettront de nous borner à cette indication. Nous estimons que les intérêts de la science, les seuls qui touchent la *Revue*, n'ont rien à voir avec les intérêts de tout autre ordre que soigne la personne en question. (Note de la direction.)

idem des larynx artificiels aux enfants affectés de laryngite striduleuse ? Après tout ce serait un moyen radical sans doute mais bien certain de les débarrasser de cette désagréable affection.

Discussion sur les indications de l'extirpation complète ou partielle du larynx. — Bonne communication du docteur Foulis, de Glasgow, qui la résume lui-même en quelques lignes :

1^o L'extirpation totale est préférable à l'extirpation partielle.

2^o Dans les cas de tumeurs malignes, l'extirpation du larynx est indiquée.

(A) Dès que le diagnostic est nettement établi.

(B) Le fait que les glandes du côté du cou sont envahies, peut constituer un obstacle à l'opération.

(C) Il ne faut pas opérer des malades très âgés (plus de 70 ans).

3^o Le larynx peut être extirpé, lorsqu'il présente un état très accusé d'épaississement et d'ulcération, même lorsqu'il ne s'agit pas d'une affection de nature maligne.

Pourquoi l'orateur ne cite-t-il pas les succès obtenus par Caselli avec le galvano-cautère ?

Bonne communication, mais peu originale, du docteur Philippe Sohech, de Munich, sur le même sujet.

Discussion sur l'emploi de la méthode galvano-caustique dans le nez, le pharynx et le larynx. —

Les orateurs sont nombreux. Citons à la suite : le professeur Voltolini, de Breslau, qui recommande sa batterie comme supérieure à toutes les autres. Ce savant s'efforce sérieusement, et bien évidemment avec conviction, de propager une méthode bonne, mais d'une application trop compliquée. Il est possible, dans la majorité des cas, de la remplacer par des procédés plus simples, plus faciles et tout aussi peu dangereux.

Le docteur Solis Cohen, de Philadelphie. — Sa communication est bonne; malheureusement elle se termine par la proposition suivante :

« 11. Dans l'emploi du galvano-cautère, il faut éviter avec le plus grand soin de cauteriser le tissu sain, entourant les parties malades. »

Nous avons déjà bien des raisons de croire à l'existence diverse en Amérique d'une branche cadette des La Palisse. A présent, nous n'en doutons plus.

Les docteurs Padier (de Paris), Lange (de Copenhague), Foulis (de Glasgow), Browne (de Londres) préconisent successivement leur batterie.

Discussion sur les végétations adénoïdes de la voûte du pharynx. — Le docteur Neyer (de Copenhague) fait une communication très bonne sur le sujet au point de vue de l'étiologie, des symptômes et du diagnostic de l'affection.

Quant au traitement, il conclut exclusivement à la nécessité de l'extirpation dans tous les cas. Le traitement général par les sulfureux et l'iode est indispensable. Quant au traitement local, on pense généralement en France que les cautérisations suffisent. Ces productions ne doivent pas être du ressort de l'instrument tranchant, même quand elles sont volumineuses.

Le docteur Loewenberg prend ensuite la parole. Suivant nous, ce praticien exagère l'influence des productions adénoïdes sur la cage thoracique. Il y a, ce semble, confusion dans sa communication, la cause des tumeurs adénoïdes agissant à la fois sur les parties supérieures et sur les parties profondes de l'appareil respiratoire. M. Loewenberg opère avec le galvanocautère et en se servant du miroir laryngien. Nous venons de dire ce que l'on pense généralement de ce mode d'invention,

Enfin la sous-section des maladies de la gorge termine ces travaux par une grande discussion sur la nature et le traitement de l'ozène.

C'est le docteur B. Fränkel, de Berlin, qui parle le premier. Pour ce spécialiste, l'ozène est toujours une affaire de catarrhe et de stagnation muqueuse.

On ne saurait donc en aucun cas le faire dépendre d'une affection constitutionnelle.

Mais alors pourquoi l'odeur persiste-t-elle en partie même après un nettoyage complet ? Pourquoi surtout reparait-elle presque immédiatement après ce nettoyage ? Et puis, s'il en est ainsi, à quoi bon cautériser *prudemment* (!!) la muqueuse avec un fer chauffé à blanc ?

Le docteur Guignier (des Cauterets) recommande le lavage des parties malades avec les eaux sulfureuses. Voilà ce que l'on peut appeler de la thérapeutique par substitution... malheureuse.

Les docteurs Justi, Spemer, Watson, etc., ne nous satisfont pas davantage.

Reste le travail de M. Edouard Fournié. Il nous appartient d'autant moins d'exprimer notre sentiment sur cette œuvre que

les lecteurs de la *Revue* ont pu juger par eux-mêmes la communication de notre directeur (voir le numéro du 3 septembre dernier). Nous nous bornerons à dire, à titre d'impression générale, que cette communication nous a paru un véritable modèle d'*introductory paper*. Un résumé historique suffisant pour préparer à la discussion en constitue la première partie. Les suivantes reposent sur les résultats d'une pratique personnelle suffisamment longue, pour intéresser les auditeurs et les pénétrer de cette vérité, que si l'ozène ne guérit pas toujours, on peut, dans tous les cas, en modérer l'intensité et annihiler complètement ses manifestations fâcheuses.

F. JOURN.

Interne des Hôpitaux.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE — La ville de Strasbourg vient de perdre une de ses illustrations. Le docteur Schützenberger est mort le 21 septembre 1881, des suites d'une fluxion de poitrine, à l'âge de 72 ans. Nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg en 1834, il était passé titulaire de la chaire de clinique interne en 1845, à peine âgé de 36 ans. Après les événements de 1870, le professeur Schützenberger avait installé et dirigé l'Ecole de médecine destinée à servir de transition entre la Faculté française et la nouvelle école allemande.

— **CORPS DE LA SANTÉ DE LA MARINE.** — Sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, il est décrété :

Article premier. — Les articles 29 et 30 du décret du 14 juillet 1865 sont remplacés par le texte ci-après :

« Art. 29. — Nul n'est admis à l'emploi d'aide-médecin auxiliaire s'il ne justifie de deux années d'études dans une école de médecine navale, dans une Faculté ou dans une école secondaire, et s'il n'est reconnu admissible à la suite d'un examen portant sur les matières qui font l'objet du concours pour le grade d'aide-médecin titulaire.

» Art. 30. — Les médecins auxiliaires de deuxième classe sont choisis, sur l'avis motivé de l'inspecteur général du service de santé, parmi les candidats pourvus du diplôme de docteur en médecine.

» Ils sont choisis également parmi les aides-médecins auxiliaires ayant au moins deux ans de service et reconnus admissibles à la suite d'un examen portant sur les matières qui font l'objet du concours pour le grade de médecin de deuxième classe entretenu.

» Les aides-médecins auxiliaires, pourvus du diplôme de docteur en médecine, sont nommés, sans examen, médecins auxiliaires de deuxième classe.

» Les candidats aux emplois de médecin et de pharmacien auxiliaires doivent avoir été reconnus propres au service de la marine. »

Art. 2. — Les dispositions qui précèdent sont applicables au recrutement des pharmaciens auxiliaires de la marine dans les conditions prévues par l'article 35 du décret du 14 juillet 1865.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

22 Octobre 1881

APPLICATION DES SCIENCES À LA MÉDECINE

MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — Les localisations cérébrales au Congrès international de médecine de Londres, par le Dr Edouard Fournié. (Suite.) — Les observations que nous désirons soumettre à nos lecteurs porteront sur les faits, sur leur interprétation et enfin sur la manière dont nous comprenons les localisations au point de vue de la fonction cérébrale.

Faits. — Les faits énoncés par M. Ferrier, concernant la possibilité de déterminer des mouvements par l'excitation faradique de certains points de l'écorce grise du cerveau, sont relativement vrais. On obtient, en effet, des mouvements par ce moyen.

Nous-même, par un procédé différent, en détruisant l'écorce grise avec du chlorure de zinc, nous avons provoqué, dès 1872, des effets analogues (1). Voici d'ailleurs ce que nous avons observé.

Dans une première période correspondant à l'action immédiate du caustique, les chiens étaient excités et loin de montrer de la paralysie ils étaient invinciblement poussés à se mouvoir; puis, après un temps variable de un quart d'heure à une demi-heure, ils tombaient paralysés de un ou plusieurs membres. De plus, nous avons observé que ces troubles moteurs résultaient de la destruction de la région qu'on a appelée depuis *zone excitable* tandis qu'ils ne se produisaient pas à la suite de la destruction de la région postérieure appelée (avec la région tout à fait antérieure des lobes) *zone latente*. Pour donner une idée de l'esprit dans lequel nous avons exécuté nos expériences, nous donnerons ici une des observations qui concernent la des-

(1) *Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau*, par le Dr Edouard Fournié. Adrien Delahaye, édit. 1873.

truction de l'écorce dans la région qu'on appelle *zone excitable*, c'est-à-dire en avant et en arrière de la scissure de Sylvius.

CHIEN DE GARDE JAUNE. — J'injecte des deux côtés sur la ligne médiane au niveau des lobes frontaux. Immédiatement après, cet animal est dans la stupeur; mais il voit, il entend; il souffre quand je le pince, mais il reste immobile et couché sur le côté. Il se réveille et se tourne du côté gauche; le train postérieur s'affaiblit, et il tourne avec plus de violence en se traînant sur son ventre. Il frappe son nez contre les obstacles et tourne toujours en se plaignant. Ses plaintes sont très fortes; il se repose, puis il s'élance de nouveau en tournant à droite cette fois, mais il tombe sur le côté et fait des efforts inouïs avec ses pattes pour se redresser, en se plaignant toujours, comme un chien essoufflé. Les cris de plainte redoublent avec le mouvement des pattes quand je veux le relever.

Un moment après je le soulève; il se démène vivement en se roulant à gauche; il jappe, comme si quelqu'un était là. Il entend mon sifflet, il voit, il souffre, puis il tombe, en se plaignant toujours, comme paralysé; je veux relever ses pattes de derrière, elles tombent inertes; les pattes de devant sont assez roides. Il dort ensuite les yeux convulsés en bas, les paupières fermées; il se plaint sans cesse. Un autre chien en expérience lui casse la patte d'un coup de dent; il sent la douleur. J'injecte de la strychnine; il meurt.

Autopsie. — La dureté et l'injection bleue sont surtout appréciables au niveau de la scissure de Sylvius. Le côté droit est dur et injecté en bleu, mais moins fortement. Les deux lobes ont été piqués sur les côtés de la ligne médiane dans la région frontale. Dans le lobe gauche, l'injection a été faite dans la circonvolution inférieure de la paroi externe, en avant de la scissure de Sylvius; elle a pénétré dans un pli et s'est étendue dans toute la région sylvienne; aussi les veines sont-elles indurées; la substance nerveuse est dure dans une grande étendue. Le corps strié et la substance blanche sont injectés légèrement. Dans le lobe droit, l'injection n'a pas été si profonde, et elle est restée dans le tissu nerveux, en avant du corps strié.

Réflexions. — Le trouble principal, c'est-à-dire la perte de la connaissance, coïncide avec la destruction des circonvolutions frontales. Quant aux troubles secondaires, tels que la paralysie du train postérieur et les jappements incessants, ils me paraissent devoir être attribués, le premier à l'injection sanguine consécutive du corps strié et le second à l'injection sanguine très vive de la région sylvienne. (*Loco citato*, page 59.)

Le lecteur voudra bien remarquer que, dans nos expériences, nous tenons grand compte de la perte, non du *sentiment*, mais de la *connaissance*. Cela tient à ce que nous cherchions dans l'écorce non pas des *centres psycho-moteurs*, mais bien les conditions organiques de la mémoire, par conséquent celles de la connaissance et de l'excitation aux mouvements voulus, car tout cela se tient. Le lecteur remarquera également que l'injection a détruit les parties dans lesquelles on a déterminé avec l'excitation électrique des troubles spéciaux tels que : des troubles de la vue avec l'excitation du *pli courbe*, des troubles paralytiques avec la destruction de la *frontale ascendante* et enfin des troubles de la connaissance avec la destruction d'une partie étendue de la substance grise.

Voici à présent une des observations qui prouvent que la

destruction de la région postérieure (zone latente), n'a pas d'influence sur les mouvements.

PÉTIT CHIEN DE CHASSE. — J'injecte, des deux côtés, au niveau des lobes postérieurs et je prends soin de n'enfoncer l'aiguille qu'à 1 centimètre de profondeur. Le sommeil et la prostration sont de très courte durée; l'animal commence à se traîner sur le ventre avec ses pattes; puis, peu à peu, il se met sur les quatre pattes et court à droite et à gauche sans reconnaître les obstacles; il se butte contre tout, se met dans les barreaux de la chaise, derrière un tonneau et, comme il ne peut s'en tirer, il jappe jusqu'à ce que je le délivre. Cela dure un quart d'heure. Après ce temps, il est pris tout d'un coup d'aboiements très forts et il tourne sur le côté gauche de plus en plus vite. Il tombe et cherche à se relever sans y parvenir; sa tête est toujours portée vers sa queue, du côté gauche. Il est furieux de ne pouvoir se relever; alors il se mord violemment la cuisse, puis la patte jusqu'au sang en aboyant toujours très fort. Un moment après, ce qu'il a fait sur le côté gauche il le fait sur le côté droit; il se roule, il avance en tournant sur le côté et aboie toujours.

Il court gaillardement, mais il ne connaît plus les obstacles et il tombe, puis il se relève. Ce chien sent, odore, voit; il se couche, mais bientôt il semble se réveiller en sursaut en aboyant et court de nouveau sur sa droite en tournant jusqu'à ce qu'un nouvel obstacle le force de tomber. Il veut lécher sa patte, mais il se trompe, et lèche la poussière qu'il trouve mauvaise. Deux heures après il est couché, respirant naturellement, mais il est insensible à toutes les excitations. Cependant il cligne un peu les paupières, semble entendre et sentir la douleur. Je vois cela à l'accélération de la respiration, mais non par un autre mouvement. A cinq heures, j'injecte de la strychnine, mais de tous les chiens que j'injecte en même temps celui-ci meurt le dernier.

Autopsie. — Le lobe droit présente un épanchement de sang sous-arachnoïdien, surtout en arrière. La piqure paraît avoir détruit plusieurs circonvolutions de ce côté. Après la seconde coupe, je constate que l'aiguille s'est arrêtée au-dessus de la corne postérieure du corps calleux, sur la partie médiane du centre blanc, entre la corne d'Ammon et la circonvolution qui la précède. Le tissu est induré tout autour, mais il n'y a ni injection sanguine ni grands désordres. Ceci est le lobe gauche.

Le lobe droit, à la première coupe, me présente des désordres auxquels je ne m'attendais pas. L'aiguille a pénétré dans le lobe postérieur vers son centre et l'injection a détruit presque entièrement les circonvolutions tout à fait postérieures jusqu'à la circonvolution qui précède en arrière la circonvolution de l'hippocampe. On peut voir, planche III, figure 8, l'aspect de cette circonvolution gorgée de sang. En avant, le centre blanc est profondément injecté. Par-ci, par-là, sont de petits foyers apoplectiques, et enfin, tout à fait en avant, au niveau du genou du corps calleux et au-dessus de lui, un foyer considérable rempli par un caillot (voir planche III, fig. 7). Les centres cérébraux ne présentaient qu'un léger ramollissement, surtout à droite. Il est évident que l'hémorrhagie n'a eu lieu que longtemps après l'opération, quand l'animal est tombé assoupi et sans mouvement, c'est-à-dire quatre heures après l'opération.

Réflexions. — Cette observation est des plus intéressantes. Voilà un animal qui présente au début tous les troubles qui coïncident avec la lésion des circonvolutions. Jusque-là rien d'étonnant, puisque les circonvolutions postérieures sont en partie détruites. Mais peu à peu la scène change: il aboie très fort et, en définitive, il tombe paralysé au point de ne pouvoir manifester par des mouvements ce qu'il sent. Evidemment, dans aucune observation de lésion des circonvolutions nous n'avons constaté de pareils phénomènes. Qu'est-il survenu en plus? L'autopsie nous dévoile la cause en nous montrant, d'un

côté, le caillot considérable qui occupe presque tout le centre blanc, et de l'autre, le ramollissement des centres nerveux. (*Loco citato*, page 61.)

Nous n'ajouterons rien à ces réflexions qui expriment bien notre pensée d'autrefois et celle d'aujourd'hui.

Quant aux troubles de la sensibilité spéciale, ils sont tout à fait semblables, dans nos expériences, à ceux que M. Ferrier a obtenus depuis.

Le lecteur verra sans doute avec intérêt la manière dont ces localisations sont établies, d'un côté, par M. Ferrier, de l'autre, par nous.

M. FOURNIÉ.

Centre de la vue. — L'injection caustique avait été faite sur le côté de la ligne médiane, à peu près à égale distance de la protubérance occipitale et de la racine du nez (région du pli courbe). A l'autopsie on a constaté que l'injection a été faite sur le trajet des faisceaux blancs qui proviennent des régions postérieures et sur la limite externe de la couche optique.

« Le sentiment, chez cet animal, paraissait conservé, sauf le sens de la vue. Cependant je suis porté à croire que, s'il paraissait insensible à l'approche d'une bougie, c'était plutôt parce qu'il n'avait pas la connaissance de cet objet. L'injection, en effet, avait détruit les fibres qui transmettent à la périphérie corticale les perceptions optiques, et qui, réciproquement, transmettent l'excitation de cette périphérie corticale à la couche optique pour y réveiller les perceptions de souvenir. Il est donc possible que le sens de la vue fût conservé ; l'animal voyait, mais il ne connaissait pas et il restait immobile. (E. F. *Recherches expérimentales*, etc., page 38.) »

Centre de l'odorat. — Après l'injection l'odorat était absolument anéanti. « Le lobe sphénoïdal était intéressé, surtout le noyau de substance grise dans lequel aboutit l'une des racines du nerf olfactif. (*Loc. citato*, page 44.) »

M. FERRIER.

Centre de la vue. — « Les électrodes sont appliqués sur les membres antérieur et postérieur du gyrus angulaire (pli courbe). »

Les yeux se dirigent du côté opposé, avec déviation en haut ou en bas selon que les électrodes sont sur B ou B' (voir le *Cerveau du singe*).

Les pupilles aussi se contractent, et il y a tendance à fermer les yeux comme en présence d'une vive lumière. »

Conclusion de M. Ferrier : *Pli courbe est le siège des sensations de la vue*, p. 263. (Ferrier, *Fonctions du cerveau*.)

Centre de l'odorat. — « Les électrodes sont appliqués sur le *subiculum cornu Ammonis*, ou face interne et inférieure du lobe temporo-sphénoïdal. »

Torsion de la lèvre et de la narine du même côté, comme lorsqu'une odeur piquante est sentie. »

Conclusion de M. Ferrier : C'est là que siège le sens de l'odorat.

Centre du toucher. — Parmi les expériences complexes, nous avons placé une expérience relative à la lésion des cornes d'Ammon, parce que, étant seule et isolée, elle n'a pas pu nous servir pour déterminer exactement le rôle fonctionnel de cette circonvolution. Cependant nous trouvons là les mêmes phénomènes qui ont accompagné la lésion des autres circonvolutions : excitation, hébétude, perte de la *connaissance* jusqu'à se mordre la patte, méconnaissance des obstacles. Mais ce qu'il y a de particulier, c'est que cet animal, sans être paralysé, ne saurait se tenir sur ses quatre pattes et qu'il se traîne sur le ventre. Il a perdu le sentiment de l'équilibre. Mais à quoi tient le sentiment de l'équilibre, sinon aux notions que nous fournit le toucher ? Il serait donc possible que cette circonvolution fût le réceptacle où viennent se localiser les notions acquises fournies par les perceptions tactiles. Nous avons remarqué d'ailleurs que, toutes les fois que la corne d'Ammon était lésée, l'animal avait de la peine à garder son équilibre.

Les citations qu'on vient de lire, les seules qui aient trait à la localisation des sensations, édifieront le lecteur sans qu'il soit besoin d'insister.

Cependant, nous remarquerons à ce propos que l'historien — pour l'étranger sans doute — des progrès effectués de nos jours dans le département du système nerveux, M. le professeur Grasset, de Montpellier, ignorant sans doute la différence essentielle que nous avons établie entre le sentiment simple (se développant dans les couches optiques) et le sentiment *avec connaissance*, se développant dans les couches optiques sous l'influence de l'excitation des cellules de la périphérie corticale (condition anatomique de la mémoire), a donné comme neuve la théorie de M. Hermann Munk, d'après laquelle l'auteur de Berlin reproduit exactement, en 1877, les idées fondamentales que nous avons publiées sur ce point en 1872, et plusieurs fois depuis. (Relire ce que nous disons plus haut sur le *centre de la vue*.)

Quoi qu'il en soit, et pour ne pas sortir de notre sujet, il est évident, d'après l'exposé qui précède que, d'une manière géné-

Centre du toucher. — L'animal ayant perdu sa circonvolution hypophorale par destruction, fut privé du sens du toucher. (*Loc. citato*, p. 291.)

rale, les faits donnés comme neufs par M. Ferrier nous les avons déjà enregistrés dès 1872 (1).

Cependant il existe, entre les expériences du savant d'outre-Manche et les nôtres, une différence capitale, et cette différence réside entièrement dans l'interprétation des faits.

Interprétation des faits. — Selon nous, la manière dont M. Ferrier a interprété les faits de l'expérience doit être attribuée, en grande partie du moins, au procédé qu'il a employé (excitation électrique) et à la croyance qu'il professe touchant *l'excitabilité de la substance grise corticale*.

Ayant obtenu des mouvements à la suite de l'excitation de l'écorce par les courants et admettant de plus que l'écorce grise est excitable par eux, il en a conclu que dans celle-ci se trouvent réunies les conditions multiples de l'exécution des mouvements, qu'elle renferme, par conséquent, des centres *psycho-moteurs*.

Divers motifs condamnent cette manière de voir :

1° *Valeur des courants électriques.* — Les courants électriques diffusent, c'est un fait admis par tous aujourd'hui, par conséquent, leurs effets doivent être et sont réellement variables, selon leur intensité.

En second lieu, et négligeant la considération qui précède, nous dirons que rien ne prouve que les mouvements produits sous l'influence des courants sont sous la dépendance de centres disséminés dans l'écorce.

Si on considère, au contraire, que les faisceaux moteurs de la moelle viennent se mettre en rapport avec les cellules des corps striés avant de se disséminer dans la périphérie corticale ;

(1) Si nous avons tenu à revendiquer nos droits comme on vient de le voir, c'est que M. Ferrier parlant de nos expériences sur le fonctionnement du cerveau s'était borné à dire très laconiquement :

« Fournié (*Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau*, 1873) provoqua des lésions destructives des couches optiques en injectant dans leur substance une forte solution de chlorure de zinc. Il vit que la destruction des couches optiques par ce procédé amenait la perte de sensibilité. Toutefois sa méthode n'échappe pas à de sérieuses objections. Grâce à la diffusion de la solution caustique dans des régions autres que celles où l'on désire localiser son action, il se manifeste des résultats si complexes que les conclusions qu'on en peut tirer doivent être fort douteuses. »

Si l'on pouvait prendre cette critique au sérieux, il nous serait aisé de répondre à M. Ferrier que les courants électriques diffusent bien plus que le chlorure de zinc et que, par conséquent, ses expériences par l'électricité sont loin d'être démonstratives, — ce que nous avons prouvé d'ailleurs, mais avec des arguments plus scientifiques.

si on songe de plus aux relations intimes et de voisinage qui existent entre les corps striés et la *zone excitable*; si on se rappelle enfin que l'expérimentation physiologique et les faits pathologiques démontrent l'importance des corps striés dans l'exécution des mouvements, on sera conduit à admettre que les *centres moteurs* se trouvent plutôt dans les corps striés que dans l'écorce grise du cerveau. Dans tous les cas, l'excitation corticale par l'électricité n'autorise pas à dire que les mouvements ainsi obtenus sont sous la dépendance de *centres psycho-moteurs* situés dans l'écorce.

Évidemment on a senti la possibilité et la valeur de ces critiques. C'est pourquoi on a essayé de démontrer l'existence des centres moteurs par un autre genre de preuves : on a enlevé, avec le bistouri, les portions de substance grise dont l'excitation provoquait les mouvements et comme on obtenait par ce moyen un trouble moteur, on concluait à l'existence des centres dans l'écorce.

Ce genre de preuves est loin d'être démonstratif. On n'a pas tardé, en effet, à reconnaître que ces troubles sont le plus souvent passagers et que bientôt l'animal ainsi opéré, recouvre l'intégrité de ses mouvements.

Qu'a-t-on fait alors pour expliquer le retour des mouvements? M. Ferrier, reproduisant une théorie que nous avons déjà exposée dans notre *Physiologie du système nerveux*, a prétendu que les corps striés sont organisés de façon à suppléer automatiquement le fonctionnement des circonvolutions, quand les impulsions volontaires ne peuvent plus suivre leur route normale par la périphérie corticale. C'est ce que M. le professeur Grasset, déjà nommé, appelle les *idées de Ferrier sur le rôle du système nerveux automatique*. Pour savoir si ce sont bien les idées de Ferrier, le lecteur n'a qu'à lire la citation suivante et à consulter les figures schématiques que nous donnons un peu plus loin.

« Le circuit que nous venons de tracer aux actions nerveuses est-il toujours tel que nous l'avons dit? Nous ne le pensons pas. Nous croyons que les choses se passent ainsi toutes les fois que le temps pendant lequel l'attention se repose sur l'excitant fonctionnel est suffisant pour permettre aux cellules de la périphérie corticale d'entrer en jeu ; mais, lorsque le mouvement suit immédiatement l'impression reçue, le réveil des cellules corticales n'a pas eu le temps d'être provoqué, et alors les centres des couches optiques agissent directement sur les corps striés où se trouvent les groupements particuliers de cellules qui président à tous les mouvements. C'est ainsi qu'agit l'animal qui vient de naître : il n'a pas à examiner l'excitant fonctionnel, qu'il n'a jamais vu ; il est impressionné, et il agit. Ce n'est qu'après avoir emmagas-

siné une certaine expérience dans les cellules corticales que, sous l'influence de l'attention, le centre de perception peut apprécier judicieusement l'excitant fonctionnel; alors seulement les actions nerveuses se succèdent dans le sens que nous avons indiqué plus haut. Mais, dira-t-on, quels sont les liens anatomiques qui unissent les couches optiques aux corps striés? L'avenir répondra sans doute. Pour le moment nous devons nous borner à constater les rapports de voisinage qui existent entre ces deux centres, l'intrication excessive des éléments nerveux en cet endroit, et enfin l'analogie qu'il est permis d'établir entre ces parties et les régions antérieure et postérieure de la moelle (E. Fournié, *Physiologie du système nerveux*, p. 389, 1872).

Quoi qu'il en soit de cette question incidente, nous ne pouvons admettre l'explication de M. Ferrier sur la suppléance supposée des centres corticaux par les centres opto-striés. S'il en était ainsi, en effet, il n'y aurait pas de paralysie durable possible, car à moins qu'on ne détruise le cerveau tout entier, il y aurait dans tous les cas le centre cortical ou le centre strié qui assureraient l'exécution des mouvements.

Nous sommes donc autorisé à conclure encore une fois que les faits invoqués par M. Ferrier, ne l'autorisaient pas à inventer des centres corticaux. Ces faits permettent simplement de dire que l'excitation électrique de la région corticale — région qui est en rapport avec les fibres motrices qui proviennent des corps striés — est susceptible de provoquer des mouvements. On se doutait bien de cela avant M. Ferrier, mais il est juste d'ajouter que l'invention retentissante des centres corticaux avait donné à cette notion une importance qu'elle n'avait pas eue jusque-là.

2° *Excitabilité de l'écorce grise.* — Cette question est aussi importante au point de vue de la physiologie générale qu'au point de vue spécial qui nous occupe, et comme la confusion la plus grande règne sur la signification qu'il faut donner au mot *excitabilité*, nous nous appliquerons tout particulièrement à élucider ce sujet. Et d'abord reproduisons ici ce que nous avons déjà publié dans notre *Physiologie du système nerveux*.

De l'excitabilité. — Flourens ayant remarqué que certaines parties du système nerveux, les nerfs, la moelle, le bulbe, la protubérance, soumises à l'action d'un des moyens mécaniques, chimiques ou physiques dont nous avons parlé, provoquent la contraction des muscles, avait vu dans cette excitation une propriété physiologique qu'il proposa d'appeler *excitabilité* (1). Nous pensons que l'on ne peut pas faire de l'*excitabilité* une propriété physiologique. Dans les expériences de Flourens, le mot *excitabilité* représente la possibilité où nous sommes de provoquer, avec certains agents, la mise en activité du mouvement physiologique du tissu nerveux; mais, à notre avis, ce mot ne doit pas, ne peut pas être l'expression d'une propriété physiologique.

(1) Flourens reconnaissait dans le système nerveux trois propriétés physiologiques.

gique. En effet, d'une manière générale, qu'est-ce qu'une propriété physiologique ? Ce ne peut être que le mode d'activité qui appartient en propre à chaque organe, en dehors des mouvements affectés à son entretien. Or, ce mode d'activité dépend tout entier de l'organe ; il est en lui, il est indépendant des excitants artificiels que nous employons pour le réveiller ; bien plus, il peut être provoqué par les excitations les plus variées, et par conséquent il n'emprunte rien de son caractère à ces diverses excitations. Flourens s'en était laissé imposer par cette considération, que les différentes parties du système nerveux ne sont pas toutes excitables, et il avait conclu de là à l'existence d'une propriété spéciale attachée aux parties qui répondent à nos moyens d'excitation. Ce raisonnement n'est que spécieux : il est vrai qu'il y a des parties qui sont excitables et d'autres qui ne le sont pas. Cela prouve tout au plus que les excitations employées ont une action variée sur les tissus, mais pas autre chose : que l'excitation réveille la propriété physiologique de ces tissus ou ne la réveille pas, cela ne fait absolument rien à l'essence des propriétés physiologiques, qui n'en continuent pas moins d'être ce qu'elles sont. L'excitabilité est une condition de la mise en jeu des propriétés ; elle en est la cause déterminante et non la propriété elle-même. Les propriétés se caractérisent, non pas dans leurs causes, mais dans leurs effets ; le mot *propriété*, ne l'oublions pas, signifie mode d'activité dans un but déterminé.

L'excitabilité n'est pas un mode d'activité, c'est une possibilité, une *espérance*, et même, quand cette espérance vient à se réaliser, elle ne mérite pas le nom de *propriété*, parce que cette réalisation, ce réveil sont un fait commun à toutes les propriétés physiologiques. Ce phénomène résulte lui-même de la périodicité de toutes les fonctions. Toutes les fonctions sont intermittentes et, pour entrer en activité, elles ont besoin d'un excitant spécial. L'excitation est donc un fait commun à toutes les fonctions, et si par hasard, avec nos moyens artificiels, nous ne parvenons pas à réveiller les propriétés physiologiques d'un organe, il faut se borner à constater le fait et ne pas inventer, à ce propos, une propriété spéciale. L'excitabilité est attachée en principe à toutes ces fonctions, parce que pour entrer en jeu elles ont besoin d'être provoquées par un excitant spécial. L'excitabilité est une des conditions de la mise en activité des propriétés physiologiques, mais elle-même n'est pas une propriété. C'est ce que nous croyons avoir suffisamment démontré, et nous terminerons en disant que les expressions *excitation*, *excitabilité* peuvent être conservées, avec une signification précise si, par elles, on veut désigner la possibilité où nous sommes de provoquer le mode d'activité propre à chaque tissu, ou, en d'autres termes, exciter la mise en jeu des propriétés physiologiques.

L'explication qu'on vient de lire sur l'origine et le sens du mot *excitabilité* en physiologie était indispensable, comme on va le voir, pour apprécier judicieusement la question de l'excitabilité de l'écorce grise du cerveau.

Tous les physiologistes, et M. Ferrier lui-même, admettent que la substance grise de la moelle, celle des couches optiques et des corps striés est inexcitable, qu'elle ne répond pas à l'excitation électrique. La substance grise de l'écorce du cerveau, d'après M. Ferrier, ferait seule exception à la règle et répondrait très bien à cette excitation. Cette assertion, mise en avant pour les besoins de la cause, n'est nullement démontrée, car, si par l'excitation de l'écorce on obtient des mouvements, cela veut dire simplement que le courant, malgré la résistance

que lui offrent des cellules, traverse celles-ci, néanmoins, et arrive jusqu'aux fibres blanches, dans lesquelles il trouve des conditions meilleures de conduction, un tissu plus disposé à mettre en jeu des propriétés d'organe conducteur sous l'influence de l'excitation électrique (1).

Quant aux cellules, elles ne sont nulle part excitables, parce que leur propriété physiologique ne peut être mise en relief par une excitation non physiologique; les fibres nerveuses ont seules ce pouvoir.

L'homme ne saurait inventer le phénomène vital de la perception par une combinaison savante de mouvements et, par suite, il ne connaîtra jamais l'excitant artificiel capable de développer ce phénomène dans une cellule. Cela est si vrai, d'ailleurs, que l'organe du sentiment est le seul point du corps dans lequel nous ne pouvons déterminer, par nos moyens, ni sensation spéciale, ni sentiment de douleur. Or, comme tout centre *psycho-moteur* doit renfermer les conditions du développement du sentiment et du mouvement, il s'ensuit que la démonstration de l'existence de ces centres par l'excitation électrique est une pure illusion.

Ce genre de démonstration, en effet, ne prouve absolument rien, car la cellule n'est pas physiologiquement excitable; elle peut être traversée par un courant, mais ce fait n'entraîne pas avec lui le réveil de la propriété physiologique de la cellule. Nous sommes donc autorisé à conclure que les centres *psycho-moteurs* tels que les a déterminés M. Ferrier n'existent pas, et ne peuvent pas exister.

Disons, en terminant cette seconde partie, que l'invention des centres *psycho-moteurs* est un reflet lointain des idées systématiques de Gall en ce qui concerne les localisations cérébrales. Rien n'est plus élémentaire que ce système. L'on conçoit, d'ailleurs, qu'il se soit imposé tout d'abord au milieu des obscurités de la vie cérébrale, mais il est temps de constater son impuissance au point de vue de la vraie physiologie du cerveau.

Localiser en bloc des facultés, des fonctions en un point de l'encéphale, comme on l'a fait pour la parole, le *nœud vital*, etc., est assurément fort commode, mais à quoi cela nous

(1) MM. Frank et Pitres ont fait des expériences très intéressantes sur la durée du passage du courant à travers l'écorce; ils ont constaté qu'il y a obstacle réel de la part de l'écorce grise, mais ceci ne prouve rien au point de vue de l'excitabilité physiologique des cellules (*Société de biologie*, décembre 1877).

sert-il? A rien. Un instant on avait pensé pouvoir appliquer au diagnostic des maladies cérébrales la connaissance de centres psycho-moteurs, mais bientôt il a fallu modérer son enthousiasme et nous ne pensons pas qu'il se trouve un chirurgien qui, d'après les seules indications de la physiologie corticale, voudrait commettre une trépanation. Le sage rapport de M. Gosselin sur ce point restera, sans nul doute, le code respecté du chirurgien en pareille matière.

Quant à ce qui concerne la physiologie du cerveau sommes-nous plus avancés depuis que nous savons qu'il existe dans la masse encéphalique des points plus ou moins gros, plus ou moins petits qu'il suffit de détruire pour anéantir la fonction? Nous ne le pensons pas. Nous sommes persuadé que le système des localisations, tel qu'il est compris depuis Gall, ne peut que maintenir la physiologie cérébrale dans une impasse fermée au progrès, c'est sur une autre base qu'il faut marcher, c'est un autre flambeau qui doit guider nos pas et ce flambeau, selon nous, est l'*analyse physiologique des éléments qui entrent dans tout fonctionnement cérébral.* (A suivre.)

REVUES CLINIQUES

HOPITAL DE LA CHARITÉ

LEÇON DE M. LE PROFESSEUR GOSSELIN.

I. Traumatisme de la main; de la membrane pyogénique et de ses fonctions. — II. Phlegmon aigu de l'éminence hypothénar, abcès en bouton de manchette.

I. Le 13 novembre dernier, un jeune garçon nous était amené, les quatre derniers doigts de la main droite en partie écrasés et arrachés par une machine. La perte de substance assez considérable portait surtout sur la peau de trois doigts qui avait été en grande partie enlevée ou décollée, et sur l'extrémité de deux doigts dont la dernière phalange était mise à nu et les articulations étaient ouvertes.

Devant un pareil délabrement et la mortification de la peau décollée, et dans la crainte qu'il n'en résultât des accidents inflammatoires intenses, et quelques complications sérieuses, fusées purulentes le long des tendons, gangrène des parties

Octobre, T. II, 1881.

51

dénudées, etc., je me demandai s'il ne serait pas plus prudent de faire l'amputation, afin de régulariser la plaie. Mais, en vertu de ce principe, que la chirurgie conservatrice est tout naturellement indiquée, en raison de l'infirmité toujours fâcheuse qui résulte d'une ablation, même partielle, d'un membre des plus utiles dans la plupart des actes de vie, et notamment de la main, en vertu de ce principe, dis-je, je crus préférable d'attendre quelque peu pour voir les parties qui se détacheraient et s'élimineraient d'elles-mêmes, avant de procéder à une opération chirurgicale.

Autrefois, on eût discuté davantage sur l'importance d'une amputation prompte, par la crainte des vastes suppurations et de la septicémie, mais aujourd'hui, grâce aux moyens antiseptiques qui sont à notre disposition, ces accidents sont moins à redouter, et nous permettent d'intervenir moins souvent par le couteau, et d'espérer plus fréquemment la conservation des parties lésées.

Aujourd'hui, les quatre derniers doigts de notre malade, dont deux avaient perdu la dernière phalange, dont je le répète, les articulations avaient été ouvertes et dont les faces dorsale et palmaire n'avaient conservé que très peu de peau, ces doigts présentent une belle surface granuleuse, rose vermeil, suppurante, qui remplace les téguments détruits, c'est-à-dire une plaie très étendue, mais superficielle, en voie de cicatrisation.

Que s'est-il donc passé et que va-t-il donc se passer d'ici à la complète guérison de notre malade? C'est sur ces deux points que je veux attirer tout particulièrement votre attention.

Nous avons une plaie vaste, mais superficielle, — plaie qu'il faut, pour ce que nous allons dire, distinguer complètement des plaies profondes — cette plaie, de cause traumatique, est analogue à celle d'une brûlure au troisième ou au quatrième degré. Elle n'est recouverte d'aucune peau naturelle, mais simplement de la membrane de bourgeons charnus, ou membrane pyogénique de Delpech.

Mais qu'est-ce que cette membrane? Nous ne voyons pas comment elle se forme, nous voyons seulement ce qu'elle est avec ses aspérités, ses granulations et sa coloration rouge vermeil. Elle se forme comme un tissu naturel par un travail intime, par la production de cellules et de vaisseaux anormaux. Les anciens parlaient d'exsudation d'un suc particulier qui s'organisait, et de régénération des tissus, tandis qu'en réalité il se produit, au contraire, un tissu nouveau qui diffère complètement de la peau normale.

Plus tard, Hunter a dit que le sue des anciens étaient de la lymphe, lymphe exsudée par les vaisseaux qui tendait à s'organiser en une membrane, lorsqu'il était épanché à la surface d'une plaie, d'où le nom de lymphe plastique. Il a ajouté aussi qu'en même temps, il se faisait une production de vaisseaux anormaux. Mais ce sont là des phénomènes microscopiques auxquels on ne peut assister que de loin.

Les modernes ont ajouté à ces données la notion d'un travail particulier du côté des cellules, caractérisé par leur prolifération et la formation de leucocytes.

Bref, je dirai que l'on a expliqué la formation de la membrane pyogénique par des phénomènes d'exsudation, d'organisation, de vascularisation et de production de cellules.

La physiologie pathologique, étudiant à son tour cette question, nous a montré que la membrane pyogénique avait trois fonctions à remplir. D'abord fournir pendant un certain temps un pus crémeux, assez épais, de bonne nature, c'est-à-dire un composé d'eau, de graisse et de leucocytes, pour devenir une membrane cicatricielle. Ensuite, tendre à la longue à se dessécher, en suppurant de moins en moins, se transformer en épiderme mince, mou et humide d'abord, puis sec. Enfin, se rétracter, revenir sur elle-même du centre à la périphérie. Delpsch attribuit une grande importance au pouvoir rétractile de la membrane pyogénique pour diminuer la surface de cicatrisation. Mais ce pouvoir rétractile, vrai pour les plaies profondes, cavitaires, est moins prononcé pour les plaies superficielles, étendues, à large surface, où il est entravé par les conditions anatomiques.

C'est le cas, en effet, de notre malade où la rétraction de cette membrane pyogénique se fait difficilement, bien que nous soyons parvenus actuellement à la période de dessiccation et d'épidermisation définitive.

Aux trois fonctions de cette membrane que je viens d'énumérer, je dois en ajouter une quatrième et dernière qui n'est pas la moins importante, plus peut-être encore pour les plaies profondes que pour les plaies superficielles. Cette quatrième fonction c'est une tendance adhésive des surfaces de cette membrane, lorsque celles-ci se trouvent, par la disposition particulière de la région atteinte, en contact et que rien ne les sépare. Ce caractère adhésif de la plaie superficielle chez notre malade a une certaine importance, car la membrane pyogénique qui recouvre la surface des doigts tendrait à réunir accidentelle-

ment ceux-ci les uns aux autres, si l'on n'y prenait garde en interposant entre eux de petites bandelettes de linge. Néanmoins malgré toutes les précautions que l'on prend, il est difficile d'éviter d'une façon absolue cette adhésion dans la partie profonde de l'espace interdigital, où les surfaces se trouvent forcément en contact.

J'ajouterai enfin, en terminant ce qui a trait à la cicatrisation des plaies superficielles, que cette membrane pyogénique, qui joue un si grand rôle, est susceptible, avant d'arriver à une cicatrisation complète, de devenir le siège de certaines lésions. Ce sont, par exemple, une diminution de la vascularisation ou l'aténie de la membrane pyogénique, la sécrétion d'un pus de mauvaise nature, des accidents diphthéritiques, etc., etc. Chez notre malade, heureusement rien de tout cela n'est arrivé, et sa plaie est toujours restée vermeille, exubérante, se boursoufflant de plus en plus, augmentant peu à peu et constamment d'épaisseur, au point de dépasser le niveau des téguments circonvoisins, en un mot elle a présenté, jusqu'à ce jour, les conditions les plus favorables d'une bonne et prompte cicatrisation.

Nous continuerons donc jusqu'à parfaite guérison le pansement antiseptique qui a été appliqué dès le principe, c'est-à-dire le pansement alcoolique.

Puisque nous parlons de la main, je vous entretiendrai aussi d'un autre malade, qui occupe le n° 20 de notre salle des hommes, qui est entré pour un phlegmon de l'éminence hypothénar de la main gauche. C'est un phlegmon franc, net, qui est selon toutes probabilités, la conséquence de quelque lymphangite. Cet homme qui travaille, comme ouvrier, à la céruse, nous affirme qu'il ne s'est ni piqué ni blessé d'aucune façon et nous ne possédons aucun commémoratif d'angioloécite musculaire ni d'érythème.

Les phénomènes sont du gonflement, de la rougeur, de la chaleur, de la fluctuation. De plus il existe aussi sous l'épiderme, qui est très épais par suite de ses travaux manuels, une saillie grise, transparente, renfermant également du pus, saillie consécutive au phlegmon profond primitif, et due à ce que le pus s'est fait jour à travers les érailements du derme jusque sous l'épiderme pour former sous forme d'ampoule une collection purulente sous-épidermique secondaire. C'est ce que Yelpeau a appelé l'abcès en bouton de chemise, qui est formé de deux parties: l'une superficielle, située entre le derme et

l'épiderme ou sous-épidermique, l'autre profonde développée primitivement sous le derme. Notre malade présente encore un autre phénomène, je veux parler d'un certain gonflement de l'avant-bras sur lequel nous ne sommes pas complètement édifié. Existe-t-il seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou bien son point de départ est-il dans la bourse synoviale de la gaine du tendon fléchisseur du petit doigt, qui est lui-même un peu tuméfié? Souvent dans ces phlegmons le gonflement est le résultat d'une synovite des tendons.

Cependant, tout bien considéré, la fluctuation et le gonflement ne me paraissent pas assez profonds pour pouvoir les placer, en toute certitude dans la bourse synoviale des fléchisseurs des doigts, mais plutôt dans le tissu cellulaire sous-cutané et nous avons, selon toutes probabilités, un phlegmon aigu de l'éminence hypothénar de la main gauche avec propagation de l'inflammation au tissu cellulaire sous-cutané de l'avant-bras.

J'espère que notre diagnostic se vérifiera, que, par suite, nous pouvons espérer émettre un pronostic peu grave, et que la maladie ne sera pas de trop longue durée.

Quant au traitement j'ai commencé par ouvrir l'ampoule épidermique de la face palmaire, j'ai mis à nu l'ouverture de communication avec le foyer profond, j'ai incisé le derme sur une étendue de deux à trois centimètres. Il s'est écoulé un pus crémeux, épais, de bonne nature, comme dans tout phlegmon bien franc. En raison de l'extension du travail inflammatoire jusque vers la face dorsale, j'avais songé de faire une contre-ouverture de ce côté et à placer un drain afin de faciliter l'écoulement du pus. Mais avant d'en arriver là, j'ai préféré attendre les résultats que pourraient me donner les injections d'alcool pur, à 90 degrés, dans le foyer le plus profond, qui, en pareilles circonstances, empêchent généralement la cavité de l'abcès de suppurer, favorisent l'accolement rapide des parois, tandis que la présence d'un drain ou d'une mèche dans la plaie cavitaire d'un phlegmon, qui n'est pas extrêmement volumineux, en retarde la cicatrisation. Enfin j'ai recouvert la plaie d'un pansement antiseptique à l'eau-de-vie camphrée.

Si, comme je l'espère, l'adhésion des parois se fait d'ici à deux ou trois jours, toute contre-ouverture sera inutile; si au contraire ce travail d'adhésion ne s'est pas établi, si les parois ne présentent aucun caractère adhésif, j'aurai recours alors,

sans plus attendre, à la contre-ouverture et au drainage, à moins que je ne préfère employer la compression expulsive.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

WILE. — **De l'hydrocèle chez la femme.** *Am. Journ. of Obst.* juillet 1881. — Dans ce mémoire très intéressant, l'auteur montre combien cette affection a été encore peu étudiée jusqu'à présent. Il a consulté à ce sujet la plupart des gynécologues de l'Angleterre et de l'Amérique, et il rapporte les opinions de ces derniers. Il nous est donc bien difficile d'analyser ce mémoire, mais nous tenons à le signaler particulièrement, car il sera consulté avec beaucoup de fruit par les auteurs qui s'occuperaient de ce sujet.

L'auteur n'a rien trouvé de spécial dans les littératures allemande, française et latine, depuis le xiv^e siècle jusqu'à présent. Il remarque que la plupart des gynécologues regardant cette affection comme très rare, lui consacrent à peine quelques lignes dans leurs traités.

GAILLARD THOMAS (voyez traduction française) dit que l'hydrocèle chez la femme est une affection tellement rare qu'elle est généralement ignorée. On consultera avec intérêt le livre de Gaillard Thomas qui est l'écrivain qui s'est étendu avec le plus de détails sur les détails anatomiques de la question.

SCHROEDER (*Frauen Krankheiten*) décrit avec soin cette affection et montre comment on a souvent pris l'hydrocèle chez la femme pour des hernies, l'erreur n'ayant été reconnue que pendant l'opération. L'auteur rapporte lui-même deux observations personnelles, et donne dans tous leurs détails deux observations publiées l'une par Hart, en 1872, l'autre par Bennett.

Il faut lire dans le texte même ces observations qui montrent comment des gynécologues même des plus habiles ont pu commettre des erreurs de diagnostic, et, croyant à l'existence d'une hernie inguinale, entreprendre une opération qui les obligeait à reconnaître l'existence d'une simple hydrocèle.

Quelques mots sur la déchirure du col utérin et sur son traitement.

RUGE ET VEIT. — *Centralblatt für Gynæk.* 1880. — FISCHEL. — *Centralblatt für Gynæk.*, tome xv. — SINEY. — **Communication au congrès de Reims**, Société pour l'avancement des sciences. — FISCHEL (Prague). — **Structure et importance des érosions de la por-**

tion vaginale de l'utérus, *Zeitschrift für Heilkunde*, II, 1881. — BAR. — Opération d'Emmet, *Arch. de Gynécologie*, 1880. — MARGA FAGE. — De l'opération d'Emmet, *Th. Paris*, 1881. — VIRGIL, O. HARDON (Providence). — De la laceration du col comparée avec la division interne du col, *Am. Journ. of Obstetrics*, juillet, 1881, p. 553.

Nos lecteurs connaissent en partie cette question qui a déjà été étudiée dans le numéro du 17 septembre 1881, à propos d'un compte rendu d'un récent mémoire de MM. Terrillon et Lermoyez publié dans le *Bulletin général de Thérapeutique*. Nous reviendrons cependant sur cette question à propos d'un mémoire publié par Hardon (voyez plus haut). Nous pensons du reste que le sujet en vaut la peine, car l'opération d'Emmet est sinon peu connue, au moins peu pratiquée en France, et nous pensons qu'il y a peut-être intérêt à montrer aux praticiens les bons résultats que pourra leur donner cette opération, mais à insister en même temps sur ce point qu'elle n'est pas une panacée et qu'elle est loin d'être applicable à tous les cas.

Pour bien saisir la question, il est nécessaire d'étudier tout d'abord la déchirure utérine, le mécanisme de sa production, les accidents qui résultent de sa formation, le moyen de les corriger.

Nous ne ferons du reste qu'étudier rapidement ces différents points, renvoyant le lecteur qui désirerait connaître la question dans tous ses détails, à la remarquable thèse de M. Marc Fage, qui constitue le premier et jusqu'à présent le meilleur travail publié en France sur la question.

On sait comment se produit la déchirure du col de l'utérus. On peut schématiquement considérer l'utérus et le vagin, c'est-à-dire le canal que doit parcourir l'enfant quand il est expulsé, comme un canal qui se trouve obturé en partie par deux diaphragmes, d'un supérieur formé par le col de l'utérus, l'autre inférieur formé par l'orifice vaginal et non par le périnée, comme le disent encore un certain nombre d'auteurs, bien que depuis longtemps déjà les belles recherches de Mathews Duncan et celles plus récentes de Budin aient porté une vive lumière sur cette question désormais résolue.

On sait comment s'efface le col de l'utérus et comment son orifice se dilate pour laisser passer le fœtus. Quand la dilatabilité ou la dilatation de cet anneau musculaire n'est pas suffisante et n'est pas exactement proportionnée au volume des parties fœtales qui doivent le traverser, le col se déchire. Et le mécanisme de la déchirure du col de l'utérus est absolument

identique à celui de la déchirure de l'orifice vaginal. En effet, la déchirure de cette dernière partie s'effectue quand la partie fœtale, généralement la tête, plus souvent qu'on ne le pense généralement les épaules, s'échappent avec une trop grande rapidité. Il en est de même pour les déchirures du col de l'utérus. On les rencontre surtout chez les femmes primipares qui ont accouché très vite, point étiologique intéressant sur lequel on insiste peu, ou bien chez les femmes dont l'enfant présentant le siège ou les épaules, et chez lesquelles à la suite de l'évolution naturelle du travail ou d'une intervention opératoire la tête reste la dernière, quand le médecin, avec une hâte blâmable, est intervenu pour faire la version avant la dilatation complète, et a exercé sur le tronc ou sur la tête du fœtus des tractions brusques qui ont permis à cette dernière de franchir rapidement le rétrécissement musculaire produit par le col en faisant une déchirure. Il y a donc identité absolue dans le mode de production de ces déchirures du col et de celles de l'orifice vaginal. Nous pouvons encore pousser l'analogie plus loin, car de même que l'on rencontre, dans quelques circonstances exceptionnelles, des déchirures centrales du périnée, de même on a vu se produire de véritables déchirures centrales du col de l'utérus, le fœtus se créant un orifice, de toutes pièces, dans une des lèvres du col.

C'est là le mécanisme le plus ordinaire de production de la déchirure du col. Dans ce cas, la déchirure est généralement latérale, tantôt elle siège d'un seul côté et le plus souvent elle existe du côté gauche, tantôt elle est bilatérale. Dans ce cas, le col utérin présente bien réellement deux lèvres, une antérieure et l'autre postérieure.

Mais il est encore une autre variété de déchirures qui présente une grande importance au point de vue de son mode de production et de son évolution ultérieure et même des indications qu'elle peut fournir pour permettre d'établir un diagnostic rétrospectif.

Le médecin la produit généralement dans les conditions suivantes. C'est une malade qui est atteinte d'un rétrécissement moyen du détroit supérieur; il y a eu une rupture prématurée de la poche des eaux. Depuis vingt-quatre ou trente-six heures la femme est en travail et cependant la dilatation du col n'est pas encore complète. Et alors le médecin se décide à intervenir soit par suite de l'état de l'enfant, soit parce qu'il ne peut ou ne sait pas résister aux pressantes sollicitations d'une famille qui

commence déjà à considérer comme une preuve d'incurie sa prudente expectation. Le médecin applique le forceps. Mais la tête est au-dessus du détroit supérieur, l'application est difficile. Les cuillers ne sont pas introduites assez profondément, cependant le médecin portant fortement en arrière les manches de son *Levret* commence à exercer des tractions; d'abord il n'obtient aucun résultat; après quelques secondes de repos, il recommence à exercer ses tractions, mais avec une plus grande énergie; il réussit seulement à faire glisser le forceps sur la tête du fœtus, le forceps dérâpe (comme on dit quelquefois), et comme pour se conformer aux principes de l'école, le médecin porte très en arrière les manches de son forceps, l'extrémité des cuillers vient couper le col en avant suivant deux lignes parallèles; le médecin en est du reste averti par le sang qui s'écoule alors en quantité souvent assez considérable.

Mais laissons ici, si intéressante qu'elle puisse être, cette étude de la pathogénie de la déchirure du col.

Une fois produite la déchirure du col va subir une évolution qui variera suivant les cas.

Dans la plus grande majorité des cas, les lèvres de la déchirure vont rester appliquées l'une contre l'autre, vont être réunies par du tissu de cicatrice et la déchirure ne sera plus reconnaissable que par une dépression plus ou moins profonde siégeant sur une lèvre du col utérin et comblée en partie par un tissu dur, cicatriciel.

Cette évolution se rencontre surtout chez les femmes qui sont bien constituées, qui n'ont jamais souffert d'affections utérines, et qui suivent une bonne hygiène pendant leurs suites de couches. On ne saurait donc trop recommander aux femmes qui pendant leur accouchement ont subi une déchirure du col de garder le plus longtemps possible un repos absolu après l'accouchement. Il faut que rien ne trouble l'involution utérine et lorsque la situation sociale de la malade le permet, le médecin fera bien de ne la laisser reprendre ses occupations ordinaires que lorsque l'utérus aura depuis quelque temps déjà son volume normal.

Le mode d'évolution que nous venons de décrire est sans doute le plus fréquent. On peut dire qu'il en est des déchirures du col comme des déchirures de l'anneau vaginal.

Elle est une conséquence presque fatale de l'accouchement; dès qu'une femme a accouché au moins une fois à terme elle a

certainement subi quelques déchirures du col. Il est possible de s'en rendre facilement compte dans les examens de malades que l'on pratique à l'hôpital, alors que pour compléter un diagnostic on examine l'état du col utérin à l'aide du toucher vaginal. Combien de fois ne trouve-t-on pas alors des brides cicatricielles, sans ectropion? Donc, on ne saurait trop le répéter, pour lutter contre l'engouement dont l'opération d'Emmet a été l'objet en Amérique, la plupart des déchirures du col guérissent toutes seules, l'ectropion de la muqueuse du canal cervical n'est pas une conséquence fatale de la production de ces dernières.

Mais quels sont les symptômes que l'on observe quand l'évolution précédente est entravée?

Généralement l'histoire de la femme est la suivante. Elle a accouché quelques années auparavant; trois mois après son accouchement, elle a commencé à sentir quelques tiraillements, pour nous servir de l'expression employée généralement par les malades, dans la région hypogastrique et accentués surtout d'un côté et du côté gauche quand la malade a eu accouchement naturel et que son enfant s'est présenté par le sommet. Ces douleurs deviennent plus vives si la malade se livre à quelque occupation pénible et qui exige un certain travail musculaire. Elle s'accroissent généralement aussi pendant les périodes menstruelles. Tout d'abord la malade n'est allée voir aucun médecin, il lui suffisait de garder le lit pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures pour voir les douleurs diminuer et même disparaître complètement. Cependant la situation est allée s'aggravant de plus en plus, et la patiente se décide à aller voir un médecin. Supposons par exemple que notre malade soit une ouvrière intelligente; malgré les conseils de ses voisines et des matrones de son quartier, elle ira de suite à la consultation de l'hôpital le plus voisin de sa demeure. Alors va commencer pour elle une odyssée particulière et des plus instructives.

Le médecin l'examine, il pratique le toucher vaginal. La malade se plaignant de douleurs dans la région hypogastrique, on examine avec soin les ligaments larges, dans lesquels on ne trouve pas le plus petit noyau d'induration; seul l'utérus est un peu plus volumineux que d'habitude. Le col est manifestement plus gros. On applique le spéculum, on trouve une large ulcération du col. Et on écrit sur le livre de consultation: « Métrite du col, ulcération granuleuse, teinture d'iode »; ou

bien tannin, ou bien encore nitrate d'argent suivant l'habitude du médecin. Et la consultation se termine par cette phrase topique : « Vous reviendrez dans huit jours. » Et voilà notre malade qui pendant six mois reviendra tous les huit jours se trouvant, tantôt un peu mieux tantôt un peu plus mal, et qui pendant six mois restera vouée au nitrate d'argent, à la teinture d'iode ou au tampon de tannin. Cependant au bout de ce temps comme elle se plaint toujours, le médecin se décidera à agir énergiquement, il appliquera le fer rouge sur le col, ou bien encore il fera des scarifications; il en résultera une réelle mais passagère amélioration et au bout de deux mois la malade recommencera ses pérégrinations dans les hôpitaux.

Qui n'a pas vu pendant son internat de ces femmes qui depuis plusieurs années suivaient assidûment les consultations des hôpitaux.

Enfin notre malade, au bout de plusieurs années, et que l'on ne crie pas à l'exagération, j'en ai connue une qui souffrait depuis 8 ans et qui depuis ce temps suivait pendant 6 à 7 mois de l'année les consultations des hôpitaux, voit un médecin qui reconnaît une déchirure du col utérin, qui pense que l'ulcération du col, n'est pas une ulcération de la muqueuse du museau de taiche mais de la muqueuse du canal cervical qui fait ectropion. Il propose de faire une opération curatrice, il fait l'opération d'Emmet et la malade est pour toujours guérie.

Maintenant reprenons l'histoire de cette malade, et voyons quels sont les phénomènes anatomiques qui se sont produits pendant toutes les périodes de l'évolution de la maladie.

La malade a eu pendant son accouchement une déchirure du col. Au lieu de garder le repos pendant longtemps soit qu'elle fût indocile et ne suivit pas les conseils qui auront pu lui être donnés par le médecin, soit que par nécessité elle dût reprendre ses occupations, elle s'est levée de trop bonne heure. Au septième, au dixième jour, l'involution utérine était encore loin d'être complète, l'utérus était volumineux en antéverson, et le col étant déchiré sur les parties latérales, l'orifice externe du col devenait largement béant et la muqueuse du canal cervical avec son épithélium délicat était à découvert. Par suite de l'antéverson de l'utérus, cette muqueuse du canal cervical faisant ectropion venait frotter contre la paroi postérieure du vagin, son épithélium se détruisait en partie, il se faisait une ulcération du col.

Cet état inflammatoire, sans cesse entretenu par les causes

d'irritation résultant des travaux souvent pénibles auxquels se livrait la malade, et des frottements continuels que la muqueuse du canal cervical devait supporter, produisant à son tour de la métrite du col, et, gênant l'involution du corps de l'utérus devenait l'origine d'un certain degré de métrite chronique du corps de l'organe. La cause de tout le mal était donc la déchirure du col qui permettait à la muqueuse du canal cervical d'être en contact avec la paroi vaginale. Il est donc aisé de comprendre que tous les traitements qui ne faisaient pas disparaître la déchirure ne devaient être que palliatifs.

C'est de cette théorie anatomique qu'est née l'opération d'Emmet. Et c'est parce que cette théorie est souvent vraie, que l'on a vu cette opération avoir une si grande réputation surtout en Amérique.

Mais, cette théorie est-elle toujours exacte? Est-il vrai que la déchirure du col de l'utérus soit la cause de tout le mal? Est-il vrai qu'aussitôt qu'un médecin verra une femme atteinte de déchirure du col, avec une large ulcération, il devra proposer l'opération d'Emmet? Avant de conclure il serait peut-être bon de jeter un coup d'œil sur le récit des succès qu'ont eus avec cette opération plusieurs gynécologues des plus habiles; peut-être serait-il utile d'étudier avec soin la discussion qui a lieu maintenant en Allemagne entre deux gynécologues habiles, qui sont en même temps d'excellents anatomistes. Nous faisons allusion ici à la discussion qui se produit en ce moment même entre MM. Ruge et Veit, de Berlin, d'une part, et M. Flischel, de Prague, d'autre part.

Nous regrettons vivement que le défaut de place nous empêche d'insister comme nous le devrions sur ce point important de la question, et nous nous contenterons de l'exposer en quelques mots.

MM. Ruge et Veit pensent que sous l'influence du processus inflammatoire la muqueuse du museau de tanche peut perdre son épithélium pavimenteux pour se recouvrir d'épithélium cylindrique. Lorsque cette transformation s'est effectuée, il se produit une ulcération par un mécanisme identique à celui que nous avons exposé tout à l'heure quand nous avons montré la muqueuse du canal cervical venant, par suite de la déchirure frotter contre la paroi vaginale postérieure et s'ulcérer.

Suivant Ruge et Veit, s'il y a déchirure, l'ulcération peut s'élever plus ou moins haut dans l'intérieur du canal cervical dont

la muqueuse gonflée par le processus inflammatoire vient faire ectropion.

On le voit, ce n'est plus ici la déchirure du col qui est la cause de tout. Elle n'est qu'un fait accessoire, et tout au plus un adjuvant. Ce qui domine, c'est l'ulcération elle-même. Aussi ne faudrait-il pas appliquer ici l'opération d'Emmet, mais bien celle proposée par Schröder, qui consiste à faire l'ablation de la partie ulcérée, et à passer un fil à l'aide duquel il soit possible d'affronter le bord inférieur de la plaie au bord supérieur qui s'élève plus ou moins haut vers le canal cervical. Nous concluons en disant donc que maintenant, au point où en est la question, nous devons suivre la discussion anatomique à laquelle on se livre en Allemagne; elle seule nous permettra de dire, si réellement la déchirure est la cause de tout le mal et si, par suite, une seule opération est proposable : celle d'Emmet.

Où bien si l'explication de Ruge et Veit est vraie, et s'il faut abandonner l'opération d'Emmet pour adopter celle de Schröder.

Pour nous, nous sommes convaincu que chacune des théories, que nous avons dû nous borner à exposer trop brièvement, est vraie dans certains cas. Dans lesquels? Ceci est encore l'inconnu et nous pensons que c'est dans cette direction que devront être entreprises les recherches des gynécologistes.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 18 octobre.

Présidence de M. LEGUEST.

Pâle séance qui se caractérise par un flux de présentations et de communications anodines.

M. E. Besnier fait hommage d'un travail dans lequel M. Martineau annonce qu'il a obtenu, pour le traitement de la syphilis, des succès supérieurs aux résultats de la médication mercurielle ordinaire, par les injections sous-cutanées de peptone mercurique-ammonique. Il aurait évité la salivation dans certains cas, et dans d'autres il aurait vaincu des obstacles insurmontables au mercure administré par la bouche.

M. Gautier présente une brochure sur les alcaloïdes d'origine animale et notamment les ptomaines.

Cette étude importante intéresse la théorie des ferments et des phénomènes de la putréfaction. Nous y reviendrons dans notre prochain article, quand nous aurons sous les yeux le texte de M. Gautier. Si une première audition, toujours un peu fugitive, ne nous induit pas en erreur, nous voyons poindre ici une résistance expérimentale à la microbie pastoriennne. Nos convictions nous persuadent que cette résistance sera victorieuse : on voit déjà que le microbe n'est pas ce que le font les romans les plus récents publiés sur le lombric et la bactérie. M. Robin n'ose-t-il pas écrire que ce n'est sans doute qu'une cellule vivante? Mais M. Robin est un hérétique; qu'il soit anathème!

M. Filhol communique une note concernant l'analyse de je ne sais quelle eau minérale. Nous aurions voulu rapporter à nos lecteurs les indications du savant hydrologiste; mais le bruit des conversations s'ajoutant à la prononciation sourde du lecteur, il nous a été impossible de saisir un traitre modes renseignements fournis par M. Filhol.

M. Guéniot parle de l'ablation des polypes fibreux de l'utérus; il ne dit point de mal du bistouri, ni de l'écraseur linéaire de Chassaignac, mais il leur préfère le serre-nœud de Maisonneuve. Pourquoi? C'est que ce dernier instrument est plus commode à placer dans les parties profondes; c'est qu'il ne donne pas une section oblique comme l'écraseur; c'est qu'enfin il répond plus parfaitement à l'idéal de tout manuel opératoire : sécurité et simplicité. Avec le serre-nœud l'hémorragie n'est pas à redouter. — Beaucoup plus qu'avec l'écraseur, objecte M. Blot, l'écraseur machonne les tissus, il serre-nœud les coupe tant soit peu. — Point du tout, riposte M. Guéniot; à ce que vous savez, le fil du serre-nœud est une corde métallique dont la surface de section est plus grande que celle de l'écraseur.

M. Guéniot fait observer que le serre-nœud doit rendre les meilleurs services dans l'ablation des polypes, même des petits; et il cite le fait d'un polype dont l'extrémité paraissait blanche et grisâtre, et nullement vasculaire, tandis que l'autre extrémité, celle par laquelle il tenait à l'utérus, était très vasculaire et aurait causé une hémorragie si on y avait porté le bistouri.

M. Giraud-Teulon a eu l'occasion, depuis 1869, d'appliquer vingt-quatre fois les courants continus et constants au traitement de l'opacité du corps vitreux. Il a obtenu vingt-

deux succès. Ce résultat est de nature à encourager ceux qui fondent sur les progrès de l'électrothérapie une partie de l'avenir de la médecine. Il reste acquis, en attendant, que les courants continus et constants sont un moyen très efficace contre l'opacité du corps vitreux.

M. Paul Cagny, médecin-vétérinaire à Senlis, communique une note sur la rétention anormale du fœtus chez les animaux domestiques.

Société de chirurgie.

Séance du 19 octobre 1887.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

Le procès-verbal est lu par le secrétaire annuel et adopté.

M. le secrétaire général procède au dépouillement de la correspondance.

M. Nicaise présente une observation de M. Almagran (d'Orléans), intitulée : Ablation d'un kyste synovial tendineux.

Pansements de Lister. Guérison.

M. Tillaux. — Je demande la permission de montrer immédiatement à la Société de chirurgie un de mes opérés, qui retourne dès demain à l'étranger, et ne pourrait, par conséquent, revenir à la prochaine séance. Ce jeune homme, affecté de sarcome du maxillaire inférieur, au niveau de la région parotidienne droite, fut opéré une première fois au Canada, son pays, en 1879, par les chirurgiens de Québec. La tumeur récidiva. Le voisinage de la parotide, déjà partiellement envahie, effraya sans doute le praticien traitant, qui m'adressa le malade. A son arrivée, je trouvai la tumeur très adhérente à la glande, dans laquelle elle se perdait, et recouverte d'une ulcération caractéristique.

Je fis l'opération, il y a quatre mois. Une incision, partant de la commissure labiale droite, fut menée vers la deuxième molaire. Je réséquai toute la portion maxillaire inférieure, située au-dessus, c'est-à-dire la plus grande partie de la branche montante.

Et, avec cette portion, j'enlevai naturellement les prolongements envoyés par le sarcome dans les régions profondes. Je

dus ainsi disséquer toute la région parotidienne, retirer la plus grande partie de la glande, et même lier la carotide externe.

Seul, le nerf facial fut épargné.

Il en résulta une vaste perte de substance de la peau, que je

réparai de mon mieux en prenant de l'étoffe sur la joue. La guérison, néanmoins, à cause de ce délabrement, se fit longtemps attendre. Aujourd'hui, comme vous pouvez le voir, elle est aussi complète que possible.

Si je vous présente ce malade, messieurs, ce n'est assurément pas pour vous faire constater le succès opératoire, mais pour montrer combien les fonctions du maxillaire sont demeurées intactes. J'ai réséqué la branche montante droite, supprimé, par conséquent, l'articulation temporo-maxillaire correspondante, et, cependant, le malade peut, non seulement parler et ouvrir la bouche, mais aussi manger et mastiquer des aliments assez résistants.

La barbe dissimule l'incision ; il serait donc très difficile de supposer qu'il a subi une opération aussi considérable.

M. de Saint-Germain. — La présentation de M. Tillaux sera discutée mercredi prochain.

Aujourd'hui, messieurs, je vais vous communiquer une douloureuse nouvelle :

Un de nos collègues, un des anciens présidents de la Société de chirurgie, M. Houël, est mort ce matin même. Je demande donc que la séance soit levée en signe de deuil.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

F. JOURN,

Interne des Hôpitaux.

Société médicale des Hôpitaux

Séance du 14 octobre 1881.

La séance est ouverte à 4 heures sous la présidence de **M. Dujardin-Beaumetz**.

Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance (12 août) par M. Martineau, le scrutin est ouvert pour la nomination de MM. Robin, Roques et Balzer, au titre de membres de la société.

M. Martineau fait hommage à la Société d'un mémoire sur les injections sous-cutanées de peptone ammonique mercurique dans le traitement de la syphilis et de ses leçons faites à Lourcine sur le *vulvisme*.

Le terme de vulvisme doit, d'après lui, remplacer celui de vaginisme puisque cette affection siège non dans le vagin, mais à l'anneau vulvaire. C'est d'ailleurs une maladie sympto-

matique ou presque jamais essentielle qui peut éclore sous l'influence de causes fort diverses.

M. Gougenheim fait aussi hommage à la Société de ses leçons faites à Lourcine sur la *laryngite tuberculeuse*, la *laryngite syphilitique tertiaire* et l'*œdème de la glotte*. Dans ces leçons l'auteur démontre que la laryngite tuberculeuse est curable dans certains cas, bien qu'on ait élevé des doutes à ce sujet dans ces derniers temps. Il démontre de plus que dans l'œdème de la glotte, l'œdème vrai est très rare et que le gonflement et l'infiltration par un exsudat des replis arythéno-épiglottiques ne suffisent pas pour produire des symptômes de suffocation, qu'il faut qu'il s'y ajoute du gonflement et de l'infiltration de l'intérieur du larynx et de la paralysie des muscles dilatateurs de la glotte.

M. Lereboullet lit un rapport sur la candidature du **D^r Laur** au titre de membre correspondant.

A l'appui de sa demande le **D^r Laur** a envoyé un mémoire sur l'*albuminurie dans les angines*. Ayant eu la bonne fortune d'observer quelques angines rhumatismales à répétition, alternant avec des manifestations articulaires ou les précédant, le **D^r Laur** a trouvé dans l'urine de ses malades de l'albumine en quantité notable. **MM. Besnier** et **Lasègue** ont signalé déjà cette albuminurie, et, le premier de ces auteurs, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, attribue l'albuminurie, lorsqu'elle est persistante pendant des manifestations rhumatismales, à une néphrite interstitielle. Le **D^r Laur** a de plus rencontré l'albuminurie dans d'autres affections de la gorge et il conclut que :

1° L'albuminurie coïncide souvent avec des angines rhumatismales à répétition ;

2° Elle s'observe aussi dans certaines angines non diathésiques ;

3° Elle peut devenir le point de départ de néphrites persistantes.

Il est malaisé, ajoute le rapporteur, de recueillir dans les hôpitaux, une série d'observations analogues à celles du **D^r Laur** et cela pour une foule de causes, aussi devons-nous lui savoir un gré énorme de l'avoir fait. Mais nous devons faire une objection : dans la plupart des faits consignés, l'albumine existait en quantité notable dans l'urine et jamais ces urines n'avaient été examinées avant l'apparition de l'angine ; dans quelques cas on rencontre de plus des symptômes graves tels

que céphalée, vomissements, etc.; alors pourquoi ne s'agirait-il pas de malades ayant des néphrites au cours desquelles sont apparues des angines? On voit donc que la question est loin d'être tranchée. Il n'est pas inutile encore de signaler à ceux qui seront à même de faire ces recherches, une cause d'erreur dans l'analyse de l'urine; c'est la possibilité de n'avoir pas de coagulation de l'albumine par la chaleur alors qu'on l'obtient en additionnant l'urine albumineuse d'acide nitrique ou acétique.

La candidature du docteur Laur est ensuite adoptée,

M. Debove. — Je désire entretenir la Société sur les *lésions osseuses chez les hémiplegiques*, du côté de l'hémiplegie. Il m'a été donné d'observer plusieurs fois à Bicêtre des hémiplegiques qui s'étaient fait des fractures de leur côté paralysé, ce qui tendait à faire admettre des lésions osseuses préalables. Afin de m'en assurer j'ai fait porter mes recherches sur de vieux hémiplegiques chez qui les lésions fussent plus prononcées; et chez eux j'ai surtout examiné les humérus. Si on compare les deux humérus d'un même malade, on trouve que celui du côté atteint est moins lourd, que son canal central est plus large, que la substance de l'os est moins compacte surtout à mesure qu'on se rapproche du canal médullaire où le tissu devient promptement spongieux.

L'examen histologique permet de pénétrer l'essence même des lésions. Les pièces ont été préparées suivant les moyens ordinaires; usure à la meule, etc. Nous avons pu constater ainsi très facilement que les canaux de Havers étaient dilatés ce qui expliquait la porosité que l'on peut voir même à l'œil nu par transparence sur les préparations que je vous montre ici. Cette ostéoporose est d'autant plus évidente que les coupes sont faites plus près du canal médullaire. L'analyse chimique a démontré que la graisse était plus abondante dans l'os malade que dans l'os sain, les graisses du canal médullaire étant on le conçoit, mises à part. Il est facile de comprendre que cette abondance est due à l'augmentation dans les canaux de Havers dilatés de la graisse qu'on y rencontre à l'état normal. Il s'agit donc d'une ostéoporose simple.

Quelle est la marche des fractures dans de pareils os? Bien qu'elles soient traitées dans un service autre que le mien et que j'aie eu quelques difficultés à les suivre, je crois pouvoir affirmer qu'elles se consolident comme les fractures dans les os sains,

peut-être même un peu plus vite, mais avec un cal plus volumineux.

On trouve peu de choses dans les auteurs ayant trait à ce sujet. Beaucoup, qui ne sont pas encore fort éloignés de nous, confondent les hémiplegiques avec les ataxiques. Aussi sera-t-il important pour les recherches ultérieures d'établir d'abord rigoureusement le diagnostic de l'affection nerveuse.

M. Martineau. — J'ai continué depuis ma dernière communication du 23 juin dernier les *injections de peptone ammonique mercurique*. Elles ont été faites journellement et comprennent 6 séries nouvelles.

Depuis le 1^{er} octobre, la dose de chaque injection a été portée à 10 milligrammes de sublimé, et je me propose de l'abaisser dans un mois à 5 milligrammes. 126 malades ont ainsi été traités depuis le 21 juin, au moyen de 3,087 injections sous-cutanées.

Ce qui fait en tout, depuis que j'emploie cette méthode, 172 malades ayant reçu 3,838 injections. Disons de suite que les résultats ont été magnifiques.

A l'effet d'obtenir une solution titrée, permettant de n'avoir plus qu'à la pousser avec la seringue, je me suis adressé à M. Delpech qui a bien voulu m'indiquer la suivante :

Peptone en poudre de Catillon.	9 gr.
Chlorure d'ammonium pur. . .	9 gr.
Sublimé.	10 gr.

Faire dissoudre dans glycérine pure 72 grammes et eau distillée 24 grammes.

Pour retrouver le mercure dans les urines, mon interne en pharmacie, M. Ormezzano, après plusieurs tâtonnements, s'est arrêté au procédé suivant :

Détruire les matières organiques par un courant de chlore naissant, puis l'excès de chloré est enlevé au moyen d'un courant d'acide sulfureux. On traite par l'acide sulfhydrique, on dessèche avec de la chaux calcinée et le résidu est mis dans un tube dont l'extrémité libre chauffée à la lampe d'émailleur est recourbée en cou de cygne.

Si on chauffe alors le résidu, on voit le mercure se condenser dans la partie rétrécie. On s'assure qu'il s'agit bien de ce métal en produisant des cristaux rouges de biochrome mercurique.

Plus que jamais, je crois pouvoir conclure :

1^o Que le bichlorure associé à la peptone sèche et administré

par la voie hypodermique ne donne lieu à aucun accident local toutes les fois que l'injection a été faite dans le tissu cellulaire sous-cutané. Chaque fois qu'il est apparu une nodosité, c'est que l'injection avait été faite dans le derme;

2° Le plus ordinairement ces injections ne déterminent aucune douleur, même quand elles contiennent 10 milligrammes de sublimé. S'il y a de la douleur, c'est que le malade est en proie au nervosisme, qu'il est indocile ou qu'il y a eu inhabilité ou précipitation du côté de l'opérateur. Il importe de s'assurer si la canule est bien lisse, afin de ne pas dilacérer les tissus et amener des ecchymoses;

3° Ces injections ne déterminent ni salivation, ni stomatite. Les trois ou quatre malades que j'ai vus en présenter avaient auparavant des altérations de la bouche.

Un des meilleurs faits à l'avantage des injections hypodermiques, est l'exemple de ce jeune homme dont M. Blachez vous a déjà entretenu. J'ai commencé chez lui, le 30 août, par des injections de 2 milligr. $\frac{1}{2}$ de sublimé. J'ai continué par 3, puis 4 millig.; depuis le 15 septembre, nous sommes à 5 millig., et c'est aujourd'hui la 45^e injection.

Un jour, le malade désirant se reposer, 5 millig. de sublimé furent administrés par la voie stomacale, il se déclara immédiatement une salivation intense; le lendemain, les injections furent reprises et la salivation disparut.

Quant au résultat, il est parfait.

5° Cette méthode n'amène aucune fatigue de l'estomac, ce qui est précieux sous plusieurs rapports;

6° Son action est plus prompte et plus énergique que celle de toutes les autres.

Les syphilides ulcéreuses les plus profondes, et les manifestations cérébrales de la syphilis disparaissent très vite. Tel est le cas du malade dont je vous ai parlé tout à l'heure, chez qui des syphilides ulcéreuses du cuir chevelu, du pied droit, du tronc et des membres, sont aujourd'hui disparues après 45 jours de traitement, et cela chez un sujet si gravement atteint par la maladie qu'il est bien rare d'en voir de pareils.

Chez les femmes enceintes, les formes anormales de la syphilis sont promptement amendées, leurs enfants, au bout de trois ou quatre mois n'ont encore eu aucune manifestation syphilitique, alors que ceux des femmes traitées par les moyens habituels en présentent au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Une bonne préparation mercurique nous a été

indiquée par M. Delpéch et peut s'administrer par l'estomac; elle est ainsi composée :

Peptone ammoniacale mercurique.	1 gr.
Glycérine pure.	50 gr.
Eau distillée.	500 gr.

à prendre par cuillerées à café, chaque cuillerée contenant 0 gr. 005 milligr. de sublimé. Je l'ai administrée à 11 malades dans de l'eau ou du lait comme véhicule. Elle a une saveur agréable, sucrée, due à la glycérine; elle n'amène pas le dégoût, les nausées, les vomissements déterminés par la liqueur de Van Swieten, à laquelle elle est bien supérieure. Néanmoins les résultats obtenus avec cette solution ne sont pas aussi prompts ni aussi satisfaisants qu'avec les injections hypodermiques.

M. Blachez a vu le malade qu'il avait envoyé à M. Martineau et a constaté en effet une guérison inespérée. Déjà cependant ce jeune homme avait eu, il y a un an, une amélioration qui lui avait permis de l'envoyer à Uriage. L'effet de cette eau fut mauvais, le malade passa un hiver déplorable, il était survenu 14 ou 15 syphilides ulcéreuses et très douloureuses, dont deux sur les paupières avaient fait craindre la perte de l'œil gauche. L'état général était tel qu'on fut obligé de combattre des idées de suicide. L'intolérance au mercure était absolue; on avait tout essayé et la vie était incompatible avec la continuation de pareilles souffrances. Seules quelques gouttes de liqueur de Van Swieten avaient pu être tolérées dans du lait et avaient amené l'amélioration qui permit le voyage d'Uriage. Aujourd'hui le malade marche, mange de fort bon appétit et constate lui-même sa guérison. M. Blachez ne croit pas qu'on puisse espérer mieux en aussi peu de temps : c'est une magnifique guérison.

Nomination. — Le scrutin ayant été dépouillé, le président annonce que MM.

Balzer.	33 voix,
Roques.	—
Robin.	—

font désormais partie de la Société médicale.

Epidémie d'ecthyma chez les varioleux.

M. Du Castel a pu observer dans le service des varioleux de Saint-Antoine une épidémie d'ecthyma telle qu'on en a pas encore signalé de semblable. Les pustules avaient leur siège de

prédilection à la poitrine, puis aux membres supérieurs et inférieurs ; on les trouvait aussi fréquemment à la face. On ne pouvait toujours suivre entièrement l'évolution à cause de la variole concomitante ; cependant chez certains de ces malades on put voir quelques-unes de ces manifestations cutanées prendre le caractère du pemphigus bien que par certains côtés elles fussent de l'ecthyma ; c'était une éruption mixte. — Sur la poitrine les pustules atteignaient rarement plus d'un centimètre de diamètre, mais sur les membres, au contraire, elles allaient jusqu'à 2 et 3 centimètres. Leur apparition se faisait ordinairement en plusieurs poussées. Chez quelques sujets elles sont arrivées à être confluentes, à se toucher par leurs bords.

L'ecthyma s'est développé tantôt au moment de la suppuration de la variole, tantôt au moment de la desquamation. Du fait de son apparition il est souvent survenu de la fièvre et du délire, au point d'amener la mort de quelques malades.

Quand il survenait pendant la convalescence, la fièvre était moins forte et tombait facilement. Le mouvement fébrile se prolongeait d'autant plus que l'éruption était plus confluyente (3 semaines dans un cas) et le thermomètre a accusé jusqu'à 41°.

M. Du Castel ne sait trop à quelle époque l'ecthyma est apparu chez les varioleux de Saint-Antoine, il crut d'abord à un accident simple et ne commença à lui prêter de l'attention que lorsqu'il l'eût vu déterminer la mort. Le début eut lieu dans le pavillon des hommes, de là l'épidémie fit son apparition chez les femmes au mois de juin ; depuis il n'entre guère de varioleuse qui n'en soit atteinte.

Quelle en est la cause ? Il est difficile d'admettre la cachexie car bien des malades étaient vigoureux. La contagion rend mieux compte des faits, d'autant plus que dans le personnel du service, dont les membres ne sont ni varioleux ni cachectiques, il y eut des victimes. La première fut un infirmier de la salle des femmes qui marchait parfois nu pieds et présenta de l'ecthyma des jambes. La seconde fut l'interne même du service qui vit venir à son index droit une pustule de 1 cent. 1/2 de diamètre et qui attribua cette localisation à ce qu'il avait touché une femme varioleuse, ecthymateuse enceinte.

Au microscope on trouve, dans le liquide des bulles, des spores en quantité considérable.

Ces spores sont arrangées en chapelets plus ou moins régu-

liers. L'auto-inoculation a réussi. Les inoculations du sujet malade au sujet sain, n'ont pas été tentées.

La thérapeutique ne semble pas absolument désarmée en face de cet ecthyma. Les tentatives ont consisté en lotions phéniquées. Un malade à qui on avait ainsi frictionné le corps seul eut de l'ecthyma sur la face et pas ailleurs. Si toutes les tentatives n'ont pas réussi on peut attribuer l'échec à ce que les frictions n'ont été faites qu'après l'entrée des malades dans la salle, c'est-à-dire trop tard et l'ecthyma apparaissait après une certaine période d'incubation.

La séance est levée à 5 heures sur cette intéressante communication.

F.-A. HUE.

Interne des Hôpitaux.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire des Romains, par Victor DURUY. — Voici une autre publication de la maison Hachette, qui ne le cède en rien à la *Géographie universelle* d'Elisée Reclus, dont nous avons parlé dernièrement. Format, papier, illustration, tout a été combiné pour en faire une œuvre de premier mérite. Entrons donc dans quelques détails sur cette nouvelle édition d'un ouvrage qui a déjà fait la réputation de son auteur et qui restera comme un modèle de la manière de traiter l'histoire ancienne. Avant tout, M. Duruy a voulu faire revivre ce peuple si extraordinaire qui commence par deux enfants exposés pour finir par un empire de cent millions d'hommes. Pour débrouiller et interpréter ses origines mystérieuses et souvent légendaires, il a fallu faire appel à la philologie qui a si souvent révélé la filiation des races et des religions du monde gréco-romain. Et cependant les Étrusques ou mieux les Rasenos, comme ils se nommaient eux-mêmes, ont une filiation encore inconnue aujourd'hui, bien qu'ils aient formé un peuple assez riche pour ensevelir avec ses chefs, de quoi solder une armée ou bâtir une ville; assez industrieux pour inonder l'Italie de ses produits; assez civilisé pour couvrir d'inscriptions ses monuments et ses tombeaux. C'est que ces inscriptions attendent encore le Champollion qui en donnera la clef. Tant que n'aura pas paru « l'Œdipe du sphinx étrusque », la philologie sera impuissante à nous retracer les attaches de ce

peuple dont les origines peuvent à peine être soupçonnées. Aussi lira-t-on avec le plus vif intérêt tout ce qui le concerne dans la savante introduction que l'auteur a consacrée à l'Italie avant Rome.

Avec la philologie, l'archéologie est venue à son tour aider l'historien à pénétrer dans l'intimité de ce peuple ; car, grâce aux inscriptions, aux monnaies, aux fouilles, aux restaurations, etc., il est aujourd'hui possible de se figurer ces Romains qui, par leur énergie et leur courage sont si rapidement arrivés à la conquête du monde. Ce qui constitue l'un des principaux mérites de l'*Histoire des Romains*, c'est que le lecteur a sous les yeux toutes les pièces authentiques et qu'il peut se faire lui-même sa propre opinion. En effet, grâce à l'habile intervention des dessinateurs et des graveurs les plus renommés, tous ces monuments qui existent dans les musées ou que les fouilles découvrent chaque jour, se traduisent pour nous par une suite interminable de figures qui permettent d'assister aux événements que l'histoire nous retrace.

S'agit-il d'un palais ? Il nous en montre les ruines, et à côté, une restauration faite par l'architecte qui s'est consacré avec amour à cette étude. Voulez-vous savoir comment était disposé le camp romain. Une figure vous indique cette disposition, ainsi que le nom des diverses parties. S'agit-il d'un général, d'un grand homme ? Les voici tels qu'ils sont représentés sur les monnaies, les médailles ou les statues. Et ainsi pour tout ce qui concerne les monuments publics, les habitations privées, les vêtements, les armes, les sépultures, les cérémonies religieuses, etc., etc.

L'*Histoire des Romains* formera six ou sept volumes in-8° Jésus ; elle sera enrichie d'environ 2,500 gravures dessinées d'après l'antique et de 100 cartes ou plans. Trois volumes sont publiés et le quatrième sera terminé avant la fin de cette année. Le premier va des origines à la fin de la première guerre punique.

Tout à l'heure à propos des Etrusques, nous avons parlé de la savante introduction sur l'Italie avant Rome et où se trouve la description physique de ce pays et l'histoire des différents peuples qui l'habitaient avant la conquête romaine. Nous n'entrerons pas dans l'analyse des faits militaires et politiques qui ont signalé cette époque si intéressante où, après un peu plus de deux siècles, le pouvoir royal a fait place à la république. Mais combien ce dernier gouvernement, fondé sur une

puissante oligarchie et sur le plus dur et le plus cruel esclavage diffèrait de ce que l'on appelle aujourd'hui république avec le suffrage universel.

Ces faits sont trop connus, car ils forment le fonds des manuels que nous avons eus autrefois entre les mains. Mais ce que nous tenons surtout à faire remarquer, c'est le soin avec lequel M. Duruy nous fait pénétrer dans la vie intime et publique du peuple romain, ainsi qu'en témoignent les chapitres intitulés : Constitution de Rome pendant la période royale; Organisation primitive; Religion et institutions religieuses; Mœurs et coutumes; Efforts pour obtenir l'égalité politique; La loi agraire et l'abolition des dettes; Organisation de l'Italie par les Romains; État intérieur de Rome dans l'intervalle des deux guerres puniques, etc., etc.

Le tome II va de la bataille de Zama au premier triumvirat. C'est le récit de la conquête du monde. L'histoire nous conduit successivement à la réduction en province de la Macédoine, de la Grèce, de Carthage, de l'Espagne, de la Syrie, etc., et nous fait connaître l'organisation de ces provinces romaines. Mais par un juste retour des choses d'ici-bas, les vainqueurs sont envahis par les vaincus. La Grèce se venge en forçant Rome à adopter sa langue, ses mœurs, etc. Aussi, rien d'instructif comme le chapitre intitulé *l'Hellénisme à Rome*. Les luttes politiques ne vont plus cesser. Après les Gracques nous voyons paraître Marius, puis Sylla, ainsi que la guerre des esclaves et celle des alliés. Si de grands succès, de brillantes victoires que rappellent les noms de Jugurtha, de Mithridate, des Cimbres, des Teutons, etc., rehaussent de plus en plus la valeur des armées romaines, les luttes intérieures et les proscriptions qui en sont la suite, montrent que cette constitution républicaine qui avait paru si forte est affaiblie au point de faire prévoir la future dictature de César.

Écrite de cette façon et illustrée en recourant aux sources, *l'Histoire des Romains* devient une lecture indispensable pour tous ceux qui ont visité l'Italie, ou qui se disposent à le faire. Car une partie de l'antique échappe nécessairement à celui qui n'a pas le soin de raviver ses souvenirs classiques. C'est dans le même but que nous recommandons les *Promenades archéologiques*, Rome et Pompéi (1), par Gaston Boissier, de l'Académie française. Nous avons parcouru avec le plus grand plaisir, ces récits faits sur place et qui nous rappelaient si agréablement

(1) Un volume in-12 de 400 pages et sept plans. Librairie Hachette.

les derniers résultats des fouilles que l'on exécute dans tant d'endroits en Italie, mais surtout à Rome et à Pompéi. Qu'on nous permette de signaler les réflexions si sages et si belles qui émaillent le curieux chapitre consacré aux catacombes et aux martyrs des premiers siècles.

Pour l'étude de l'antiquité, la maison Hachette nous offre encore plusieurs autres ouvrages en cours de publications. L'un est l'*Histoire de l'art dans l'antiquité*, par Georges Perrot, membre de l'Institut, professeur à la faculté des lettres de Paris, et Charles Chipiez, architecte. Le premier volume, aujourd'hui très avancé, est consacré à l'Égypte et il est illustré avec une telle abondance de figures et de planches qu'on ne peut l'ouvrir sans s'abandonner au charme de la lecture. L'autre est le *Dictionnaire des antiquités grecques et romaines*, d'après les textes et les monuments, rédigé par une société d'écrivains spéciaux, d'archéologues et de professeurs, sous la direction de Ch. Daremberg et Edm. Saglio, avec trois mille figures d'après l'antique. L'*Histoire de l'art dans l'antiquité* se publie par livraison, comme le *Tour du Monde*; il en paraît une chaque semaine. Le *Dictionnaire des antiquités grecques et romaines* paraît par fascicules de 160 pages chacun.

D^r Y.

NOUVELLES

Concours. — La Société de médecine d'Anvers met au concours les questions suivantes : 1^{re} pathologie générale : faire connaître l'état actuel de la science sur le rôle que jouent dans la pathologie, tant interne qu'externe, les germes, vibrions, microspores, parasites en général, en s'appuyant sur des démonstrations et des expériences; 2^{re} pathologie spéciale : faire l'histoire de la goutte.

La clôture du concours aura lieu le mercredi 30 novembre 1881, époque à laquelle les mémoires devront avoir été envoyés, sous les formes académiques ordinaires, à M. le D^r de Ranterre, secrétaire de la Société, à Anvers, 12, rue Saint-Paul.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

29 Octobre 1881

APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE
MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — Les localisations cérébrales au Congrès international de médecine de Londres, par le Dr Edouard FOURNIÉ (suite). — **Nouveau principe de localisation.** — Le principe des localisations s'est imposé de tout temps à l'esprit des physiologistes, et plus que jamais aujourd'hui, on reconnaît la nécessité de son application. En conséquence, le problème à résoudre n'est pas de savoir s'il faut, oui ou non, localiser, mais de déterminer la chose à localiser et le point précis où il faut la mettre.

Pour Gal! la chose à localiser était un singulier assemblage des choses les plus disparates. Sous le titre de *facultés fondamentales* il avait réuni pêle-mêle des instincts : *instinct de la propagation, amour de la progéniture, attachement, amitié, instinct de la défense de soi-même et de la propriété, l'instinct carnassier*; des défauts et des qualités : *la ruse, la circonspection, la prévoyance, le courage, la fierté, la lâcheté, le mensonge, la paresse, la colère, la bonté, la bienveillance, la dureté*; des passions : *l'orgueil, la jalousie, l'ambition*; la mémoire en général : *le sens des choses, l'éducabilité*; la mémoire particulière à chaque sens : *le sens des personnes, le sens des lieux, le sens des mots, le sens des couleurs, le sens des tons*; certains modes de l'activité intelligente : *le sens des nombres, le sens de la mécanique, de l'architecture*; certaines qualités ou certaines aptitudes de l'esprit, plus ou moins développées : *sagacité comparative, esprit métaphysique, esprit caustique, talent d'imiter, talent poétique*; et enfin la cause première : Dieu (1).

(1) Pour la justification de notre critique abrégée, par le seul sens des mots, il serait bon peut-être de connaître la définition physiologique que nous avons donnée de toutes ces expressions dans notre *Essai de psychologie, la bête et l'homme*. (Librairie académique de Didier, éd. 1878.) Également dans notre *Physiologie du système nerveux*.

Telles sont les *facultés fondamentales*, au nombre de 27, que l'imagination de Gall inventa tout d'abord (1). Il ne restait plus qu'à donner à chacune de ces créations, de la *perception*, du *souvenir*, de la *mémoire*, des *appétits*, du *jugement*, de l'*imagination* et de l'*attention* pour réaliser une république de tout petits cerveaux complets. C'est ce que fit Gall, et après avoir classé, étiqueté ces organes merveilleux, il leur assigna une place déterminée dans la boîte crânienne, déclarant désormais que la physiologie du cerveau était faite.

Ce système de localisation, ingénieux sans nul doute, dénote chez son inventeur un développement particulier de l'organe métaphysique, aussi souleva-t-il de nombreuses protestations.

On écrivit des volumes contre les *bosses*, mais ce fut en vain.

On soupçonnait bien la fausseté du système, mais pénétré de la nécessité du principe des localisations on se trouvait embarrassé pour démolir l'un sans toucher à l'autre.

Cependant rien n'était plus facile.

En effet, puisque chacun des organes de Gall représente un cerveau complet, comment se fait-il qu'une lésion très circonscrite du cerveau suffise pour abolir le mouvement dans toute une moitié du corps? Pourquoi, dans ces conditions, les organes affectés à la mécanique, à la construction, à la mimique restent-ils impuissants, alors qu'ils ont conservé leur intégrité?

Certes, les raisons topiques ne manquent pas, mais il en est une tout à fait essentielle, fondamentale, et qui s'adresse tout aussi bien à Gall qu'aux fauteurs mêmes de son système qui, après lui, ont appliqué le principe des localisations, non de la même façon, mais dans le même esprit. (Localisation de la parole dans le lobule de l'*insula* du côté gauche, les centres psycho-moteurs, etc., etc.) Cette raison, la voici :

En inventant des organes affectés à l'accomplissement de tout ce que le cerveau de l'homme peut concevoir et engendrer, en dotant chacun de ces organes de tous les rouages nécessaires au fonctionnement cérébral, Gall avait habilement tourné la difficulté sans la résoudre : il était passé à côté de la question.

Le problème de la physiologie cérébrale, ne consiste pas, en effet, à trouver des organes qui sont chargés de faire eux-mêmes cette physiologie, mais à déterminer les conditions du mécanisme fonctionnel. Que l'on considère le vrai cerveau ou

(1) Gall, *Anatomie et Physiologie du système nerveux en général et du cerveau en particulier*, t. III, p. 61 et suiv. 1818.

les petits cerveaux de Gall, le problème est le même : analyser d'abord théoriquement les éléments qui entrent dans tout fonctionnement cérébral et déterminer ensuite expérimentalement le lieu et la nature des agents nerveux qui représentent ces éléments en acte dans un but fonctionnel.

Tel est le nouveau principe de localisation qui nous a servi de guide, soit dans l'étude théorique du fonctionnement cérébral, soit dans nos recherches expérimentales.

Sans vouloir apprécier ici la valeur de nos efforts, qu'il nous soit permis cependant d'exprimer une conviction profonde, en disant que l'application de ce principe est la condition inéluctable de la physiologie du cerveau.

Nous allons donner, d'ailleurs, une idée résumée de cette application et des résultats que nous avons obtenus.

Pour procéder avec méthode nous considérerons la fonction cérébrale après le sommeil, au moment où se réveille chacune des activités qui la constituent.

La première des activités qui se manifeste est celle des sens et cette activité nous donne, avec l'impression des choses extérieures, le sentiment plus ou moins conscient de notre unité en tant qu'être sentant (on sent que c'est le même moi qui voit le soleil, qui entend le son, etc., etc.) et de notre individualité (nous sentons que la chose sentie et le moi sentant sont deux choses distinctes).

Puis, nous sentons autre chose que ce qui nous vient par les sens externes ; le même moi qui sentait tout à l'heure la lumière, le son, en extériorisant la cause de ces manières de sentir, sent à présent les mêmes choses mais en constatant que la cause impressionnante est dans son cerveau : il voit le soleil, les yeux étant fermés, il entend le son, les oreilles étant bouchées.

Sollicité par l'une ou l'autre de ces deux manières de sentir l'homme se meut et porte ses pas dans le monde extérieur.

Suivez à présent cet homme, mettez-vous en quelque sorte dans son cerveau et vous constaterez que, à mesure qu'il va dans le temps et dans l'espace, les mêmes phénomènes qui se sont produits à son réveil ne cessent de se renouveler : une impression nouvelle réveille à tout instant l'activité sensible et à cette impression, provenant soit du monde extérieur, soit de l'intérieur du cerveau, succède un mouvement corrélatif. Que l'homme se soit arrêté pour chanter, danser, faire un tableau,

Octobre, T. II, 1881.

53

ou une statue, c'est toujours la même succession de phénomènes, le même mécanisme, mais le soir quand cet homme rentre vous constatez que s'il n'a pas modifié son cerveau, quant à son fonctionnement, il l'a cependant singulièrement perfectionné. Que s'est-il donc passé? voici :

A mesure qu'une impression se produisait sur les organes des sens, le mouvement nerveux qui succédait à cette impression ne se bornait pas à réveiller dans le cerveau une *perception*, il provoquait en même temps, et sur un autre point, une modification d'une autre nature et ce point modifié avait désormais le pouvoir d'exciter un mouvement en retour et de réveiller à nouveau la perception première en l'absence de la cause impressionnante réelle. De là, pour le cerveau, une acquisition durable.

Un phénomène analogue se produisait pour les mouvements.

Durant les 12 heures d'activité fonctionnelle, le cerveau ne s'est pas borné à provoquer les mouvements naturels de la mécanique animale, il en a appris de nouveaux et il les a exécutés. Or, apprendre un mouvement constitue une activité d'un nouveau genre. Apprendre, en effet, c'est d'abord sentir le mouvement à exécuter, c'est-à-dire voir ou entendre son résultat, puis c'est diriger attentivement son exécution par un des sens, c'est enfin associer l'image ou le son avec les mouvements et caser cet ensemble dans le cerveau, dans un point capable de réveiller plus tard le moi percevant et de provoquer la représentation de la perception et celle du mouvement qui lui donne naissance, en l'absence de toute cause impressionnante extérieure, en l'absence de tout mouvement exécuté visiblement. Ce fait constitue pour le cerveau une acquisition nouvelle et distincte de l'acquisition d'une perception simple. A ces conditions l'homme a appris un mouvement.

Est-ce tout? non. L'homme a fait plus encore : il s'est donné un instrument merveilleux au moyen duquel il peut évoquer à tout instant la représentation de tout objet sensible. A cet effet il a associé à l'image de chaque objet un mouvement de son organe vocal, mouvement dont le résultat a été un son et il en est résulté que, désormais, la vue de l'objet rappelle le son qui lui a été associé ainsi que le mouvement tacite qui donne naissance à ce dernier, et, réciproquement, il en est résulté que le son et le mouvement qui le produit réveillent l'image de l'objet auquel ce son et ce mouvement furent associés. Le

son ainsi produit est un *son-signe* et l'ensemble des *sons-signes* constitue le langage.

Certes, c'est déjà très beau d'avoir mis dans son cerveau la représentation durable et mobile de tout ce qui est, mais ce n'est rien en comparaison de ce que l'homme a pu faire encore grâce à cet incomparable instrument.

Lorsqu'il s'est trouvé en présence de deux autres hommes, il a senti qu'ils étaient *deux* parce que, à la rigueur, il pouvait se souvenir de l'un et de l'autre; mais supposez qu'ils eussent été deux mille, sa mémoire n'y aurait pas suffi. Qu'a-t-il fait alors ? Il les a comptés, c'est-à-dire il a établi un *rapport de nombre*. Mais un rapport, simple vue de l'esprit, acte pur de l'intelligence, n'est pas quelque chose que l'on touche, que l'on voit, que l'on sent en un mot. Comment lui donner un corps, une forme sensible, susceptible de constituer une acquisition cérébrale durable ? L'homme y est parvenu simplement en représentant le rapport par un nom : un, deux, trois..... deux mille.

Ce que l'homme a fait pour le rapport de nombre il l'a accompli pour le rapport de grandeur, pour le rapport de temps, pour le rapport significatif, etc., en *disant* que l'un des hommes est *plus grand*, *plus âgé* que l'autre et en *disant* que l'un s'appelle *Paul* et l'autre *Pierre*.

De sorte que, grâce au langage qu'il s'est donné, il peut classer au nombre des acquisitions cérébrales non seulement la représentation des objets sensibles, mais encore la représentation des actes mêmes de son esprit, car tout *rapport* est un acte de l'intelligence qui n'est pas tangible par lui-même, et il arrive ainsi à enfermer dans l'étroit espace limité par la boîte crânienne la représentation de tout ce qui est en lui et en dehors de lui, le monde et Dieu.

Après avoir accompli ces grandes choses, le cerveau fatigué cesse de fonctionner, c'est le repos, l'oubli, le sommeil.

Le lendemain, le réveil de la fonction se produit dans les mêmes conditions que nous venons d'exposer, mais avec quelques différences qui proviennent toutes des acquisitions qui la veille, ont enrichi le fonctionnement cérébral. C'est ainsi que le réveil peut être provoqué, non plus par les circonstances extérieures, mais par les causes impressionnantes qui ont été emmagasinées dans le cerveau et que nous avons dit être capables de réveiller le centre de perception en dehors de

toute cause impressionnante extérieure, ce sont les préoccupations de la veille.

C'est ainsi encore que le cerveau peut fonctionner dans le seul but d'acquérir de nouvelles connaissances; grâce au langage qu'il s'est donné, il peut lire, étudier, faire du calcul, etc., en un mot, il peut fonctionner dans le présent, dans le passé dans l'avenir de toutes les façons imaginables.

La seule chose essentielle que nous ayons à relever ici c'est que : quelle que soit la nature du fonctionnement cérébral, quelle qu'en soit la cause excitatrice ou le but réalisable, dans tous les cas c'est la même succession des phénomènes et les mêmes éléments qui entrent en jeu. Nous trouvons, en effet, dans tout fonctionnement cérébral : 1° le réveil de l'*activité sensible* soit par des causes extérieures, soit par des causes intra-cérébrales; 2° le réveil des *notions acquises*; 3° l'*excitation de l'activité motrice*.

L'ordre dans lequel se succèdent ces modes d'activité est toujours le même et ne saurait être interverti; toujours l'activité sensible réveillée par les causes intérieures ou intra-cérébrales, précède le développement des notions acquises, et de l'activité motrice, et cet enchaînement est tellement intime qu'on pourrait croire que ces trois phénomènes ne sont que la transformation de l'un dans l'autre. C'est probablement cette succession et cette intimité qui ont conduit Condillac, Destut-Tracy et bien d'autres à dire que les facultés de l'âme n'étaient que des sensations transformées.

En montrant bientôt que chacune des activités dont nous venons de parler correspond à des éléments anatomiques distincts et ayant un siège différent, nous prouverons que cette opinion n'est pas soutenable et que si la sensibilité et la motricité se tiennent au point d'être solidaires, l'une de l'autre elles ne sont pas moins des activités spéciales et expérimentalement différentes.

Cette considération, d'ailleurs, n'infirme nullement le résultat de notre analyse, elle viendrait plutôt à l'appui.

Mais, dira-t-on peut-être, que faites-vous dans votre détermination du fonctionnement cérébral, des passions, des vices, des vertus, des qualités, des défauts, des instincts, de l'intelligence, de la volonté, de la raison et le reste?

Notre réponse, déjà écrite dans nos travaux antérieurs, est bien simple :

Les *passions* sont des manières de sentir plus ou moins

vivement, elles sont comprises, par conséquent dans le domaine de l'activité sensible.

Les *qualités* et les *défauts* sont des manières de fonctionner dans un sens ou dans un autre.

Les *instincts* sont des impulsions qui peuvent mettre en jeu le fonctionnement cérébral, mais qui n'exercent aucune influence sur les conditions mêmes de ce fonctionnement.

De même pour l'*intelligence*,

Quant à la *volonté*, à la *raison*, ce sont des manières de fonctionner particulières que nous avons déjà définies autre part, mais qui ne changent rien au mode fondamental du fonctionnement cérébral (1).

A cette occasion, nous sommes heureux de pouvoir faire scientifiquement, sur ce sujet, la part des philosophes et des psychologues.

Ce qui leur revient de droit, ce sont précisément ces questions qui, pour nous, ne sont qu'accessoires dans l'étude physiologique du fonctionnement cérébral, et qui peuvent, à la rigueur, être étudiées en dehors de la connaissance précise de ce fonctionnement. Cependant cette connaissance ne leur est pas inutile; leurs efforts dans le sens de la physiologie depuis cinquante ans nous ont suffisamment prouvé qu'ils comprenaient l'importance de cette dernière et nous sommes d'ailleurs tout à fait de leur avis quand il s'agit d'instituer avec eux une *Psychologie physiologique*.

Après avoir répondu par avance à ces observations possibles revenons à notre fonctionnement cérébral.

D'après le résultat de notre analyse, le fonctionnement cérébral, considéré dans son mécanisme et dans ses seuls rouages, se résume dans le réveil successif de trois activités distinctes. Dépendre exactement chacune d'elles, indiquer les éléments anatomiques dont elles dépendent, décrire les liens matériels qui les unissent, tel sera le complément de notre analyse du fonctionnement cérébral. Comme nous l'avions dit dès le début, après avoir déterminé la chose à localiser nous allons essayer de découvrir le siège qu'elle occupe dans le milieu cérébral.

(A suivre.)

(1) Toutes ces questions sont approfondies dans notre *Physiologie du système nerveux* et dans notre *Essai de Psychologie*.

MÉDECINE PRATIQUE

**Considérations pratiques sur l'infection putride
puerpérale,**

Par M. le Docteur BLEYNE père, professeur à l'école de médecine
de Limoges.

Après la délivrance il existe, à la face interne de l'utérus, au point d'insertion du placenta, une surface lacérée, saignante, une espèce de plaie par arrachement ; l'orifice du museau de tanche et le vagin sont éraillés, le périnée est quelquefois déchiré.

De ces diverses plaies s'écoulent, en premier lieu, du sang et de la lymphe, et un peu plus tard du pus, entraînant les parcelles organiques mortifiées par la lacération.

Ces liquides, mêlés au mucus utérin et vaginal, constituent les *lochies*.

Il reste quelquefois dans la cavité de l'utérus des lambeaux de membranes, des fragments du placenta ; ce dernier y est parfois retenu en entier.

Il n'est pas rare que des caillots de sang séjournent dans la matrice ou le vagin.

Le fœtus mort peut être retenu dans l'utérus longtemps après l'ouverture de la poche des eaux.

Les mêmes circonstances peuvent se rencontrer dans un avortement.

En résumé, la nouvelle accouchée se trouve sous le coup d'un traumatisme compliqué d'éléments de putréfaction.

Malgré ces conditions défavorables, le plus ordinairement la fermentation putride n'a pas lieu, et la femme se rétablit sans accidents.

Mais, dans certaines circonstances que nous ferons connaître, la fermentation putride s'effectue, et l'absorption du ferment détermine chez la femme un état morbide désigné sous le nom d'*infection putride*.

I. *Fermentation putride*. — Les matières putrides, lorsqu'elles sont retenues dans les organes génitaux, entrent promptement en putréfaction.

Tous les obstacles qui ralentissent ou empêchent leur sortie

sont donc autant de *causes occasionnelles* de cette fermentation.

Pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, la sortie des liquides est ralentie, quelquefois même arrêtée par le décubitus permanent prolongé. Le sang s'accumule dans le cul-de-sac inférieur du vagin, s'y coagule et finit même par obstruer le passage.

Viennent en outre les diverses causes de rétention du placenta, des caillots, du fœtus même, dont l'étude nous conduirait trop loin, et pour laquelle on pourra consulter les traités d'accouchements.

Il se forme quelquefois un foyer de putréfaction sous la femme même, lorsqu'elle reste sur sa couche souillée par les eaux de l'amnios, le sang, l'urine; lorsque, ce que nous avons observé dans une circonstance qui eut les conséquences les plus déplorables, on la laisse croupir plusieurs jours dans tous les liquides écoulés de ses organes pendant et après l'accouchement (1).

L'entassement et le séjour des linges de couches dans la chambre de l'accouchée peuvent aussi donner occasion à un foyer de putréfaction, ainsi que nous l'avons observé chez une femme qui fut atteinte de simples accès de fièvre.

II. *Ferment*. — Le produit de cette putréfaction est-il un ferment spécial de la putridité puerpérale?

Si nous considérons que l'infection d'une femme en couches peut provenir d'une plaie étrangère en suppuration, que dans la phlébite des plaies il y a infection putride préalable, comme dans la phlébite des accouchées, qu'il n'y a pas de différence entre la septicémie traumatique et la septicémie puerpérale, nous serons porté à penser que le ferment de la putridité puerpérale est le ferment putride de toute putréfaction de matière

(1) Une femme, habitant une localité, dépourvue de médecin, accouche avec l'assistance d'une femme à laquelle on donne le titre de *sage-femme*; prise d'hémorrhagie après l'accouchement, on la laisse croupir pendant trois jours dans un vrai cloaque, sans l'avoir changée de linge, car il ne fallait pas l'*éventer*. Appelé le sixième jour auprès de cette dame, je la trouvai en proie à une fièvre intense, avec délire; elle mourut le lendemain.

Une de ses amies, sur le point d'accoucher, était venue la visiter. Quelques jours plus tard elle accouchait assistée de la même femme, et mourait quatre jours après son accouchement.

Quatre autres femmes, disséminées dans la campagne, accouchent avec l'assistance de cette même femme, et succombent.

Je ne saurais dire si l'hécatombe en est restée là.

animale : foyers sanguins, collections de pus, plaies en suppuration, en communication avec l'air.

Nous irons plus loin : la pustule maligne elle-même, ne serait-elle pas due à la même cause ? Son virus ne serait-il pas le même, élevé à une plus haute puissance.

Cette pensée nous a été suggérée par le fait suivant que nous avons publié, dans le temps, dans *l'Union médicale*, et qui a été reproduit dans le *Bulletin de la Société de médecine et de pharmacie de Limoges*, en 1868, en ces termes :

M. Bleyrie a communiqué le fait suivant : Appelé pour faire l'extraction d'un fœtus mort dans l'utérus, et déjà dans un état avancé de putréfaction, les manœuvres auxquelles il dut se livrer l'obligèrent à laisser assez longtemps l'avant-bras gauche dans les organes maternels, en contact avec les produits de décomposition putride qui s'en échappaient.

Le lendemain de cette opération, M. Bleyrie éprouva à la face dorsale de l'avant-bras, un peu au-dessus du poignet, une vive démangeaison et constata la présence d'une pustule de la largeur d'une lentille, dont le centre présentait une escharre grisâtre, et entourée d'un cercle oedémateux d'un centimètre de rayon. Soupçonnant la malignité de cette pustule, à son aspect et à la rapidité de son développement, M. Bleyrie la cautérisa énergiquement à l'aide de l'acide sulfurique, et en arrêta ainsi les progrès.

Nous laissons aux hommes spéciaux et éminents qui, de nos jours, ont ouvert de nouveaux horizons à la pathogénie, le soin d'infirmier ou d'affirmer cette identité de virus.

III. *Infection.* — Le ferment peut infecter non seulement la femme chez laquelle il s'est développé, mais encore attendre à distance d'autres accouchées, transporté par la sage-femme, l'accoucheur ou toute autre personne ayant donné des soins à la première.

Ce ferment se répand dans l'air de la chambre, se dépose sur les meubles, les murs ; et si, comme dans les hôpitaux, par exemple, plusieurs femmes viennent y faire leurs couches, la plupart, quelquefois toutes, sont infectées.

Alors, par le fait de foyers successifs, le ferment se condense, et l'infirmière devient, pour les femmes qui s'y succèdent, une véritable nécropole.

Il est une source particulière d'où la contagion peut provenir et qui, du reste, a été signalée pour la fièvre puerpérale comme pour la fièvre typhoïde, ce sont les fosses d'aisances.

Lorsque la putridité s'est produite chez une accouchée, les liquides des lotions et injections, les déjections sont versés tout infectés dans la fosse. Ces mêmes matières, le placenta, les caillots, lors même qu'ils ne sont pas infectés, pourront

trouver dans la fosse les conditions de la fermentation putride.

Le ferment restera au fond de la fosse ou dans le tonneau, ou s'élèvera jusqu'à la lunette pour infecter les femmes qui s'y présenteront, et se répandra dans l'appartement, selon qu'il y aura un courant descendant ou ascendant.

Lorsque la température de l'atmosphère sera plus élevée que celle de la fosse, l'air de cette dernière, plus dense, puisqu'il sera moins chaud, restera en place et avec lui le ferment. Si le contraire a lieu, l'air de la fosse, plus chaud que celui de l'atmosphère, s'échappera par la lunette, entraînant avec lui le ferment. C'est ainsi qu'en hiver les vapeurs s'échappent des égouts et des caves.

La contagion par les fosses d'aisances devrait donc être plus fréquente en hiver qu'en été. C'est ce qui a été observé.

On devrait pouvoir suivre le ferment putride dans le trajet des égouts, ainsi qu'on l'a fait pour la fièvre typhoïde, désignée par les Anglais sous le nom de fièvre des égouts.

Enfin, puisqu'il a été constaté que le virus typhique, jeté avec les déjections dans une fosse, est allé, par filtration, à une certaine distance, infecter l'eau d'un puits et donner la fièvre typhoïde aux personnes qui avaient bu de cette eau, n'en serait-il pas de même du ferment putride ?

Il est encore d'autres sources d'où peut provenir l'infection : une plaie en suppuration, un érysipèle, la scarlatine.

Le trait d'union entre la fièvre puerpérale et ces deux dernières maladies est encore moins bien établi qu'entre cette même fièvre et les foyers putrides étrangers.

IV. *Voies d'infection.* — Pour pénétrer dans l'économie, il faut, dit-on, une *porte ouverte*, c'est-à-dire une plaie à la peau ou aux muqueuses. Chez l'accouchée, cette porte ouverte se trouve dans les organes génitaux. Or, c'est dans leur intérieur qu'existe le foyer d'infection que j'appellerai *endogène* ; c'est dans leur voisinage que se trouve le foyer qui se développe dans la couche ; c'est encore dans leur intérieur qu'est porté du dehors le ferment putride, par le doigt de l'accoucheur.

Que le foyer soit endogène, qu'il soit exogène, c'est dans les voies génitales que se fait habituellement l'infection.

Toutefois, certains faits feraient présumer que l'absorption du virus septique peut se faire par d'autres voies qu'une plaie. On pense de la fièvre grave qui se déclare quelques heures après l'accouchement, pendant le travail ou même avant ; de ces cas

de contagion observés, chez des élèves sages-femmes, à la Maternité de Paris? Y a-t-il eu toujours une porte ouverte?

V. *Incubation*. — L'incubation du virus est de très courte durée. Lorsque le foyer s'est développé dans les organes de la femme, on constate la réaction presque en même temps que la putréfaction. Or, celle-ci se manifeste à une distance variable de l'accouchement. Quelquefois, après 24 heures, le plus ordinairement à la fin du second jour, quelquefois le quatrième ou le cinquième. Lorsque l'infection vient du dehors, la réaction la suit toujours de près.

VI. — *Réaction*. — La réaction se traduit par des phénomènes locaux et généraux dont l'intensité peut présenter tous les degrés, depuis un simple mouvement fébrile jusqu'à l'accès pernicieux, presque foudroyant.

L'infection par une plaie débute ordinairement par des accidents locaux qui consistent en une inflammation suppurative des veines et des lymphatiques déchirés.

1^{re} période. — Un point douloureux avec sensation d'empatement, perçue par la main, se manifeste sur l'un des côtés de l'utérus, quelquefois sur l'utérus lui-même. La douleur, plus ou moins vive, est augmentée par la pression et certains mouvements. Elle s'accompagne d'un mouvement fébrile, d'intensité variable, qui a débuté par du frisson ou une simple sensation de refroidissement suivis de chaleur et d'un peu de sueur.

Nous n'avons encore ici qu'un accident local, limité, consistant dans l'inflammation d'une plaie, donnant rapidement lieu à la suppuration des vaisseaux et accompagné d'un mouvement de fièvre à type rémittent.

Cet accident local passe souvent inaperçu, faute d'exploration. La fièvre qui l'accompagne est prise, lorsqu'elle se déclare le premier jour, pour une fièvre de courbature due à la fatigue du travail, le second jour pour une fièvre de lait hâtive, et le mal ne donne l'éveil qu'à la seconde période qu'on prend alors pour le début de la maladie.

2^e période. — Le mal fait de rapides progrès, il se propage à tout l'utérus qui devient gonflé, douloureux, et dont les sinus contiendront du pus, comme les veines de la plaie. Il y a métrite avec vive réaction.

Dans quelques circonstances le péritoine n'est pas atteint. L'on voit surgir d'emblée, à la suite de l'accident local, et avec une métrite modérée, les symptômes de l'infection purulente : frisson ou plutôt tremblement violent suivi de chaleur

et de sueurs profuses, revenant par accès quotidiens, donnant lieu à des suppurations des cavités splanchniques, des viscères, des articulations, du tissu conjonctif.

L'infection putride donne quelquefois lieu à une réaction générale sans accidents locaux appréciables. Ceci se passe notamment dans l'infection par putréfaction du placenta dans l'utérus, surtout après une fausse couche, dans le cas de putréfaction du fœtus.

Cette infection occasionne une fièvre intense, dite putride, qui se termine par la mort en huit ou quinze jours, lorsqu'il n'y est pas porté remède.

Il est des cas d'une violence excessive, que je n'ai observés qu'à l'hôpital, dus certainement à un ferment étranger, la putréfaction n'ayant pas eu le temps de s'effectuer chez la femme atteinte, qui donnent la mort en vingt-quatre ou trente-six heures après l'accouchement et dont la réaction est considérée comme primitivement générale. J'ajouterai pourtant que, dans ces cas, l'autopsie m'a toujours révélé l'existence d'une péritonite purulente.

Enfin, lorsque le foyer est extérieur, — linges accumulés dans la chambre, matelas mouillés par l'eau de l'amnios, parfois, — il se manifeste, sans accident local, une réaction modérée, consistant en de simples accès de fièvre.

VI. *Pronostic.* — On voit, par ce qui précède, toute la gravité de l'infection putride. Si, dans de rares circonstances, elle ne donne lieu qu'à de légers accidents, le contraire est la règle.

Du reste, ces accidents bénins, cette gradation dans la gravité qui arrive jusqu'à l'accès pernicieux, s'observent ici comme dans la plupart des maladies contagieuses, fièvre typhoïde, choléra, fièvres éruptives.

La gravité des accidents est probablement en rapport avec la quantité de virus, avec son accumulation, — les accidents foudroyants ne s'observent que dans les hôpitaux — avec la persistance du foyer, comme aussi avec certaines conditions individuelles ou atmosphériques qui nous échappent.

Tant que le foyer existe, l'infection et ses accidents persistent et s'aggravent, si l'action de ce foyer n'est pas atténuée par la soustraction de ses éléments ou la neutralisation de ses produits.

VII. *Prophylaxie.* — Elle consiste à empêcher la fermenta-

tion et la contagion venant du dehors, et à combattre la putridité.

1^{re} *Empêcher sa fermentation.* — Après l'accouchement on devra enlever avec soin les matières putrescibles, placenta, membranes, caillots. — Dans les campagnes on enfouit le placenta. Cette pratique est plus salubre que de le jeter dans la fosse d'aisances; changer toutes les parties de la couche souillées par le sang et autres liquides; faciliter l'écoulement du sang, et plus tard des lochies, en donnant plusieurs fois par jour à la femme une position déclive à l'aide d'oreillers, ou mieux en la faisant asseoir pour donner le sein, prendre ses repas, se mettre sur le vase; — Le lit sera fait tous les jours. La rareté de l'infection putride dans les campagnes ne tiendrait-elle pas à ce que la femme se levant dès le second jour, quelquefois même le premier, les caillots et les lochies ne peuvent séjourner dans les organes.

On recevra les lochies sur une serviette qu'on remplacera aussi souvent qu'elle sera mouillée. Les draps, les alèzes, le matelas lui-même, s'ils sont souillés, seront enlevés. — Deux injections par jour avec une solution d'acide borique. — Renouveler l'air de la chambre dans laquelle on fera évaporer de l'azotite d'éthyle. — Si le lit est dans une alcôve, l'en retirer. — 2^e *Empêcher la contagion venant du dehors.* — Éviter tout rapport avec le foyer étranger est le vrai moyen préservatif. Malheureusement la chose est bien difficile. Comment la femme en couches serait-elle secourue si elle n'avait à sa portée qu'un accoucheur ou qu'une sage-femme qui donneraient en ce moment des soins à une femme infectée, et qui, par ce fait, ne devraient pas répondre à son appel?

L'accoucheur ou la sage-femme doivent, avant de sortir de chez la femme infectée, ou de chez un malade atteint de suppuration, d'érysipèle, se laver les mains avec de l'eau contenant un désinfectant, l'acide borique de préférence, puis s'aromatiser des mains et les vêtements avec de l'azotite d'éthyle. Une autre précaution, dont ils doivent se faire une loi, c'est de réserver leur dernière visite pour la femme infectée.

C'est une bonne mesure que d'interdire les visites pendant les couches, surtout en temps d'épidémie. La précaution peut paraître rigoureuse et je n'ai aucun fait pour l'appuyer. Toutefois ne pourrait-il pas arriver qu'une personne se rendit chez une accouchée saine en sortant de chez une femme infectée?

laquelle elle aurait pu rendre quelque petit service de garde-malade ?

3° *Combattre la putridité.* — Lorsque la putridité est effectuée, on s'appliquera à la neutraliser par les mêmes moyens que nous avons indiqués pour empêcher la fermentation; on les emploiera plus énergiquement. Les injections vaginales antiputrides seront renouvelées toutes les quatre heures, nuit et jour. On ne les cessera que lorsque toute odeur putride aura disparu depuis plusieurs jours.

On ira au-devant de l'infection putride en administrant une potion à l'acide borique, trente centigrammes de sulfate de quinine, matin et soir, quatre grammes de quinquina calisaya en infusion dans deux cents grammes d'eau, à prendre cinquante grammes toutes les six heures.

VIII. *Traitement de l'infection putride et de ses accidents.* — L'infection putride a eu lieu. Tout en continuant à combattre la putridité, ce qui est indispensable, il faut poursuivre le ferment dans l'économie par la potion à l'acide borique, les inhalations d'azotite d'éthyle, et attaquer les accidents qui se manifestent.

Si l'on a affaire à ces cas légers qui se traduisent par un simple mouvement fébrile, le plus ordinairement rémittent, quelquefois intermitent, on se bornera à administrer le sulfate de quinine et le quinquina à dose ordinaire. Si le mouvement fébrile est très-intense, on forcera la dose des fébrifuges et des antiputrides.

Il ne faut jamais négliger l'exploration de l'abdomen.

Au moindre soupçon d'une inflammation locale, on appliquera sur le point douloureux des cataplasmes froids renouvelés toutes les cinq minutes, ou mieux de la glace concassée contenue dans une vessie en caoutchouc, qui devra être regarnie aussitôt que la glace sera fondue, à peu près toutes les deux heures. Le réfrigérant devra déborder en tous sens le point malade. Si l'utérus, si le péritoine sont envahis, les cataplasmes froids ou les vessies de glace devront recouvrir, dans le premier cas tout l'hypogastre, dans le second tout l'abdomen.

Le froid sera appliqué d'une manière continue et avec persévérance, concurremment avec le sulfate de quinine et le quinquina.

L'infection purulente exige une lutte active, persévérante, à l'aide de la médication interne déjà indiquée. Le sulfate de

quinine à la dose de 1 gramme 50 et le quinquina à la dose de 10 grammes en infusion, chaque jour.

Le résultat dépend principalement de l'importance des organes envahis par la suppuration. — Dans les cas où le cerveau a été atteint, nous avons toujours observé une terminaison fatale, différée quelquefois jusqu'au trentième jour.

Au contraire les malades ont résisté deux ou trois mois et ont fini par guérir, lorsque les abcès s'étaient déclarés dans les articulations, les seins, à l'aîne.

Les érysipèles, dans l'infection putride, qui se montrent ordinairement aux fesses, aux parties génitales, sont traités avec succès par les cataplasmes froids, le sulfate de quinine et le quinquina.

Dans tous les cas il faut donner des aliments.

REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

Litholapaxie ou lithotritie rapide avec évacuation par le procédé de Bigelow. — Sous ce titre, M. Terrillon étudie une nouvelle méthode de lithotritie, employée depuis quelque temps déjà en Angleterre et en Amérique, et qui compte déjà maintenant en France quelques partisans.

La méthode de Civiale, la seule en honneur jusqu'ici, a pour inconvénient de laisser dans la vessie, sans se préoccuper de leur évacuation, les fragments du calcul morcelé par le lithotriteur. Ces fragments sont plus tard entraînés par l'urine pendant la miction, mais non sans déterminer, au moment de leur passage dans l'urèthre les plus vives douleurs; d'où le précepte de répéter les séances de lithotritie, de façon à ne broyer chaque fois qu'une portion du calcul, afin que les fragments en petit nombre soient plus faciles à expulser.

Sans doute l'anesthésie, bien que privant le chirurgien de renseignements utiles sur la sensibilité de la muqueuse permet en rendant la vessie plus tolérante de prolonger les séances et d'extraire beaucoup plus rapidement le calcul. Mais, pour être atténués par le sommeil anesthésique, les inconvénients que nous avons signalés n'en existent pas moins. Ainsi le procédé de Bigelow, qui permet le broiement complet en une seule

séance et l'évacuation de tous les fragments, constitue-t-il un progrès qui mérite toute l'attention des chirurgiens.

L'opération telle que la pratique Bigelow comprend deux temps : le premier qui a pour but le broiement du calcul, ne diffère en rien de ce qui se pratique dans la méthode de Civiale : mêmes instruments, même manuel opératoire. Tout l'intérêt réside dans le second temps de l'opération qui a pour but l'évacuation complète des débris du calcul. M. Terrillon l'expose de la façon suivante :

L'appareil instrumental se compose de cathéters spéciaux et d'un appareil aspirateur s'adaptant au pavillon du cathéter.

Les cathéters métalliques, recommandés par Bigelow, sont en général de gros calibre ; ils correspondent aux numéros 27, 28, 29, 30, 31 de la filière Charrière ; ils sont donc notablement plus volumineux que ceux que nous employons en France ; mais leur volume n'est pas exagéré puisqu'il a été démontré anatomiquement que l'urèthre de l'homme pouvait supporter sans lésions un instrument correspondant au numéro 33 de la filière Charrière. Généralement ces instruments doivent être droits ; ils sont munis à leur extrémité d'un orifice latéral assez large pour laisser passer un corps ayant le volume de leur diamètre intérieur.

L'introduction de ces instruments est délicate, souvent difficile et demande des précautions spéciales pour ne pas blesser l'urèthre ; c'est là leur principal inconvénient. Le cathéter chemine facilement dans la portion spongieuse jusqu'au cul-de-sac du bulbe ; mais on doit cependant agir très lentement de manière à ce que la muqueuse se déplisse et ne puisse se rompre. Chez quelques sujets, il faut pratiquer le débridement du méat.

Arrivé au collet du bulbe, l'extrémité de l'instrument se trouve arrêtée ; on pratique alors la manœuvre suivante : l'instrument étant ramené légèrement en arrière, on exerce sur la verge une traction suffisante pour la tendre sur l'instrument, puis celui-ci étant abaissé entre les cuisses du malade de façon à devenir parallèle au tronc, on le pousse dans la direction de la vessie en lui imprimant de légers mouvements de rotation. Dans quelques cas, on se trouvera bien de diriger le bec de l'instrument avec le doigt appuyé sur le périnée on introduit dans le rectum.

Il faut ensuite pratiquer l'évacuation. L'appareil dont on se sert pour cela se compose d'un ballon de caoutchouc très épais,

assez élastique pour reprendre sa forme après avoir été comprimé. « L'extrémité supérieure du ballon est munie d'un ajustage tubulé portant un robinet et surmonté d'un petit entonnoir. L'extrémité inférieure est également garnie d'un ajustage métallique se terminant en bas par un réservoir en verre. Sur les côtés de l'ajustage est annexé un tube latéral auquel est adapté un robinet. Grâce à un jeu de robinets qu'il serait trop long d'expliquer, on peut introduire de l'eau dans l'appareil sans faire pénétrer l'air dans la vessie. »

En résumé ce qui constitue le perfectionnement de la méthode, c'est l'introduction d'un cathéter immédiatement après le broiement complet, et l'aspiration des fragments par la poire de caoutchouc.

Généralement les chirurgiens américains, donnent la préférence à l'éther sur le chloroforme, comme agent anesthésique : ils débarrassent en une seule séance la vessie des calculs qu'elle renferme. Pour cela, ils répètent les broiements et les évacuations autant de fois que cela est nécessaire pour vider complètement la cavité vésicale. Cependant ils jugent imprudent de prolonger leurs séances au-delà d'une heure.

Les résultats obtenus jusqu'ici par la litholapaxie démontrent que cette méthode, rationnelle au point de vue théorique, n'offre, pratiquement, aucun danger. Bien au contraire, les chirurgiens qui l'ont employée, tant en France qu'à l'étranger, paraissent reconnaître que ce *modus faciendi* offre sur le procédé de Civiale, de précieux avantages. Les statistiques publiées jusqu'à ce jour sont d'ailleurs très encourageantes :

Bigelow sur 17 opérés n'en a perdu qu'un seul. Thompson à la fin de l'année dernière avait déjà pratiqué 48 fois la litholapaxie ; Keys et Buren, 21 fois. Enfin un résumé de 107 cas ne donne au D^r Rouxeau que 6 terminaisons funestes, soit une mortalité de 5 pour 100.

En France, la pratique de Bigelow a été plus rarement mise en œuvre. M. le professeur Guyon, admet volontiers le principe de la lithotritie en une seule séance ; mais il préfère, aux instruments de Bigelow, des cathéters d'un plus petit calibre, et prolonge moins longtemps la séance. Il recommande, afin de ne pas blesser la muqueuse vésicale, de ne jamais broyer le calcul une fois saisi, sans s'être préalablement assuré, par de légers mouvements imprimés à l'instrument, que la muqueuse n'est pas pincée. De plus, pour prévenir les accidents consécutifs (qui d'ailleurs sont en tout semblables à ceux

qui suivent la lithotritie de Civiale), il emploie généralement les injections intra-vésicales avec une solution d'acide borique à 3 grammes pour 100. Boëkel, de Strasbourg, préfère les lavages intra-vésicaux avant et après l'opération avec de l'eau phéniquée faible. La méthode trouve un autre partisan en M. Monod, qui a pu récemment en deux séances, de deux heures et demie chacune, broyer et expulser un calcul vésical pesant 50 grammes; son malade était complètement guéri au bout de dix jours.

Pseudo-érysipèle de la face provoqué par l'application sur la poitrine d'un emplâtre de thapsia. — Notre distingué collègue M. J. Comby, publie dans la *France médicale* deux faits d'éruption généralisée provoquée par l'application d'un emplâtre de thapsia. Les faits de ce genre sont bien connus; mais ce qui fait tout l'intérêt de la note dont nous parlons, c'est la forme particulière de l'éruption qui eût pu, à un examen superficiel, en imposer pour un érysipèle.

Une femme de 29 ans se fit appliquer, d'après les conseils d'un pharmacien, sur le devant de la poitrine, un large emplâtre de thapsia, qu'elle enleva au bout de 12 heures. A ce moment, la peau était rouge et couverte de milliers de vésicules.

Bientôt la joue gauche présenta une rougeur et un gonflement insolite qui s'étendirent peu après sur toute la face, et particulièrement aux paupières. Des vésico-pustules et, sur quelques points, de véritables bulles ne tardèrent pas à se montrer. Le deuxième et le troisième jour, le gonflement et la rougeur augmentèrent pour disparaître le quatrième. Le front fut envahi jusqu'à la racine des cheveux; de nombreuses phlyctènes se montrèrent sur les joues et à la racine du nez et la couche épidermique s'enleva complètement par lambeaux.

La seconde observation est relative à un homme de 23 ans. Chez celui-ci encore l'éruption se comporta comme dans le cas précédent, seulement les vésico-pustules ne se localisèrent pas à la face, les bourses furent aussi envahies.

Ces faits s'expliquent aisément. Le thapsia détermine, en général, une cuisson assez pénible qui incite le malade à se gratter; les doigts vont alors semer l'irritation sur d'autres points de la surface cutanée. Reconnaître la nature de l'érup-

tion est en général chose aisée : l'absence d'engorgement ganglionnaire, l'absence de fièvre jointes à la connaissance de l'application d'un thapsia feront tout de suite écarter l'idée d'un érysipèle. D'ailleurs la marche est différente : dans l'érysipèle la plaque procède par envahissement graduel des parties ; l'éruption du thapsia s'installe, au contraire, d'emblée, dès le premier jour, sur tous les points qu'elle doit intéresser.

De l'action thérapeutique du sang dans la phthisie pulmonaire. — Ce n'est pas une médication nouvelle que le docteur Bernoud vient proposer dans la note que publie le *Journal de thérapeutique* (1) ; c'est plutôt, comme il le dit lui-même, une exhumation ; mais les résultats de trois années d'expériences sur l'application du sang au traitement de la phthisie pulmonaire le poussent à essayer de convaincre ses confrères de l'utilité de ce moyen.

Ce n'est pas dans les périodes avancées de la maladie qu'il faut prescrire le sang, il est alors complètement impuissant ; mais il rendra certainement de grands services aux tuberculeux porteurs de lésions récentes et peu étendues.

Le *modus faciendi* est très simple : le malade va le matin à l'abattoir, commence par boire à jeun, un verre de sang de bœuf fraîchement tiré, puis si les vomissements ne surviennent pas, il en prend deux verres au bout de quelques jours.

Cette médication doit être suivie, à l'exclusion de toute autre, pendant un an, au moins.

Facilité des garde-vobes, apaisement de la toux, retour de l'appétit, tels sont les effets constants rapidement obtenus par ce moyen.

A l'appui de ses conclusions, M. Bermond ne donne qu'une seule observation, mais il a en main des faits nombreux et probants, et sa confiance dans le remède qu'il préconise est telle, qu'il ne craint pas de proposer de faire abattre dans chaque quartier de Paris un certain nombre de bœufs, pour éviter aux pauvres malades la perte de temps et la fatigue d'un voyage aux abattoirs.

F. LEPRÉVOST.

Formulaire :

1° *Solution contre le prurit* (Dozon).

Lait d'amandes 500 grammes.

(1) 10 octobre 1881.

Sublimé 0,25 centigr.

Chlorhydrate d'ammoniaque, 0,25 centigr.

2^e Dans le même but, Delioux de Savignac emploie :

Infusion de mauve, 1 litre.

Eau de laurier-cerise 50 grammes.

Sous-borate de soude, 10 grammes.

(Jour. des con. médicales.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du 25 octobre.

Présidence de M. LEGUEST.

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet la formule d'un remède contre la rage, trouvé par un scieur de long.

Le papier du ministère est bien mal employé.

M. Cornil lit une note sur les bactériidies de la lèpre. Il y a maintenant des bactériidies partout.

Les micrographes d'hier connaissent les *corpuscules*, les *éléments figurés*, les *cellules organisées*; aujourd'hui, à la première apparition d'une forme quelconque dans une humeur, dans un tissu, on apprête tout l'attirail de l'inoculation, de la virulence, de la contagion. Il ne faut pas s'en émouvoir outre mesure : c'est le roman de la bactériodie, généralisée sous le nom de *Microbe*, qui a suscité tout ce bruit. Quand le fantôme de la bactériodie se sera complètement évanoui, on se prendra à quelque autre hypothèse.

Mais, pour l'heure présente, on cherche et on découvre le microbe de toutes parts : il est dans le charbon, dans la clavelée, dans la fièvre paludéenne, dans l'infection puerpérale, dans la rage, dans le choléra des poules, etc. On ne l'a pas encore vu, mais on le verra, dans la scarlatine, la variole, la syphilis, la fièvre typhoïde, le choléra, la péripneumonie des bêtes ovines, etc.

En attendant, M. Cornil l'a étudié dans les tubercules lépreux, dans le sang, les testicules, le tissu conjonctif des malades atteints de la lèpre.

Le microscope de M. Cornil a mis sous nos yeux des pré-

parations de bactériidies qui nous ont présenté des filaments, des tissus, des formes enfin, provenant d'huméurs ou de tissus altérés par la maladie. C'est intéressant, soit, mais cela ne nous apprend pas grand'chose.

M. Lancereaux est plus catégorique. Il rapporte un fait de contagion variolique, d'une parfaite clarté. Un individu, ayant la variole à la période de dessiccation, quitte Sedan pour Vouziers et s'arrête deux fois en route. Dans chaque maison où il fait halte, la variole éclate quelques jours après son passage. Il arrive à Vouziers, entre à l'hôpital : là, nouvelle explosion de variole, laquelle s'étend jusque dans la ville.

M. Leblanc adresse une réplique à M. Bouley relative à la prétendue efficacité de l'inoculation contre la péripneumonie des bêtes bovines. Nos lecteurs auront la primeur de cet excellent travail.

Voici textuellement le discours prononcé par M. Leblanc :

MESSIEURS,

Je ne veux pas abuser des moments de l'Académie et rentrer dans la discussion générale ; loin de moi la pensée de discuter la valeur des faits positifs et des faits négatifs ; à mon avis, cette distinction subtile n'existe pas dans la pratique médicale. Tout fait d'observation, qui prouve l'inefficacité de l'inoculation willemssienne, est un fait aussi positif que le résultat d'une expérience de laboratoire ; du reste, on peut discuter longtemps sur ce point sans s'entendre et je n'insiste pas. Mon honoré collègue, M. Jules Guérin, a défendu mieux que je ne pourrais le faire la valeur de l'observation, et il a prouvé que si l'expérimentation a son côté utile, bien souvent les expérimentateurs agissent avec une idée préconçue suivant les résultats obtenus. Je me bornerai donc à revenir sur quelques points de la question spéciale traitée par mon ancien professeur, dont l'éloquence a eu le privilège de dissimuler les points faibles relevés par moi dans sa lecture du 6 septembre ; je défends les doctrines qu'il m'a enseignées avec tant de talent et je reste convaincu de leur vérité.

En discutant les conclusions de mon travail, il a nié la spontanéité et il a avoué que son opinion avait changé complètement ; cependant les faits sont restés les mêmes et seule l'interprétation a varié. Je vais vous en citer un exemple. Dans une ferme des environs de Tonnerre la péripneumonie contagieuse se déclare le 15 septembre ; depuis quarante-deux ans on li

n'avait vu qu'une seule fois cette affection régner dans la contrée; quatre bêtes meurent, aucune d'elles n'avait quitté la ferme; une cinquième qui, le 13 juin, était revenue de l'Exposition de Paris, est atteinte à son tour; tout le restant de l'étable, composé de vingt-cinq à trente têtes, fut pris. Voilà le fait. Pour M. Bouley, qui a lu l'observation envoyée par M. E. Thierry, vétérinaire à Tonnerre, les quatre premiers cas observés chez des animaux restés à la ferme sont dus à la contagion apportée par la cinquième bête prise et revenue de Paris depuis deux mois; on n'avait observé chez elle aucun symptôme de maladie, elle n'a été reconnue malade qu'après la mort de quatre autres vaches; peu importe. Elle venait de l'Exposition, donc c'est elle qui a été le véhicule de la maladie contagieuse, dont on ne peut accepter le développement spontané. Pour moi, je considère ce cas comme une preuve en faveur de la spontanéité. Du reste, il est impossible de contenter les anti-spontanéistes exclusifs; il faudrait que l'animal atteint de maladie contagieuse eût été séquestré dès sa naissance et qu'il n'eût subi le contact d'aucun être vivant, pour qu'ils admissent un cas de spontanéité; il est donc inutile de chercher à les convaincre. Comme Delafond, ils ont leur siège fait; lui, communiquait la morve et il ne voulait pas la reconnaître; eux voient naître la maladie sans qu'on puisse trouver trace de contagion et ils refusent de croire à l'évolution spontanée de toute maladie virulente. J'ai cru devoir parler du typhus des bêtes bovines et dit qu'il naissait dans les steppes de l'Asie; M. Bouley m'a répondu que dans les steppes la contagion régnait en maîtresse; il nous a montré des cadavres, soit abandonnés sur la terre, soit enfouis, devenant une cause permanente de contagion; je lui demanderai comment expliquer l'innocuité des milliers de cadavres enfouis en France pendant les années 1871 et 1872; tous ces animaux sont bien morts du typhus, et, cependant, depuis 1872, jamais nous n'en avons observé un seul cas; on a pu faire pâturer sur les fosses des animaux de même espèce ou d'autres ruminants sans constater un seul cas de cette contagion invoquée par mon savant contradicteur, comme la cause unique de la peste bovine.

J'avais aussi dévoilé mon peu de croyance en la contagion par virus volatil; M. Bouley m'a répondu par l'expérience de mon éminent collègue et ami, M. Chauveau, qu'il déclare inattaquable. Cette expérience pêche par la base, du moment où il s'agit d'animaux placés dans la même étable; la personne

qui soigne les animaux et qui va de la bête malade à la bête saine porte sur ses habits ou sur ses mains des liquides pouvant transmettre la maladie; le tuyau lui-même peut servir de canal à ces liquides.

Combien de fois n'a-t-on cité des cas où la maladie avait sauté du bout d'une étable à l'autre au lieu de se propager de proche en proche! En faisant une enquête je découvrais qu'on avait changé les animaux de place ou distribué les aliments placés devant la bête malade et refusés par elle, aux autres animaux doués d'un bon appétit. On invoquait la contagion par virus volatil, alors qu'il y avait contagion par contact avec absorption du virus. Donc l'expérience citée ne me paraît pas concluante; pour me convaincre il faudrait placer les animaux dans deux locaux séparés, ne laisser entrer dans chacun d'eux que des personnes n'allant pas dans nul autre, percer le mur à la partie supérieure de manière à laisser passer l'air; si, après avoir choisi et ausculté le sujet sain, je le vois devenir malade, je serai convaincu; il faudra en outre que ce sujet ait été séquestré plus ou moins d'avance; qu'il n'ait pas voyagé et qu'il ait été soigné pendant la durée de la séquestration par une personne n'entrant jamais dans une étable.

Tout en combattant mes deuxième et troisième conclusions M. Bouley a dû convenir que l'inoculation du sérum pulmonaire ne provoquait pas le développement d'une maladie analogue à la pleuropneumonie contagieuse et qu'en cas de mort on ne trouvait aucune des lésions de cette affection. Il refuse toute importance à la lésion anatomique et il invoque le virus, ou le ferment ou le microbe (à trouver). Qu'il me permette de lui faire remarquer qu'il n'est plus question de démonstration expérimentale et qu'il fait une pure hypothèse. A l'appui de son opinion, il rappelle les cas de variole sans pustule, de fièvre typhoïde sans éruption intestinale; mais, ces faits sont exceptionnels et dans le cas présent c'est la règle; il n'y a donc aucune analogie possible. Le fait positif, indéniable est celui-ci: vous inoculez de la sérosité pulmonaire et vous obtenez ou un effet nul ou une inflammation locale, qui se termine fréquemment par la gangrène; jamais on n'a constaté aucun des symptômes de la maladie et spécialement la toux caractéristique, comme M. Guérin l'a si bien fait observer. Si l'animal meurt, on ne trouve d'autre lésion que la gangrène propagée par contiguïté de tissu. L'argumentation brillante de mon

honoré collègue ne peut prévaloir contre ce fait positif, je m'en rapporte aux auditeurs non prévenus.

J'arrive à ma quatrième conclusion; j'ai cité, parmi un grand nombre d'observations parvenues à ma connaissance, trois d'entre elles ayant un cachet de grande précision et prouvant que souvent l'inoculation est impuissante à conférer l'immunité : Mon honorable contradicteur admet que, dans ce cas, les animaux n'ont pas été inoculés en réalité, soit que le liquide ne fût pas virulent, soit qu'il enfermât des microbes antagonistes, soit que la densité des tissus ait empêché l'absorption, soit que l'hémorrhagie ait entraîné le virus de la plaie, soit tout autre cause à déterminer.

Je ne puis accepter ces explications et je rappelle les cas où la maladie s'est déclarée sur des animaux tellement bien inoculés qu'on avait dû amputer la queue. On ne peut invoquer le manque d'habitude, quand le même vétérinaire ayant obtenu des résultats heureux dans un pays récolte des insuccès en inoculant dans une autre région et sur des animaux de race différente (1) : que dire de la densité des tissus et des hémorrhagies consécutives ? Chaque fois qu'on inocule à la queue les tissus sont denses et les hémorrhagies très rares. Du reste les circonstances varient fort peu quand on opère dans une même région : et les objections ne se présentent jamais, si la maladie cesse. Si elle persiste on cherche une excuse vague telle que *tout autre cause à déterminer*. Nous sommes bien loin de la précision scientifique ; il en est de même pour les microbes antagonistes ; on n'a pu encore trouver le microbe de la pleuropneumonie et encore moins son antagoniste ; mieux vaut ne pas les invoquer.

La cinquième conclusion fixant la durée de la préservation à six mois ne m'appartient pas ; elle m'a été suggérée par les partisans de l'inoculation ; donc il n'y a pas à la discuter. Quant aux expériences de réinoculation j'ai établi qu'elles étaient tout au moins douteuses sinon défavorables à la doctrine de l'immunité conférée par une première inoculation ; il faut recommencer ces expériences dans des conditions sévères et attendre leur résultat.

J'arrive pour terminer aux mesures de police sanitaire prescrites par la nouvelle loi et spécialement à l'inoculation obligatoire ; cette mesure ne figurant ni dans le projet ministériel

(1) Rapport sur un travail de M. Bouley (Alfred) Société centrale. — Année 1879, pages 221 et suivantes.

ni dans la loi votée par le Sénat ; du reste il n'était pas non plus question d'indemnité : ces deux dispositions ont été introduites dans la loi amendée et elles ont été combattues par le rapporteur de la commission ; elles ont été adoptées malgré son opposition ; inutile d'indiquer les causes qui ont motivé l'amendement et provoqué son adoption. Le fait est que ni le comité des épizooties, ni le ministre, ni le Sénat, ni la commission de la Chambre n'étaient favorables à l'indemnité et à l'inoculation obligatoire ; je suis donc en bonne compagnie pour déplorer leur adoption. On a passé outre à la fin d'une session et pour arriver au bout de plusieurs années à obtenir cette loi sur la police sanitaire si longtemps désirée.

J'arrive maintenant à l'argument tiré par M. Bouley des succès obtenus en Hollande et qu'il a voulu rapporter à la pratique de l'inoculation : on pourrait partager son opinion, si cette mesure avait seule été imposée ; mais en même temps on prohibait toute importation de bétail étranger venant de Belgique, d'Allemagne ou d'Angleterre ; or la Hollande est un pays d'exportation et elle peut supporter cette mesure impossible à appliquer en France ; dans notre pays, qui a reçu, en l'année 1879, 237,847 têtes de gros bétail, et en 1880, 202,143 têtes, l'importation sera toujours une des principales causes de la propagation de la pleuropneumonie et l'on ne peut l'arrêter sous peine de nuire à l'alimentation et de faire hausser le prix de la viande déjà très élevé.

Voilà donc une différence notable entre la situation des deux pays.

La seconde mesure prise a été l'abatage non seulement des animaux malades, mais encore d'un certain nombre de bêtes suspectes, comme le constate la lettre de M. Van Cappell, rectifiant la note du docteur Willems ; la ville de Schiedam et ses environs sont seuls exempts de cette mesure ; là seulement on peut contrôler les effets de l'inoculation, qui a d'abord produit une mortalité variant de 1,14 à 1,29 0/0 ; en outre, ce que ne dit pas la lettre de M. Van Cappell, c'est qu'en 1879, on a reçu à l'abattoir de Schiedam seulement 479 bêtes atteintes de péripneumonie et qu'en 1880, année où la maladie a été en décroissance partout, on a encore constaté 177 cas, sans compter les cas inconnus d'animaux abattus en dehors du district et en venant ; dans tout le reste de la Hollande, on n'avait abattu en 1879 que 142 animaux malades et en 1880 que 37 : il paraît clair que les mesures de police

sanitaire donnent, sans inoculation, un résultat supérieur à celui de l'inoculation sans abatage. Si la Hollande obtient la disparition de la pleuropneumonie, on peut dire qu'elle le devra à l'application sévère de mesures, telles que la défense d'importation, l'abatage des bêtes malades ou suspectes et non pas à la pratique de l'inoculation. Nous aurions dû, en France, laisser les propriétaires livrer à la boucherie les bêtes malades, sans accorder une indemnité inutile à provoquer l'abatage, déjà volontairement exécuté, faire abattre dans quelques cas les bêtes suspectes en indemnisant les propriétaires et laisser l'inoculation facultative; en la rendant obligatoire, sans être certain de son efficacité on est forcé d'indemniser les détenteurs, en cas de mort, et rien ne prouve qu'on ne propage pas la maladie au lieu de l'arrêter.

Si vraiment on donne la pleuropneumonie, comme on le soutient, il est évident qu'en inoculant préventivement on risque de porter le mal dans les contrées où il est à peu près inconnu, et dans les arrondissements où on ne constate que des cas très rares. A tous les points de vue l'inoculation obligatoire est une faute; elle va grever le budget et coûter des sommes qui auraient été plus utilement employées à créer un service sanitaire; elle n'est pas appelée à donner des résultats autres que ceux obtenus par une application sévère des règlements de police sanitaire, et, je m'appuie pour le soutenir, sur ces mêmes statistiques hollandaises invoquées par M. Bouley. Malheureusement l'expérience va se faire en combinant tous les moyens et sans permettre de juger quel est le bon: il ne reste qu'une manière de juger la vertu du procédé Willems; c'est de renouveler avec plus de méthode les expériences de la commission de 1850. C'est le vœu que je formule à nouveau en terminant.

M. Legouest, président, annonce que la prochaine séance, au lieu de se tenir mardi prochain, se tiendra le jeudi suivant, à cause de la fête de la Toussaint.

Les vacances suivantes sont déclarées, sur la proposition du Conseil :

1^o Dans la section de pathologie médicale, pour remplacer M. Maurice Reynaud;

2^o Dans la section d'anatomie et de physiologie, pour remplacer M. Arm. Moreau;

ent cependant l'occasion de montrer dans un grand hôpital les qualités solides qui le distinguaient.

Élève affectionné de Nélaton, celui-ci fit de lui son aide, bientôt son lieutenant, et pendant longtemps Houël, en l'absence du maître, fut chargé du service chirurgical de l'hôpital des Cliniques, un des plus importants et des plus actifs de la capitale.

Notre collègue voua à Nélaton une reconnaissance qui ne s'arrêta pas au tombeau, et vous pouvez vous souvenir de la chaleur avec laquelle il défendait son maître quand il croyait voir dans nos discussions une attaque, si légère qu'elle fût, dirigée contre sa chirurgie.

Une voix plus autorisée que la mienne vous dira les nombreux titres scientifiques de notre collègue, soit comme membre des Sociétés anatomiques et de Biologie, soit comme conservateur du musée Dupuytren, admirable collection dont il était l'âme ; il ne m'appartient de le considérer que comme membre de notre Compagnie.

Plus ancien par rang de nomination que la plupart d'entre nous, il n'occupa que tard le fauteuil de la présidence, et je puis affirmer, sans crainte d'être démenti, qu'il mérita cet honneur par les plus rares qualités.

Représentant fidèle de la tradition, d'une exactitude exemplaire, d'une impartialité absolue dans la direction de nos discussions, il savait faire exécuter, dans toute sa vigueur, le règlement dont le moindre article lui était familier et se conciliait pourtant, par son extrême urbanité et sa grande bienveillance, la sympathie et l'estime de tous.

Longtemps encore après qu'il eut quitté le bureau, il était consulté par ses successeurs ; sa parole faisait foi et sa grande expérience ne se trouvait jamais en défaut, qu'il s'agit d'un précédent à invoquer ou d'une décision à prendre.

Il se savait, du reste, aimé dans notre Compagnie, assistait avec bonheur à nos séances, et ce dut être pour lui un profond chagrin que de renoncer à y paraître aussi souvent quand la terrible affection qui le minait depuis longtemps déjà le contraignit à prendre quelque repos.

Ce repos n'était pourtant pas absolu, car il donna jusqu'à son dernier jour ses soins aux élèves du lycée Saint-Louis, dont il était chirurgien, et c'est pendant son service qu'il fut mortellement atteint.

Ne le plaignons pas, messieurs. S'il est pour nous une mort

enviable entre toutes, c'est celle qui nous atteint sur notre champ de bataille; c'est celle qui nous frappe debout.

Pour moi, qui depuis de longues années, déjà avais reçu de Houël de nombreuses marques de bienveillance, c'est avec un profond sentiment de tristesse que je viens, tant en mon nom qu'au nom de la Société de chirurgie, saluer d'un dernier adieu devant cette tombe ouverte, un ancien président, un collègue aimé de tous, qui fut un honnête homme et un homme de bien.

M. Monod lit un rapport sur deux opérations de taille hypogastrique pratiquées par M. Bois (d'Aurillac).

Dans le premier cas la méthode avait été choisie par nécessité, le malade ayant eu dans sa jeunesse une coxalgie suppurée. Une pierre de 25 grammes fut extraite de la vessie et un simple robinet laissé à demeure dans le réservoir urinaire. On retira ce robinet cinq jours après l'opération. A la fin de la cinquième semaine le malade était complètement guéri.

La seconde taille hypogastrique fut pratiquée par M. Bois sur un enfant de quinze ans. Le chirurgien d'Aurillac employa le ballon rectal de Petersen. Deux jours après la sonde et le pansement étaient supprimés. La guérison fut complète dès le dix-huitième jour.

M. Bois se déclare en conséquence partisan de la taille hypogastrique dans tous les cas où la lithotritie ne peut être faite. Elle est très simple à pratiquer, expose moins que les méthodes périnéales aux infiltrations d'urine; elle ne s'accompagne enfin jamais de péritonite quand on prend la précaution de porter la séreuse en haut avec le doigt introduit en crochet dans l'angle supérieur de la plaie.

J'ai, poursuit M. Monod, pratiqué moi-même trois fois la taille hypogastrique. Mes résultats n'ont pas été aussi satisfaisants que ceux de M. Bois. C'est pourquoi je tiens à les exposer immédiatement.

1^{er} cas. — Homme de 63 ans. Calcul de 7 centimètres de long sur 5 centimètres et demi de large. Extraction très facile, sutures de la vessie et sutures de la plaie. Drainage, sonde à demeure dans la vessie. Le cinquième jour les sutures profondes sont retirées. Trois jours après, on enlève les sutures superficielles et la sonde. Le quinzième, enfin, le malade meurt d'érysipèle. Il ne restait plus qu'une fistulette sans importance.

2^e cas. — Même opération. Malheureusement je déchirai avec ma sonde cannelée le tissu cellulaire prévésical. Mort le cinquième jour. Pas d'infiltration d'urine, pas de péritonite, mais la cavité prévésicale est remplie de pus et de tissu cellulaire modifié.

3^e cas. — Calcul énorme sur lequel la vessie est spasmodiquement contractée. Impossible donc de l'aborder par l'urètre, impossible même par les méthodes périnéales. Malgré moi, je fais une troisième fois la taille hypogastrique. Le malade meurt également le troisième jour. Je n'ai pu faire l'autopsie, mais il n'y a eu ni péritonite ni infiltration d'urine. Je crois encore à une suppuration de la cavité prévésicale. Aussi je me demande s'il ne serait pas sage dans la taille hypogastrique de drainer l'espace rétro-pubien en circonscrivant la symphyse avec un drain.

Quoi qu'il en soit, messieurs, voici une question éminemment à l'ordre du jour. Vous savez que M. Gosselin en a fait l'objet d'un rapport à l'Académie. M. Théophile Auger l'a également traitée au Congrès de médecine de Londres. En Amérique, en Angleterre, en Allemagne, on possède déjà des succès très nombreux. Ne serait-il pas bon d'étudier la valeur de la taille hypogastrique à la Société de chirurgie et d'en faire l'objet d'une discussion spéciale.

M. Després. — La question a été portée bien des fois devant notre Société par Giraldès, défenseur si convaincu de la taille hypogastrique. D'autre part, on a eu de tout temps, en France, des succès isolés. J'en ai publié moi-même deux dans le *Bulletin de thérapeutique*, obtenus par un chirurgien de province, M. Dever, tous les deux chez de jeunes sujets.

D'autre part, j'ai vu la même opération déterminer la mort d'un vieux malade de mon père.

D'où il paraît résulter que la taille hypogastrique, excellente pour les bons cas, chez les jeunes sujets dont les urines sont claires et les reins intacts, ne convient pas aux vieillards dans des conditions pathologiques différentes.

M. Le Fort. — En réalité, nous n'avons pas en France une expérience suffisante pour trancher la question. Jamais la taille hypogastrique n'y a été pratiquée que pour les mauvais cas. Examinons les faits publiés à l'étranger, changeons notre pratique nationale et nous pourrions faire le procès des différents procédés de lithotomie.

Communication de **M. Terrillon** sur un cas de kyste

périostique du maxillaire avec saillie dans la cavité de la tumeur de la racine malade d'une dent. J'ai, dit le chirurgien, ouvert et lavé le foyer, réséqué la racine et laissé la dent en place, conservant ainsi l'organe et n'exposant pas la malade aux inconvénients d'un corps étranger en permanence dans la tumeur.

J'ai, d'ailleurs, été amené à cette pratique par les observations de greffe dentaire publiées par M. Magitot et pour les cas de trépanation de l'alvéole avec résection de la racine malade produits au Congrès d'Alger par M. Martin (de Lyon).

M. Magitot, répondant à M. Terrillon, dit que l'opération de M. Martin n'a pas encore reçu la sanction des faits.

A priori même, le dentiste de Paris ne craint pas de la condamner en raison de ses difficultés et de l'impossibilité dans laquelle elle laisse le chirurgien de pratiquer la résection complète des parties malades. La greffe qui, dans cent-huit cas n'a donné à M. Magitot que huit succès, est de beaucoup préférable.

Quant à l'observation de M. Terrillon, elle est extrêmement intéressante, et montre bien, en effet, la ligne de conduite à tenir dans les cas de ce genre.

D'ailleurs cette observation n'est pas isolée. MM. Magitot, Péan, et d'autres encore en ont publié de semblables.

M. Blum fait deux communications :

1^o Le chirurgien expose dans un chapitre d'ensemble l'affection vulgairement connue sous le nom de doigts à ressort et décrite pour la première fois en 1850, par M. Notta qui l'appelle nodosités de la gaine tendineuse des fléchisseurs.

M. Blum a observé trois fois cette singulière lésion.

Dans la première elle siégeait au pouce, que la malade ne pouvait fléchir normalement au-delà de 145°.

A ce moment, il y avait arrêt puis si l'on poussait la phalange, la flexion s'exagérait, en faisant ressort et en déterminant un bruit caractéristique. Pour redresser son pouce la malade se servait de sa main gauche ou bien elle s'assied sur l'angle formé par les deux phalanges.

Douleur à la pression metacarpo-phalangienne, sueurs froides et angoisses générales quand la phalange est fléchie. On sent à la face palmaire un petit corps lenticulaire. Le massage et les bains de vapeur, déterminent une amélioration considérable.

2^e cas. — Institutrice de 55 ans. Pas de rhumatismes. On sent un épaississement dans le tendon du fléchisseur du doigt

malade. Les symptômes sont les mêmes que ceux du malade précédent.

3^e cas. — Homme de 45 ans. Le ressaut est moins accusé et pas constant. Il n'y a plus de bruit. L'articulation correspondante est libre et indolente. On sent une nodosité allongée, piriforme, à sa partie antérieure.

En résumé, cette affection est caractérisée par les symptômes que nous venons de signaler. La flexion ne peut être portée au-delà de certaines limites variables suivant les cas. Si on l'exagère, la phalange se ferme comme un ressort à couteau. Le même phénomène se produit quand on en effectue le redressement.

Il existe dans la littérature médicale 16 autres observations analogues, ce qui porte à 19 le nombre total des cas. 14 ont été observés chez des hommes et 5 dans l'autre sexe.

M. Blum expose enfin la nature de l'affection qui serait pour lui une sérosité avec néoplasmes inflammatoires circonscrits.

2^e communication. — Deux cas de syndactylie dont l'un avec autopsie. L'affection pourrait être prise pour une absence congénitale de quelques doigts. Mais l'analyse attentive des éléments musculaires, vasculaires et nerveux qui conservent jusqu'à un certain point leur indépendance permet d'en reconnaître la nature réelle.

F. JOURN,

Interne des Hôpitaux.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES.

SECTION V. — CHIRURGIE.

Président : John Erichsen, esq., Prés. R. C. S., F. R. S. —
Vice-Présidents : Prof. E.-H. Bennett, M. D., de Dublin.
Prof. Humphry, M. D., F. R. S., de Cambridge. — W.-S.
Savory, esq., F. R. S., de Londres. — Secrétaires : H.-G.
Howe, esq., Thomas Smith, esq., Rickman, J. Godlee, esq.

Les bureaux de la section sont constitués dès le 3 août. M. le président prononce immédiatement son discours inaugural. L'espace nous manque pour analyser cette allocution dans laquelle exposant les débuts modestes de la chirurgie, le

Dr Ericksen nous montre cette science dans toute son expansion moderne, enrichie de découvertes nombreuses et considérables, audacieuse avec prudence et opérant chaque jour de véritables miracles. Le 4 août la section commence ses travaux proprement dits, travaux bien remarquables et sur lesquels malheureusement nous ne pouvons nous étendre aussi longuement que nous aurions aimé à le faire. Les représentants les plus autorisés de la chirurgie des deux mondes sont, en effet, présents. Sans parler de cette grande école anglaise si connue et si justement appréciée, tous les chirurgiens de l'école de Paris, Ollier, Langenbeck, Ronauder et tant d'autres que nous ne pouvons nommer ont tenu à se rendre à Londres et sont là chaque jour assistant assidûment aux séances. Nous sommes obligé de ne consacrer que deux articles à l'analyse de ces séances. Pussions-nous arriver à donner une faible idée de l'importance des nombreux et intéressants sujets que nous y avons entendu traiter.

A tout seigneur tout honneur. Ce sont les tumeurs abdominales qui font l'objet de la première discussion. Spencer Wells, le grand ovariétomiste anglais, prononce un discours d'introduction sur les progrès récents obtenus dans leur traitement chirurgical. Czerny d'Heidelberg, Charles Regher de Saint-Petersbourg, Marcy, de Boston, prennent ensuite la parole.

Nous entendons également M. Lawson Tait, de Birmingham, qui lit un mémoire sur le même sujet. M. Tait n'est pas listérien et cependant il a obtenu des résultats merveilleux. Toute tumeur franchement bénigne de l'abdomen ou du pelvis, menaçant la vie du malade ou gênant considérablement son existence, doit être examinée, dit-il, au moyen d'une incision exploratrice. Partant de ce principe, le chirurgien de Birmingham a ouvert l'abdomen dans plusieurs cas jusqu'alors réputés comme inaccessibles à l'intervention chirurgicale (calculs biliaires, kystes hydatiques du foie, grand kyste du même organe, kyste du rein, abcès de la rate, abcès du bassin, suppuration d'une trompe de Fallope, grossesse tubaire). Sur 36 opérations, il n'a eu qu'un décès dans un cas de grossesse des trompes. La mère était trop épuisée pour que la guérison fût possible, mais l'enfant a survécu.

Dans toutes ces observations M. Tait s'est simplement conformé aux principes suivants :

- 1° Opérer avant que le malade soit trop épuisé;
- 2° Ouvrir l'abdomen sur la ligne médiane;

3° Avoir bien soin d'éviter l'entrée du contenu des cavités attaquées dans le péritoine;

4° Fermer complètement la cavité péritonéale dans toute circonstance, ceci se faisant par la réunion de la plaie de la tumeur, par une suture continue, à la plaie de la paroi abdominale, préalablement au drainage de la cavité;

5° Isolement complet du malade de toute influence malsaine ou empoisonnée.

Le Dr de Zwaan, chirurgien en chef de l'hôpital municipal de La Haye, lit aussi un mémoire sur l'extirpation des tumeurs abdominales. Il intitule sa communication : Modifications apportées à l'extirpation sus-vaginale de l'utérus. (Opération de Péan). Que M. Zwaan nous permette de le dire, les conseils qu'il donne, les procédés qu'il préconise manquent un peu d'originalité. Mieux au courant de la manière d'opérer de Péan, il saurait, par exemple, que le grand ovariétomiste français fait tout ce qu'il peut pour protéger les organes abdominaux contre un refroidissement brusque et éviter de déranger la situation normale des intestins. Préconiser ces précautions ne suffit donc pas aujourd'hui pour annoncer une modification sérieuse aux procédés anciens.

Après le Dr de Zwaan, le Dr Pye Smith lit l'observation d'un cas de gastrotomie qu'il pratiqua pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. La malade put vivre dix-huit mois et demi après l'opération. M. Smith ne parle pas du procédé qu'il employa pour établir sa fistule gastrique. Il se tait également sur les tentatives de dilatation simple de l'œsophage qu'il dut évidemment tenter avant de se décider à faire la gastrotomie. Ces omissions nous obligent à faire quelques réserves sur la communication. En France, croyons-nous, on aurait pu éviter une intervention si radicale.

Des tumeurs de l'abdomen on passe naturellement aux hernies. Deux mémoires assez remarquables sont présentés sur le sujet. Dans le premier, M. W.-D. Spauton, revenant sur une idée bien vieille, bien des fois discutée par les chirurgiens de tous les temps et de tous les pays, et en définitive toujours considérée comme trop dangereuse pour être adoptée, préconise la kélotomie des hernies simples afin d'en obtenir, dit-il, la cure radicale. (A suivre.)

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

Dr ÉDOUARD FOURNIÉ.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

5 Novembre 1881

APPLICATION DES SCIENCES À LA MÉDECINE MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — Les localisations cérébrales au Congrès médical international de Londres, par le Dr Édouard Fournié (suite). — **1° De l'activité sensible.** — Sentir est un phénomène vital élémentaire, c'est un mode de vivre. Ajoutons, pour mieux préciser, que ce phénomène a son analogue dans le foie lorsque les acini sécrètent de la bile et dans les muscles lorsque les fibres-cellules sont excitées à se contracter. Ces trois ordres de phénomènes se distinguent : 1° par le résultat, qui est un produit chimique dans le foie, un produit mécanique dans le muscle, un produit sans analogue dans le cerveau, ici la vie semble se dégager des étreintes de la matière ; 2° par cette considération, que le réveil des propriétés des organes à produit chimique et à produit mécanique se produit sous une seule influence, sous l'influence des nerfs sensitifs, tandis que le réveil de l'activité sensible est provoqué par deux ordres d'excitation, l'un représenté par les nerfs sensitifs venant de la périphérie, l'autre représenté par les fibres intra-cérébrales.

Cette dernière distinction, absolument vraie, a une importance capitale : elle nous permet, en effet, elle nous oblige même d'examiner l'activité sensible sous deux aspects bien différents.

A. Activité sensible de cause périphérique. — Pour se faire une juste idée de cette activité, il faut considérer un cerveau vierge de toute impression et ouvrant pour la première fois la porte des sens au monde extérieur. Dans ces conditions, le cerveau sent par les yeux, par les oreilles, par le toucher, etc., etc., mais nous ne disons pas qu'il voit, qu'il entend, etc. Pourquoi cela ? Parce que voir, entendre c'est distinguer une impression d'image d'une impression de son et que cette distinction, le cerveau, tel que nous le considérons en ce moment, n'a pu la faire. Pour distinguer une impression d'image d'une

impression de son, il faut quelque chose de plus que *sentir*, il faut, pendant qu'on reçoit l'impression de l'image, sentir qu'on peut être modifié d'une autre façon par le son, et ce sentiment, on ne l'a que par le souvenir. Le souvenir, dans ce cas, fait plus que nous donner l'image d'une impression passée, il nous donne le *sentiment avec connaissance*, c'est-à-dire une image distinguée de toute autre, car mettre une image dans le souvenir fait supposer que l'esprit a relevé sur elle des caractères propres qui en font un tout défini et distinct.

Il résulte de ce qui précède que le cerveau, impressionné à travers les organes des sens et les nerfs sensitifs est modifié vitalement de manière à *sentir* simplement et qu'il n'*odore*, qu'il ne *voit*, qu'il n'*entend* qu'après avoir effectué un travail de comparaison et de distinction avec le secours du souvenir. Reste à savoir si le sentiment, le souvenir et le travail effectué en ces circonstances font partie d'une seule et même activité, autrement dit, si la cellule qui est modifiée par l'impression et qui *sent* est la même qui se souvient et qui agit. Pour nous la chose ne saurait être douteuse, c'est le même organe qui *sent*, qui se souvient et qui agit, car sentir, se souvenir et *agir sensitivement* ne sont que des diverses manières de sentir. Nous allons établir ce fait sur des preuves qui ne laissent aucun doute dans l'esprit.

B. *Activité sensible de cause intra-cérébrale.* — Lorsque le cerveau est impressionné à travers les nerfs sensitifs, il *sent* simplement et les *entrer*, dans ces conditions, avons-nous dit, est un phénomène vital élémentaire, indécomposable, tout d'une pièce comme tout phénomène élémentaire doit être. Or, quand nous sentons avec *souvenir*, avec *connaissance*, le sentiment ainsi développé n'est plus élémentaire, il est au contraire très complexe puisqu'il se compose de tous les sentiments isolés qui ont servi à établir la *connaissance* et le *souvenir*, par conséquent nous pouvons affirmer déjà que le *sentir avec souvenir et connaissance* n'est pas un phénomène vital élémentaire résultant de la mise en activité d'une cellule spéciale. Mais comment expliquer alors cette complexité? Y aurait-il, comme le supposent certains physiologistes, des cellules, des organes capables tout à la fois de *sentir*, de se *souvenir*, et de *connaître*? L'explication serait très simple, en vérité, mais la sévérité de l'analyse physiologique répudie ces facilités qui ne peuvent conduire qu'au roman de la physiologie. La solution de ce problème n'est pas réfractaire d'ailleurs à notre analyse.

Supposons pour l'instant un cerveau vierge de toute impression et incapable de mémoire, mettons-le dans l'obscurité et soumettons-le à l'impression d'un point lumineux. Le cerveau sent la lumière, une heure durant. Supprimez après ce temps le point lumineux. Le cerveau retombe dans l'insensibilité et comme il est incapable de mémoire, aucun phénomène ne se produit en lui. Faites apparaître de nouveau le même point lumineux, le cerveau le sentira simplement mais sans se souvenir qu'il l'a déjà vu, sans le reconnaître.

Supposons maintenant que ce même cerveau soit tout à la fois capable de sentir, de se souvenir et de connaître en vertu d'une propriété particulière d'un organe nerveux. Lorsque vous éloignerez de lui le point lumineux, il ne tombera plus dans l'insensibilité : il se souviendra, mais comme le souvenir, le sentir, le connaître, font partie de la même propriété, il sentira en même temps *actuellement* — car on ne peut pas partager une même propriété en deux ou en trois — et il connaîtra *actuellement* ce qui est absurde ou du moins pas vrai. De même quand le même point lumineux réapparaîtra de nouveau, il devra le sentir avec souvenir et connaissance ce qui est encore faux, car il nous arrive à tout instant du jour de passer devant des objets que nous avons déjà sentis, sans cependant nous souvenir d'eux et sans les connaître.

D'ailleurs, il est une raison tout à fait péremptoire, qui ne nous permet pas d'accorder à la fois aux cellules qui *sentent*, la propriété de se souvenir et de connaître. Nous voulons parler de l'*amnésie* partielle ou totale qui dissèque si bien les éléments divers qui entrent dans le *sentiment avec souvenir et connaissance*. Combien de fois ne voit-on pas des malades qui voient, entendent fort bien et ne se souviennent pas, ne connaissent pas les choses qu'ils ont vues et entendues ! Est-ce qu'il en serait ainsi si c'était le même organe qui *sent, connaît* et se souvient ? Cela n'est pas soutenable, car, comme nous l'avons déjà dit, on ne coupe pas une propriété en deux ou en trois.

Nous sommes donc obligé de chercher d'autres conditions au développement du sentiment avec souvenir et connaissance. Ces conditions les voici :

Lorsque l'*activité sensible* se repose attentive sur un objet pour le distinguer et le connaître, elle relève sur lui divers éléments sensibles dont l'ensemble sert de base à la connaissance. Or, chacun de ces éléments représente une perception

particulière, et comme chaque perception laisse (voir plus haut) dans le cerveau une modification capable de jouer plus tard le rôle de *cause excitatrice* et de réveiller cette même perception en dehors de toute cause extérieure, il en résulte ceci que l'ensemble de ces causes excitatrices réveille la perception de l'objet avec tous les caractères que *l'activité sensible* a relevés sur lui une première fois. En d'autres termes, le cerveau réveille *l'activité sensible* en employant les causes excitatrices qui lui furent confiées, d'où il suit naturellement que ce réveil s'accompagne de l'ensemble des perceptions élémentaires qui représentent la connaissance de l'objet. Cependant, hâtons-nous d'ajouter que cette reproduction complète ne constitue pas le *souvenir*. Sentir de la même façon qu'on a senti jadis, c'est *reconnaître, connaître à nouveau*. Ce qui caractérise réellement le souvenir, c'est le sentiment que nous avons de notre activité passée en constatant le travail que nous avons accompli pour distinguer un objet d'un autre objet. L'intelligence se reconnaît dans ses actes, et ce faisant, elle se souvient, car elle seule a pu fournir le travail effectué à propos d'une perception définie (1).

Telles sont les conditions du développement du *sentiment avec souvenir et connaissance*. Il n'y a pas d'organe spécial qui jouisse de la triple propriété de sentir, de se souvenir et de connaître. La vérité est, que c'est le même organe qui sent de ces diverses manières, mais il ne sent avec souvenir et connaissance que sous l'influence de causes excitatrices déterminées sans lesquelles il n'y a ni souvenir, ni connaissance. Ces causes excitatrices sont placées dans le cerveau et en dehors de l'organe qui préside au développement du sentiment; elles sont représentées par une modification matérielle durable qui a suivi le réveil de *l'activité sensible* par une cause impressionnante extérieure.

L'analyse physiologique qu'on vient de lire est assurément délicate et nous comprenons que les esprits qui aiment la science facile aient de la répugnance à entrer dans cet ordre d'idées. Cependant, ils n'éluderont pas indéfiniment cette difficulté. Pour que la physiologie du cerveau se fasse, il faut absolument qu'on détermine, par l'analyse, les éléments de la fonction et, ce n'est qu'après cette détermination accomplie qu'on pourra se préoccuper des agents matériels en acte. Nous ne cesserons

(1) E. Fournié, *Essai de Psychologie*, p. 253.

jamais de le dire : déterminer d'abord la chose à localiser, et localiser ensuite.

Le moment est arrivé pour nous de chercher la localisation de l'*activité sensible*, c'est ce que nous allons faire.

Localisation de l'activité sensible. — D'après les résultats de notre analyse, nous devons chercher, d'abord, le siège de l'*activité sensible*, qu'elle soit de cause périphérique ou de cause intra-cérébrale.

L'anatomie des centres nerveux nous enseigne que les fibres sensitives viennent aboutir dans les *couches optiques* avant de rayonner vers la périphérie corticale. C'est là, par conséquent, que nous devons porter notre attention. Or, les faits pathologiques, que nous nous bornerons à mentionner ici, nous apprennent que les lésions unilatérales des couches optiques s'accompagnent d'hémi-anesthésie.

Les lésions expérimentales confirment ce fait. Toutes les fois que nous avons détruit complètement les couches optiques avec l'injection caustique au chlorure de zinc, nous avons obtenu l'abolition complète du sentiment. Nous avons publié, sur ce point, sept observations probantes (1).

Depuis lors, d'autres expérimentateurs prétendant particulariser davantage, et, s'inspirant des travaux anatomiques de Meynert, ont attribué à la *capsule interne* seule les faits que nous avons relevés dans la couche optique, considérée dans son ensemble.

C'est comme si, ayant à déterminer la fonction d'un arc médullaire, ils ne voulaient tenir compte que de l'apport des fibres sensitives sans s'occuper de la substance grise dans laquelle celles-ci viennent en partie aboutir.

Les fibres blanches, en effet, qui constituent la *capsule interne* ne sauraient être considérées isolément au point de vue fonctionnel, et il faut bien tenir compte des cellules des couches optiques dont elles émanent en grande partie. Pour nous, *couches optiques* et *capsule interne* ne font qu'un au point de vue de la localisation qui nous occupe, et nous enregistrons, à l'appui de notre manière de voir, les résultats de l'expérimentation et de l'observation clinique sur la capsule interne

(1) E. Fournié, *Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau*, p. 74

obtenus par MM. Veyssière (1), Raymond (2), Carville et Duret (3), etc., etc.

Les expériences dont nous venons de parler, les nôtres comme celles des autres, sont une simple présomption en faveur de la localisation de l'*activité sensible* dans les couches optiques mais non une démonstration formelle. On peut dire, en effet, avec quelques physiologistes, que les couches optiques sont des amas ganglionnaires où viennent se réunir, comme dans une avant-dernière étape, les fibres qui transportent les impressions sensorielles avant d'aller réveiller l'activité propre des cellules corticales où les impressions sont perçues, et que, par conséquent, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'en détruisant les conducteurs au niveau des couches optiques, on empêche l'*activité sensible* de se manifester (4).

Bien que nous ne partagions point cette manière de voir, en tant que localisation de l'*activité sensible* dans la périphérie corticale, l'objection cependant valait qu'on s'y arrêtât, et c'est pourquoi nous avons institué des expériences spéciales à cet effet. Nous avons détruit avec le caustique la couche grise des circonvolutions dans différentes parties du cerveau et nous n'avons jamais obtenu la perte totale de la sensibilité. D'un autre côté, ne savons-nous pas que la lésion que l'on trouve chez les déments est précisément une altération de la couche grise corticale et cependant les troubles de la sensibi-

(1) Thèse pour le doctorat, n° 376, 1874.

(2) *Étude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques*, 1876.

(3) *Sur les fonctions des hémisphères cérébraux*, 1875.

(4) « Cette manière de considérer le mode de fonctionnement des éléments de la substance corticale, qui ne repose après tout que sur une série de déductions anatomiques, nous permet de fournir quelques données précises, applicables aux divers actes qui constituent les opérations de l'entendement.

Elle nous fait voir, en effet, que si c'est bien au milieu des réseaux de la substance corticale que les impressions sensorielles, irradiées des centres de la couche optique, sont nettement perçues; c'est bien là qu'elles prennent une forme distincte, se déposent à l'état de *souvenirs*, et se transforment en *idées*; que c'est de là pareillement qu'elles partent pour se traduire au dehors, à l'aide de manifestations *sensibles* et *apparentes*, lesquelles ne sont autres que les réactions *voulues* et *réfléchies* d'une impression sensorielle antérieure, et qu'en un mot les régions de substance corticale affectées à l'élaboration des impressions sensorielles, et aux phénomènes de la perception, sont représentées par les réseaux des cellules les plus superficielles; tandis que celles qui semblent plus particulièrement dévolues à servir de *substratum*, aux manifestations de la motricité volontaire, sont localisées dans les rangées les plus profondes des cellules corticales. » (Luys, *Recherches sur le système nerveux* p. 352).

lité ne sont pas fréquents. De même, dans la méningite, il y a rarement de l'anesthésie spéciale ou autre et cependant la lésion siège bien ici dans la couche grise corticale. Nous concluons donc de ces faits que le développement des perceptions, le siège de l'activité sensible n'est pas dans la périphérie corticale, comme le prétend l'auteur que nous venons de citer, et que, partant, l'objection qui nous occupe est tout à fait sans valeur.

Le siège de l'activité sensible est donc bien dans les couches optiques.

Reste à savoir où se trouvent les causes excitatrices intracérébrales de cette activité, car nous passons sous silence les causes excitatrices extérieures.

D'après les résultats de notre analyse, ces causes excitatrices provoquent le développement du sentiment avec connaissance et du souvenir. Il était donc très important d'établir le point où elles sont conservées.

Partant de ce fait que dans la démence, le délire méningitique, caractérisés tous deux par l'amnésie plus ou moins complète, par le trouble profond du sentiment avec connaissance et par la lésion de l'écorce grise du cerveau, nous avons détruit avec le chlorure de zinc la substance grise des circonvolutions dans la région antérieure, dans la région moyenne et dans la région postérieure.

Les phénomènes que nous ont présentés les chiens ainsi opérés sont identiques à ceux que l'on relève chez les déments et chez les méningitiques.

« Sur huit expériences il y en a sept qui ont porté sur les deux hémisphères à la fois ; par conséquent elles sont aussi complètes que possible. Le siège de l'injection a été très variable, mais nous avons opéré régulièrement, soit sur la région antérieure, soit sur la région latérale et moyenne, soit sur la région postérieure. En aucun cas le phénomène perception simple n'a été aboli : les animaux ont toujours odoré, senti, vu, goûté, touché ; d'où il suit que le phénomène perception simple a bien son siège dans les couches optiques. Par contre, l'absence de connaissance et de mémoire, car tout cela se tient, a été constante : les animaux voyaient, mais ils ne se souvenaient pas qu'un mur était un obstacle et un contact douloureux pour leur museau ; ils ne voyaient approcher l'allumette soufrée et allumée de leur nez, et ils ne détournaient pas la tête, ne se souvenant pas que le soufre irrite douloureusement la mem-

brane olfactive; ils allaient enfin à droite, à gauche, avec l'allure d'animaux qui ne savent ni où ils sont ni ce qu'ils font : c'est que la présentation organique de l'association des notions acquises était détruite; c'est que, par le fait de cette destruction, la mémoire n'était plus possible. Ils sentaient par tous les sens, parce que sentir, c'est vivre d'une certaine façon propre aux couches optiques non lésées, mais ils ne sentaient pas avec connaissance, parce que sentir avec connaissance, c'est pour les couches optiques, sentir sous l'influence d'une excitation spéciale qui provient de la périphérie corticale du cerveau (1).

Ces conclusions déjà formulées en 1874 reçoivent tous les jours une confirmation nouvelle par l'expérimentation et l'observation pathologique bien interprétées. En conséquence nous sommes autorisé à conclure :

1° Le développement du *sentiment simple* se produit dans la région des couches optiques sous l'influence des impressions extérieures;

2° Le développement du *sentiment avec souvenir et connaissance* se produit également dans la région des couches optiques mais sous l'influence de l'excitation particulière des cellules disséminées à la périphérie corticale du cerveau.

Faisons remarquer en terminant ce sujet que notre manière de voir, touchant la localisation de l'*activité sensible* et la détermination des causes intra-cérébrales du *souvenir* et de la *connaissance*, nous ont permis de donner une théorie rationnelle de l'hallucination (voir la *Revue* du 27 août 1881). L'halluciné crée, en effet, et sans le vouloir, au moyen des causes excitatrices emmagasinées dans le cerveau, les éléments des phénomènes sensibles qui s'imposent à lui dans les *couches optiques*. C'est un phénomène de *mémoire inconscient et involontaire*. *Inconscient* par ce qu'il n'a pas conscience que c'est l'*excès d'excitation provenant de la périphérie corticale* qui provoque l'apparition pseudo-réelle d'une perception, *involontaire* parce que le phénomène hallucinatoire s'impose à lui.

(A suivre).

(1) *Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau*, p. 88.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

La tuberculose et la scrofule à la Société médicale des hôpitaux.

Par M. HUE, interne des hôpitaux.

En présence des travaux nombreux sur le tubercule et la tuberculose qui paraissent en France et à l'étranger, et de la direction nouvelle imprimée aux idées par le champ de plus en plus vaste des tuberculoses locales, M. Graucher a jeté à la Société médicale des hôpitaux un cri d'alarme qui a soulevé une discussion des plus intéressantes. La scrofule, l'antique scrofule, est compromise, harcelée, ébréchée, diminuée de plus en plus et presque réduite à néant. Doit-elle disparaître entièrement? faut-il la reléguer dans un chapitre de l'histoire de la médecine; la laisser miner, puis submerger par le flot unitaire de la tuberculose? Convient-il au contraire de la conserver nettement distincte de la tuberculose? Dans ce cas où sont ses limites et comment la garantir pour le futur des invasions de la tuberculose?

Nombre des médecins des plus éminents (1) ont pris part à cette délimitation de frontières et si tous ne sont pas tombés d'accord, du moins leurs discussions auront servi à bien mettre en lumière et à résumer l'état actuel des connaissances sur ce point important de pathologie.

M. Graucher a ouvert et clos le débat par deux mémoires dont le dernier surtout, le plus important, contient toutes ses travaux sur le sujet. Il nous a semblé que le meilleur moyen d'exposer aussi brièvement que possible ce débat consiste à mettre ses idées en regard de celles développées par M. Cornil, bien qu'il n'y ait pas opposition absolue et de rattacher ensuite à chacun de ces chefs les écrits des autres auteurs.

Considérons donc, avec M. Graucher, l'évolution du tubercule, qui, avant de devenir la granulation caractéristique de la tuberculose, passe par divers stades dont les premiers seraient du ressort de la scrofule, les seconds, plus avancés, plus perfectionnés appartiendraient à la tuberculose. Ces diverses phases

(1) J. Graucher, Féréol, Édouard Labbé et Méricamp, V. Cornil, Damaschino, Thaon (de Nice), E. Labbé, Ferrand, Rendu, Du Castel, Kiéner, Villemin, Vidal, J. Graucher.

correspondant à des degrés différents de la néoplasie offrent des degrés différents de gravité et de spécificité.

Il existe, dit M. Graucher deux grandes phases dans l'évolution du tubercule : l'une microscopique, la seconde macroscopique. La phase microscopique peut être divisée en trois stades. Le premier correspond à l'infiltration de cellules embryonnaires dans le tissu avec ou sans cellules géantes : c'est si l'on veut le stade d'infiltration. Le second correspond au simple nodule, c'est-à-dire au groupement, à l'amas d'un petit nombre de cellules (tubercule embryonnaire de Graucher, élémentaire de Malassez) c'est le stade nodulaire. Vient ensuite le follicule tuberculeux de Koster, Friedländer et Charcot, c'est-à-dire l'amas des cellules embryonnaires autour d'une cellule géante, petite configuration anatomique déjà plus parfaite; c'est le stade de follicule.

La seconde phase, macroscopique, comprend les deux stades de conglomération et de généralisation. Le premier s'applique au tubercule plus ou moins volumineux, fixe, à tendance caséoleuse; le second à la granulation grise, au tubercule migrateur. Cette phase commence lorsque la conglomération des follicules apparaît.

Si l'on compare le follicule de Friedländer, tel qu'on le trouve dans le lupus, à la granulation grise d'un poumon tuberculeux on comprendra qu'il existe entre eux une différence énorme. L'un est arrêté au stade qui précède la conglomération, il caractérise une maladie locale curable souvent, tandis que l'autre, la granulation grise est le type anatomique du tubercule infectieux au plus haut degré.

Les inflammations chroniques superficielles des muqueuses, les hypertrophies ganglionnaires non caséuses ou partiellement caséuses, les lupus à cellules géantes et les lupus à follicules tuberculeux, les abcès froids, les tubercules localisés du poumon ou de tout autre organe, et enfin la généralisation par la granulation grise ne forment qu'autant de stades ou d'étapes des processus tuberculeux, dont la perfection anatomique, la qualité infectieuse, et, par conséquent, la gravité, augmentent successivement.

Si l'anatomie pathologique permet de constater les états anatomiques très différents du tubercule, la clinique, fournit chaque jour la preuve que s'il existe au point de vue doctrinal une seule tuberculose, il existe, au contraire, une très grande variété de tuberculeux.

La phthisie classique réalise le type anatomique et clinique du tubercule. Un individu adulte qui a souffert dans son enfance l'accidents dits scrofuleux : adénites ganglionnaires, suppurations osseuses, etc. est pris de tuberculose pulmonaire, des cavernes se creusent, il arrive à l'état cachectique et meurt de méningite tuberculeuse, par exemple.

Comme évolution irrégulière le tubercule peut prendre la forme clinique de la pneumonie caséuse; c'est le tubercule géant; ou bien encore envahir d'emblée toute l'économie; c'est la granulie d'Empis. — Une autre variété d'évolution est la forme bénigne de la tuberculose, c'est la tuberculose locale, qui reste souvent localisée et détermine l'ensemble symptomatique qu'on englobe sous le nom de scrofule.

En sorte, que le terme de *scrofule* peut être conservé en clinique pour indiquer les affections tuberculeuses, les plus légères, ordinairement curables et qu'on pourrait appeler le tubercule embryonnaire ou *scrofulôme*.

M. Cornil se refuse à admettre ces conclusions. — « La tuberculose localisée, dit-il, est de la tuberculose vraie et non de la scrofule. » D'abord, il n'admet, en aucune façon, qu'il soit permis de définir par l'histologie seule et la constatation d'un élément anatomique une maladie ou un groupe de lésions. Une maladie est un ensemble de faits plus complexes que ce qu'il est donné de voir sous le microscope, sur une coupe mince, dans l'étendue d'un dixième de millimètre. Pour caractériser une maladie, il faut partir de son étiologie, la suivre dans son développement, dans ses diverses localisations, dans ses symptômes, et enfin dans son anatomie pathologique à l'œil nu. Pour ce qui est de la distinction, en tant qu'espèce morbide, des deux maladies dont les productions pathologiques sont voisines, l'examen histologique de ces produits à certain moment de leur évolution sera parfois une source d'erreur. — D'autant plus que, dans l'espèce, le follicule tuberculeux de Köster, Friedländ, etc., n'a pas une valeur positive. La cellule géante entourée de cellules épithélioïdes se rencontre un peu partout. Si on se base sur l'histologie, ce n'est pas avec la scrofule que le tubercule aurait le plus de ressemblance, mais bien avec les gommes syphilitiques. Celles-ci, pendant leur formation, présentent des oblitérations vasculaires donnant naissance à des cellules géantes, entourées de cellules embryonnaires. Et cependant, la syphilis tertiaire n'est pas de la tuberculose. Personne ne discutera à ce sujet.

Novembre, T. II, 1881.

57

Des lésions, histologiquement semblables à un moment donné de leur évolution, peuvent appartenir à des maladies qui n'ont aucun rapport étiologique ou symptomatique.

L'analyse histologique, si utile pour expliquer ce qui se passe dans l'intimité des tissus dans toutes les productions morbides et pendant toute la durée de leur évolution, est plus apte à faire constater les analogies que les différences de ces productions, car elle a surtout en vue les modifications de nutrition des éléments et les néoformations cellulaires qui sont à peu de chose près les mêmes, quel que soit l'agent initial physiologique ou morbide qui les cause.

M. Cornil insiste sur ces quatre points, à savoir :

1^o Que la tuberculose est bien définie anatomiquement par l'ensemble de ses lésions, par leur évolution et leur siège, et en particulier, par des néoplasmes, les granulations tuberculeuses. Les granulations tuberculeuses isolées ou confluentes sont caractérisées, à leur début, par un flot de tissu embryonnaire; elles présentent bientôt des oblitérations vasculaires et des cellules géantes, et elles se terminent par l'état caséux ou la transformation fibreuse. Elles déterminent autour d'elles des inflammations qui tendent aussi à se terminer par la dégénérescence caséuse et la mortification ou par l'état fibreux.

2^o Que la scrofule comprend une série d'états très différents les uns des autres, où prennent place des inflammations banales, aiguës ou chroniques, dont les plus anciennes et les plus profondes tendent à se terminer par un état caséux.

3^o La dégénérescence caséuse s'observe aussi dans la syphilis. Le sarcome et certaines inflammations chroniques qui ne sont pas tuberculeuses, et qu'on ne rapporte pas non plus à la scrofule, la pleurésie chronique par exemple, donnent lieu à des transformations caséuses.

4^o On ne peut pas dire que le tissu des granulations ou des bourgeons charnus, même contenant des cellules géantes, caractérise la scrofule, car ce tissu existe dans les bourgeons charnus des ulcères chroniques, des ulcères variqueux en particulier, et on le trouve aussi dans les sarcomes. Chacune des lésions ou des maladies rapportées à la scrofule, depuis les éruptions cutanées et les inflammations cutanées jusqu'au lupus, présente une symptomatologie et une anatomie pathologique correspondante. Mais il n'existe pas de caractère spécifique tiré de l'histologie et qui soit applicable à toutes ces maladies très variées. Le follicule tuberculeux n'est pas beaucoup plus caractéristique que le

corpuscule tuberculeux de Lebert, car il ne représente qu'un stade de l'évolution des tubercules.

L'étiologie comparée de la scrofule et de la tuberculose n'apporte aucun jour à la question. L'inoculation, en effet, est la seule chose qui puisse établir une limite bien nette; mais jusqu'à présent, malgré les belles recherches de M. Villemin et de M. H. Martin, elle a donné des résultats variables et il s'en faut que l'enquête à ce sujet soit terminée. M. Villemin et M. Vidal désirent voir les études se multiplier de ce côté et estiment, comme la plupart de leurs collègues, d'ailleurs, qu'on peut espérer beaucoup de l'inoculation.

On peut donc regarder la scrofule comme ayant une existence à part, comme une diathèse qui met l'économie dans un état d'infériorité telle, que le scrofuleux est un terrain propice au développement de la tuberculose, au même titre que tous les cachectiques, les diabétiques, par exemple.

Si la scrofule est une diathèse caractérisée par une série de manifestations variables, auxquelles elle imprime une physiologie spéciale dont les caractères dominants sont l'indolence et la torpidité, la tuberculose n'est pas une diathèse, c'est une affection qui se présente avec des allures parasitaires (Rendu), toujours prête à éclore dès que l'organisme vient à être débilisé. Les relations de la scrofule et du tubercule ne sont autre chose que celles du germe et du terrain. La scrofule est le terrain, le tubercule le germe parasite, d'autant plus envahissant que le fond organique est plus stérile.

Du côté de M. Graucher se rangent les unicistes : MM. Ducastel, Thaon, Kiener, pour qui la tuberculose locale et la scrofule constituent une seule et même chose. La tuberculose est la scrofule du poumon, dit M. Thaon. — Les deux maladies ne diffèrent que du plus au moins, ajoute M. Ducastel.

Avec M. Cornil, on trouve nombre d'autorités qui veulent que scrofule et tuberculose soient bien distinctes. M. Villemin insiste sur l'existence bien nette du lymphatisme, du scrofulisme, analogue au nervosisme, qui n'est pas du tout un stade d'évolution de la tuberculose. M. Vidal apporte des faits dans lesquels il fait ressortir l'abîme qui sépare le lupus des tuberculoses cutanées. — Nous pourrions continuer longtemps encore les citations prises d'un côté ou de l'autre, si nous ne craignions d'obscurcir l'exposé des deux idées maîtresses de ce débat. Nos lecteurs pourront eux-mêmes apprécier et juger; mais nous doutons qu'on puisse, dès maintenant, se fixer définitivement.

Dans tous les cas, le domaine de la tuberculose s'est bien étendu et, s'il ne convient pas de rayer la scrofule du cadre nosologique, du moins, doit-on cesser de lui accorder nombre d'affections qui formaient les beaux fleurons de sa couronne. Il lui reste encore beaucoup, il est vrai; elle a, de plus, pour elle, d'être une diathèse, c'est-à-dire tout ce qu'il y a de moins limité et de plus commode au monde.

F. A. HUE.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Note sur un procédé qui permet de mieux constater les caractères de la région dorsale du fœtus lorsqu'on pratique la palpation abdominale et de mieux entendre les bruits du cœur fœtal lorsqu'on pratique l'auscultation à la fin de la grossesse.

BUDIN (*Progrès médical*, 1881). — On sait combien est souvent difficile le palper abdominal lorsqu'on le pratique vers la fin de la grossesse, dans le but de déterminer avec précision la présentation et la position du fœtus. Dans le mémoire qui vient de publier, M. Budin s'est attaché à montrer qu'il n'était pas toujours très facile de reconnaître les caractères que présente le dos fœtal, à déterminer les causes de ces difficultés, et les moyens de les surmonter. Or c'est surtout dans les positions occipito-postérieures que l'on rencontre ces difficultés. Dans ces cas, en effet « Le fœtus est mobile dans le liquide amniotique : si le dos était tourné du côté droit ou du côté gauche, sous la pression répétée des doigts il se trouve refoulé vers le centre de la cavité utérine et bientôt les caractères de la surface plane, large, régulière qu'il présente, lorsqu'on explore toute son étendue ou même seulement l'un de ses côtés ne sont plus que confusément perceptibles. » Pour obvier à cet inconvénient, il faut immobiliser le fœtus après lui avoir fait prendre une situation telle que son dos réponde, par la plus grande surface possible, à la paroi utérine. On obtient ce résultat en appliquant une main sur le siège du fœtus, que l'on saisit à travers la paroi abdominale, et la paroi utérine. On refoule autant que possible cette partie fœtale de dedans en dehors en même temps que l'on exerce un certain degré de pression de haut en bas. En agissant ainsi, on obtient ce double

résultat d'immobiliser le fœtus, et en faisant une pression sur le siège on exagère la flexion du fœtus, on rend le dos plus convexe, et par suite plus accessible.

» Si on est placé du côté droit de la femme, c'est la main gauche qu'il faut appliquer sur l'extrémité supérieure de l'ovoïde fœtal, et c'est avec l'extrémité des doigts de la main droite qu'on cherchera les caractères du dos, et cela, que le dos soit tourné du côté droit ou du côté gauche, qu'il soit dirigé en avant ou en arrière. Si l'on se trouve au contraire du côté gauche de la femme, c'est la main droite qu'il vaut mieux appliquer sur le fond de l'utérus et c'est avec l'extrémité des doigts de la main gauche qu'on cherchera le dos. »

On le voit, la méthode recommandée par M. Budin est des plus simples; nous ne doutons pas qu'elle ne soit immédiatement mise en pratique d'une manière générale, car elle permettra aux praticiens d'éviter des erreurs qui se produiraient fatalement sans cette petite et facile manœuvre.

Ictère pendant la grossesse. *Obst. Soc. of Philadelphia, 3 fév. 1881.* — **M. Parish** rapporte l'observation d'une jeune femme âgée de 19 ans, domestique de profession.

Elle est enceinte pour la première fois et entre pendant sa grossesse à l'hôpital de Philadelphie en novembre 1880. Elle est atteinte d'une bronchite qui disparaît rapidement grâce à un traitement approprié. L'examen attentif auquel la malade a été soumise n'a permis de reconnaître aucune trace de syphilis.

Le 3 janvier 1881, sans que la malade ressentit le moindre symptôme fébrile, elle devient rapidement jaune.

Elle accouche le 7 janvier à terme, le travail est régulier et ne donne lieu à aucune remarque spéciale.

Le 8 janvier, à deux heures de l'après-midi, c'est-à-dire vingt-quatre heures environ après la terminaison de l'accouchement, la malade s'agite, a du délire et refuse de prendre toute nourriture. L'auteur remarque que six heures après la fin du travail, la mère avait été prise de vomissements incoercibles.

La mort survient le 8 janvier, trente-six heures après l'accouchement, et cinq jours après la première apparition de l'ictère. L'autopsie faite par M. Shakespeare, a permis de reconnaître qu'il y avait une atrophie jaune aiguë du foie et de plus une néphrite catarrhale avec un peu de néphrite interstitielle. L'auteur croit pouvoir expliquer de la manière

suivante les différents phénomènes qu'a présentés la malade. Il y a eu d'abord ictère, dû à l'action du froid, puis cholemie. Les reins, malades par suite de la lésion inflammatoire dont ils étaient le siège et par suite aussi du degré avancé de la grossesse, n'ont pu éliminer l'excès de bile qui se trouvait accumulé dans le sang. C'est à l'altération du sang que sont dus les accidents observés. L'auteur enfin, termine en insistant sur ce point, que tout médecin doit se préoccuper vivement quand il voit apparaître de l'ictère, si léger qu'il puisse être pendant le cours de la grossesse. Car dans l'état particulier où se trouve l'organisme de la femme *tout cas léger d'ictère peut dégénérer en ictère grave.*

M. Walker expose la théorie de Frerichs sur la production de l'ictère grave et ajoute que le cas qui vient d'être rapporté est une nouvelle preuve de la parfaite exactitude de la théorie de Frerichs.

De ce qu'on appelle travail retardé. *Soc. obst. de Londres, 2 mars 1884.* — **Barnes** dit que l'expression créée par l'Odham n'est pas justifiée par les cas que cet auteur a rapportés, car ces derniers sont tous des exemples de grossesses extra-utérines. Du reste, il accepte l'opinion de Stolz et Muller, et, comme eux, il croit que jusqu'à présent aucun fait bien authentique de travail retardé n'a été publié.

Barnès rapporte un fait dans lequel l'enfant étant mort pendant la gestation, il a été conservé dans la cavité utérine jusqu'à une époque qui aurait dépassé de beaucoup celle de l'accouchement à terme. Voici les principales particularités de cette observation.

Au huitième mois de la grossesse, après un accident, il se produit une métrorrhagie abondante. Trois semaines après, on voit de nouveau apparaître une métrorrhagie, mais il n'y a aucun des signes ordinaires du travail de l'accouchement.

Après le onzième mois, l'auteur se décide à intervenir. Il pratique le cathétérisme utérin et il peut constater que l'instrument pénètre dans la cavité utérine suivant une longueur de six pouces.

L'auteur se borne à pratiquer cet examen. Au douzième mois, on voit s'échapper par l'orifice utérin des os, des fragments de colonne vertébrale. Au treizième mois, on arrive à extraire les autres parties du fœtus. Les os ainsi recueillis paraissent appartenir à un enfant de huit mois.

En résumé, il y a eu mort de l'enfant pendant le temps de la grossesse, rétention du fœtus et dans ces conditions accouchement retardé.

Spencer Wells se demande s'il n'y avait pas là une grossesse interstitielle. Il rapporte un cas qu'il a observé. Il s'agissait d'une femme qui était atteinte d'une vive douleur dans la région hypogastrique, et de vomissements incoercibles. Son état était des plus graves. La plupart des médecins qui la virent, nièrent qu'il y eût là une grossesse. Cependant en faisant une injection d'ergotine dans le tissu du col utérin, on peut provoquer les contractions de cet organe et amener l'accouchement. Il y avait dans ce cas grossesse interstitielle.

Roger pense que la plupart des cas d'accouchements retardés surviennent à la suite de grossesses intra-utérines. Voici comment l'auteur établit la filiation des phénomènes que l'on observe généralement dans ces cas. Pendant le cours d'une grossesse normale, tant au point de vue anatomique que physiologique, à la suite d'un accident, ou bien même, dans quelques cas spontanément, l'utérus se rompt, l'enfant fait alors en partie irruption dans les tissus voisins de l'utérus. Il y a une grossesse extra-utérine partielle. Dans ces conditions, le fœtus pourra être conservé pendant un temps plus ou moins long, non sans subir des altérations souvent considérables.

Le Dr Crevois se range à l'avis de Spencer Wells. Dans un cas, il a pu constater très nettement dans l'angle gauche du fond de l'utérus une cavité dans laquelle était certainement logé l'enfant.

Séance du 6 avril 1884 (Suite de la discussion précédente). — **Dr Edis.** — Plusieurs cas de grossesse prolongée ont été observés; l'existence de cette anomalie physiologique ne saurait donc être mise en doute.

Quand le travail se déclare à terme, l'utérus se rompt, l'enfant passe en partie dans la cavité péritonéale. Là, il va s'enkyster, subir une série de phénomènes de dégénérescence aujourd'hui bien connus. Ensuite il est éliminé.

Dr Galabin. — Rapporte un cas qu'il a observé, et dans lequel il y avait eu une douleur à une époque correspondant au terme de la grossesse. Cependant, les douleurs se calment et disparaissent sans qu'il y ait eu expulsion d'un fœtus.

Deux mois après, il est de nouveau demandé auprès de la

malade. Après avoir fait la dilatation artificielle du col de l'utérus, on extrait l'enfant qui était donc resté onze mois dans la cavité utérine. La mort de la mère survient après quelques jours. L'autopsie a permis de reconnaître que l'enfant était logé en partie dans la cavité péritonéale. Il est certain, ajoute M. Galabin, que si on n'avait pas fait l'autopsie on aurait continué à croire que la grossesse avait été intra-utérine.

Après quelques paroles de M. Heywood Smith

M. Matthews Duncan affirme qu'il croit à l'existence des grossesses prolongées. Il pense que ce fait qui est évident chez les animaux, peut se produire dans l'espèce humaine.

Il ne croit pas qu'il soit absolument nécessaire que des douleurs apparaissent au moment du terme de la grossesse. Il a publié deux cas d'accouchements retardés. Dans un cas, il y avait eu un début de travail au 9^e mois. Dans l'autre on n'avait rien observé de semblable.

M. Barnes clôt la discussion en disant qu'il pense que la grossesse pariétale amène généralement un cataclysme au 2^e ou au 3^e mois et que, par suite, elle ne pourrait expliquer les faits sur lesquels porte cette discussion (1).

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

Traitement des tumeurs malignes lympho-sarcomeuses, par l'arsenic. — (Tholen — *Archiv für Klin. Chir.*) — L'auteur rapporte quatre cas de lympho-sarcomes traités par l'arsenic. Trois fois, la marche de l'affection fut manifestement ralentie. Dans le quatrième fait, les lésions étaient trop anciennes et trop étendues pour qu'il fût permis d'espérer un résultat heureux. Voici d'ailleurs le résumé d'un de ces faits intéressants. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 47 ans, atteint d'un épithélioma de l'angle droit de la mâchoire inférieure, dont le début remontait à trois mois. L'état des ganglions lymphatiques du voisinage et l'étendue du mal, ne permettant pas de songer à l'intervention chirurgicale, Tholen, eut recours à la médication arsénicale. Du 26 mai à la fin de décembre, on administra intus et extra la solution de

(1) Une erreur typographique nous a fait écrire page 592, *Fischel Centralblatt für gynäkologie*, tome XV. Il faut lire — *Fischel Archiv. für gynäkologie*, tome XV.

Fowler; à l'intérieur, on alla de 5 gouttes à 15 gouttes, deux fois par jour; à l'extérieur, on pratiqua en tout 76 injections hypodermiques, de 10 gouttes chacune. Le 15 janvier suivant la tumeur avait complètement disparu, et au bout d'un an, aucune tendance à la récurrence ne se manifestait. Un examen microscopique d'une petite parcelle de la tumeur, avait démontré qu'il s'agissait, non d'un lympho-sarcome, mais d'un épithélioma.

L'auteur pense, malgré le petit nombre de résultats sur lesquels reposent ses conclusions, que l'arsenic possède une action vraiment efficace dans le traitement des ulcères cancéreux, en particulier du lympho-sarcome.

Des résultats de la trachéotomie. (*Pinner-deutsche Zeitsch. für Chir.*) — La statistique qui appuie les conclusions de l'auteur, comprend 100 cas, et ne porte que sur les trachéotomies pratiquées sur des enfants atteints de diphthérie. Le nombre des guérisons est de 33. Le sexe paraît sans influence sur le succès de l'opération; mais l'âge est loin d'être indifférent. Tandis que, avant deux ans, les chances de guérison en sont très incertaines (19 opérés, 19 morts); la fréquence des succès est, ensuite, en raison directe de l'âge des malades.

La mort survient le plus souvent, le lendemain de l'opération; après le cinquième jour, au contraire, le pronostic devient de moins en moins sévère.

L'auteur, suivant en cela la coutume en honneur à *Freiburg Clinic*, pratique ordinairement la trachéotomie inférieure, c'est-à-dire très près du sternum; il n'a rencontré qu'une seule fois une anomalie vasculaire: la carotide empiétait sur le côté droit de la trachée.

Le nombre de faits observés par l'auteur ne nous paraît pas suffisant pour conclure.

La moyenne des guérisons, est, dans l'espèce, bien difficile à fixer, même approximativement, tant sont grandes, en effet, les variations dues aux séries avec lesquelles il faut toujours compter.

Indigestion causée par le lait chez les jeunes enfants (*Smith. In Brit. med. Journal and Lond. medical Record.*)

— L'auteur a souvent observé chez les jeunes enfants, qu'ils soient à la mamelle ou nourris de lait de vache, une indigestion imputable au lait seul. Qu'il existe une prédisposition mor-

bide des organes digestifs, ou que le lait soit de mauvaise qualité, il se produit souvent une fermentation lactique qui crée de toutes pièces, ou aggrave un catarrhe gastrique, dont les conséquences parfois graves, sont quelquefois mortelles. Il n'est pas rare de voir d'excellent lait, donné en quantité raisonnable, et avec toutes les précautions possibles, aussi mal supporté par un estomac d'enfant; que du lait de vache non dilué soit administré sans méthode, on voit alors l'enfant s'étioler, maigrir et présenter tous les symptômes de la dénutrition. Les désordres sont variables et peuvent se combiner de diverses manières. Ce sont la diarrhée ou la constipation, les vomissements.

Il convient, en pareil cas, d'empêcher la fermentation acide, en diluant le lait avec de l'eau d'orge, ou avec de la gélatine, de façon à empêcher le lait de se coaguler par masses volumineuses. On peut encore neutraliser en partie le suc gastrique en administrant de l'eau de chaux. Mais trop souvent ces moyens sont impuissants, l'indigestion étant le résultat de l'incapacité des organes digestifs à digérer le lait, quelle que soit la forme sous laquelle il est présenté. Il devient nécessaire de substituer au lait un autre aliment : le bouillon faible de veau ou de volaille, quelques cuillerées de crème et de petit-lait, un jaune d'œuf battu dans du bouillon ou du petit-lait, etc., le remplaceront alors avec avantage. Si les vomissements sont fréquents ou incoercibles, la solution arsénicale de Pearson ou de Fowler, administrée par demi-gouttes, en même temps que quelques grains de bicarbonate de soude, dissous dans une eau aromatique quelconque, constitue le meilleur sédatif.

Dans quelques cas, il peut être utile de débarrasser préalablement l'intestin des matières irritantes qu'il renferme, à l'aide d'une cuillerée d'huile de ricin. Après quelques jours de ce traitement on reviendra graduellement, en tâtonnant, au régime lacté ordinaire, en commençant par du lait coupé avec de l'eau d'orge, dont on diminue peu à peu la quantité.

De l'apomorphine (*Med. Chirurg. Rundschau and New-York Med. Rec.*). — Après Kormann, Kushel a essayé les propriétés expectorantes de l'apomorphine dans 17 cas d'affections pulmonaires, chez des enfants âgés de 6 mois à 10 ans. Les résultats qu'il a obtenus sont, de tout point, concordants avec ceux du premier expérimentateur, et méritent d'être connus des praticiens.

Il a administré l'apomorphine à 11 malades atteints de rougeole compliquée de bronchite, avec une grande élévation ther-

mique (41°); un autre malade présentait une bronchite intense au cours d'une variole; trois fois, il s'agissait d'une pneumonie franche et trois fois d'un catarrhe pulmonaire ancien et rebelle contre lequel avaient échoué et le chlorhydrate d'ammoniaque et l'ipéca. Peu de temps, en général dans les 24 heures, après l'administration de l'apomorphine, les râles secs ont fait place aux ronchus humides, l'expectoration est devenue facile, et la température a baissé. Jamais l'auteur n'a observé de vomissements.

Les doses ont nécessairement varié avec l'âge; pour un enfant d'un an: un milligramme toutes les deux heures; pour un enfant de deux ans: un milligramme et demi et ainsi de suite jusqu'à 11 ans en augmentant d'un demi-milligramme par année. On peut associer l'apomorphine avec l'ipéca, ou l'administrer dans un sirop quelconque.

F. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

Séance du jeudi 3 novembre 1881

Présidence de M. LEGUEST.

L'Académie de médecine a clos sa séance aujourd'hui après la lecture de la correspondance et en signe de deuil, pour honorer la mémoire de M. Bouillaud, qui avait été deux fois son président.

Nous avons eu de fréquents entretiens avec le professeur Bouillaud dans ces dernières années. Nous ne dirons rien de la largeur d'idées, de la solidité des méthodes que ces conversations nous ont révélées. Qui n'a pas eu, dans la génération actuelle, l'occasion d'apprécier comme professeur, comme orateur, comme clinicien, l'illustre maître qui vient de nous quitter?

Nous ne voudrions pas être indiscret et compromettre, par des récits prématurés, le savant, le médecin et l'homme. Cependant, nous devons, avant tout, hommage à la vérité, et nul ne s'étonnera que cette vérité soit à l'honneur de M. Bouillaud.

Cet ami enflammé du progrès, toujours prêt à applaudir les jeunes, avait devant certaines nouveautés des reculs fort accentués.

Par exemple, il ne croyait point aux remèdes contre le phyl-

loxera. *Experto crede Roberto*, disait-il : j'avais des vignes dans la Charente et j'étais bien résolu à les garder. J'ai mis en œuvre, de mon mieux, les insufflations, les sulfo-carbonates et le reste. Le phylloxera s'est moqué de mes médicaments. Vous connaissez, ajoutait-il, ces manœuvres de ces troupiers fainéants, qui entretiennent leurs plaies. Eh bien, je crains que les commissions nommées pour exterminer le parasite, n'arrivent au résultat de ces troupiers infidèles. Mais, en attendant, elles auront dépensé beaucoup, et fait beaucoup parler d'elles, tenu des congrès et annoncé des miracles. C'est bien quelque chose.

Il professait, pour les travaux de M. Pasteur, un enthousiasme qui alla graduellement s'affaiblissant. Distinguons. Il n'entendait pas juger le chimiste, l'auteur des recherches sur la levûre de bière, les ferments, etc. Mais il avait fini par comprendre que l'invasion des théories et des méthodes chimico-biologiques sur le domaine de la physiologie et de la thérapeutique n'avait eu d'autre effet que de troubler sans profit la science. La bactériologie disait-il, et le miasme, c'est tout un. Nous ne savons pas mieux ce qu'est l'une que nous ne savons ce qu'est l'autre. La clinique n'a retiré aucun profit des découvertes microscopiques de M. Pasteur. Les cultures sont virulentes sans doute; mais ces poisons fabriqués dans le laboratoire ne sont identiques, ni pour l'action ni pour l'essence, à ceux que la nature élabore. Nous vogueons en pleine analogie, et l'analogie est une mer trompeuse, fertile en naufrages.

M. Bouillaud suivait, avec un bienveillant intérêt, nos articles sur l'Académie de médecine. Après avoir prononcé son dernier discours, dans lequel il soumettait à une épreuve décisive les généralisations tirées de ses expériences par M. Pasteur, il vint à nous, les mains tendues, et nous dit : « Etes-vous content de moi ? » Nous répondîmes au maître qu'il était trop de notre avis pour s'attendre à recevoir nos éloges, mais que sa question nous était un encouragement et une récompense.

Il regrettait que l'esprit philosophique se retirât de la science médicale contemporaine; sans méconnaître la valeur des efforts individuels, il constatait avec chagrin que chacun travaillait dans un puits, et que la synthèse, seule capable de donner une valeur aux recherches et aux découvertes, fût de jour en jour plus absente. « Je vois bien des dentistes, des oculistes, des laryngoscopistes, des obstétriciens, des chirurgiens, etc., je cherche en vain des médecins dans la large acception du mot. »

Et de fait, le type du vrai médecin, à la fois moraliste, psychologue, chimiste, physicien, anatomiste, pathologiste, homme du monde et savant, lettré et érudit, l'un des types les plus complets de l'homme instruit, est devenu presque un mythe.

M. Bouillaud était ce médecin-là. Il maniait les réactifs, usait des microscopes et chassait l'infiniment petit aussi bien qu'un autre, mais sans se croire pour cela un demi-dieu. Au-dessus du microscope et des préparations micrographiques, il plaçait l'expérience séculaire, l'observation de la vie et des troubles morbides, l'étude des tissus pathologiques.

Un jour, au sortir de l'Institut, il nous aborda vivement : « Nous venons de faire, nous dit-il, de bonne besogne. Notre commission a décerné un prix important à M. X... M. Gosselin s'est bravement comporté. L'affaire n'a pas marché toute seule. Mais, enfin, c'est fait. Annoncez-le à M. X..., qui est votre ami. »

M. X... est un physiologiste éminent, un expérimentateur et un observateur habile ; mais il déplait à M. Y... qui est tout-puissant.

M. Bouillaud avait donc, outre les hautes qualités du savant et du vrai médecin, l'amour de la justice.

Société de chirurgie.

Séance du 2 novembre 1881.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

M. T. Auger, attaque l'opinion de M. Verneuil sur la cause des déformations des attitudes vicieuses du membre abdominal dans la coxalgie. Je ne nie pas, dit-il, l'influence des contractures et des paralysies musculaires dans le cas spécial produit à la Société de chirurgie, mais il ne faut pas généraliser. Je pourrais en effet, citer de mon côté des faits absolument contraires.

Et M. T. Auger invoque à l'appui de son opinion plusieurs observations de sa pratique. Une surtout relevée avec M. Legroux chez une petite fille de la ville qui présentait un allongement réel du membre.

Conclusion de M. T. Auger : Les lésions articulaires, usures, et résorptions osseuses jouent dans le mécanisme des déformations du membre abdominal un rôle bien plus considérable que les contractures et les paralysies.

C'est donc avant tout contre l'arthrite qu'il faut diriger les efforts de sa thérapeutique. Et l'orateur expose sa façon de procéder. Au début, pointes de feu nombreuses et répétées dans la région trochantérienne. Plus tard, appareil spécial ayant pour effet de corriger les déformations, lentement, graduellement, par l'action d'une simple bande en caoutchouc.

Cet appareil, présenté déjà par M. T. Auger au congrès de Genève, est excellent. Cependant, de l'avis même de son auteur, il est loin de prévenir toujours les luxations pathologiques.

M. Verneuil. — Mais je n'ai jamais nié les déformations par luxations pathologiques, j'ai simplement voulu, à propos d'un cas de paralysie consécutive, donner mon opinion sur le mécanisme des actions musculaires. Personne, que je sache, ne met en doute l'influence des muscles sur les attitudes vicieuses du membre malade. J'explique le mode d'action de cette influence.

Je ne suis pas M. T. Auger sur le terrain de la thérapeutique des coxalgies : ce serait sortir des limites que je me suis imposées.

M. Le Dentu. — J'observe actuellement une enfant qui présente la déformation de la première période de la coxalgie. Guérie depuis quelque temps, elle m'est revenue la cuisse en flexion et en abduction très prononcées. Les muscles fessiers sont atrophiés, ce qui vient à l'appui de la théorie de M. Verneuil. Mais je dois ajouter qu'ils ont été longtemps comprimés par la plaque d'un appareil. Après avoir pris l'avis de plusieurs collègues, j'ai redressé les membres sous le chloroforme, et dans l'opération j'ai eu la sensation très nette d'un obstacle fibreux vaincu. Aussi m'étais-je imaginé que les déformations tenaient, sinon primitivement, du moins consécutivement à des productions exagérées de tissu fibreux, en avant de la capsule. Je laisse le fait à votre appréciation.

M. Verneuil. — Le cas est, en effet, difficile à expliquer. Qu'on en produise beaucoup de pareils et dans un an nous pourrions faire une théorie définitive.

M. Trélat intervient à son tour dans le débat. Pour lui la coxalgie est une affection profonde à marche insidieuse. Aussi trop souvent la croit-on guérie quand elle n'est qu'en état de rémission.

C'est ce que pense également **M. Ollier** pour lequel la guérison ne s'obtiendrait jamais sans ankylose. D'ailleurs ces

deux savants n'ont pas la prétention de trancher la discussion, n'ayant ni l'un ni l'autre entendu la communication de M. Verneuil.

M. T. Auger répond aux différents orateurs.

M. Verneuil s'efforce de ramener la question sur le terrain exclusif de la théorie des attitudes vicieuses avant la période des déformations osseuses, et chaque orateur maintient d'autant plus naturellement son opinion que les débats paraissent en réalité rouler sur des points absolument différents.

Communication de **M. Le Dentu** à propos d'un cas d'élongation du nerf lingual pour un tic douloureux de la face et de la langue. Le résultat a été immédiat et très heureux. Aujourd'hui treizième jour après l'opération, le malade que **M. Le Dentu** présente à ses collègues ne souffre plus.

Sans doute, il ne faudrait pas encore affirmer la guérison complète. Mais, détail caractéristique, les convulsions douloureuses ont cessé le jour même de l'opération, contrairement à ce que l'on observe dans les cas de résection nerveuse, comme **M. Le Dentu** a pu le constater une fois lui-même.

M. T. Auger demande si le nerf élongué a été trouvé congestionné au moment de sa dénudation.

M. Polaillon qui a fait avec succès la même opération dans un cas qu'il exposera à la prochaine séance, croit à une guérison définitive.

M. Nicaise préfère la résection à l'élongation. Dans les cas où l'on agit sur une branche du trijumeau, dit-il, surtout quand le ganglion de Gasser peut être affecté, l'on doit craindre la fonte purulente de l'œil, comme dans les tiraillements du nerf maxillaire par ablation du sinus.

C'est aussi l'opinion de **M. Tillaux** qui a observé, l'année dernière, chez une de ses malades (résection de l'os maxillaire supérieur) la fonte par désordres trophiques de l'œil correspondant. En réséquant le nerf on n'a, au contraire, rien de pareil, et les résultats sont si satisfaisants. **M. Tillaux** a opéré la bonne du docteur Notta, il y a cinq ans; la guérison ne s'est jamais démentie.

Mais, réplique **M. Le Dentu**, il y a une grande différence entre les tractions douces et graduelles que j'exerce volontairement sur le nerf, et les tiraillements inconscients qui peuvent être pratiqués dans le cours d'une résection osseuse. Je connaissais ces désordres trophiques; je tenais même de **M. Charcot** qu'un malade élongué était mort subitement au cours de l'opé-

ration. Mais, encore une fois, l'élongation si simple que je pratique ne me paraît pas de nature à créer de pareils désordres.

A la question de **M. T. Auger**, **M. Le Dentu** répond que le nerf lingual lui a paru normal.

Communication de **M. Boucheron** sur le décollement uricémique de la rétine.

Renvoyé à une commission spéciale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

F. Joux,

Interne des Hôpitaux.

Société médicale des Hôpitaux

Séance du 28 octobre 1884.

Présidence de **M. Dujardin-Beaumetz**.

Election de **M. Lore** (de Lyon).

M. Besnier, secrétaire, dépose sur le bureau de la Société la collection de ses *Rapports sur les maladies régnantes pour l'année 1880*. Dans ce volume, la nécessité d'isoler dans les hôpitaux les malades atteints d'affections contagieuses de tout ordre est démontrée à chaque page; l'urgence d'une réforme profonde du système nosocomial actuel y est, comme par le passé, et toujours aussi infructueusement, établie avec une évidence absolue. L'auteur fait appel au concours précieux des confrères des départements : « Que ne pourrait-on pas réaliser à l'aide d'une organisation véritable de la médecine publique, dont l'épidémiologie est la partie fondamentale.

M. Féréol communique une observation du **D^r Deubel** (de Montbéliard) sur un cas de *communication de la syphilis par des greffes épidermiques*. Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans qui n'avait jamais eu de syphilis, mais qui, à la suite d'un érysipèle gangréneux, dont le point de départ avait été des hémorroïdes ulcérées, eut une vaste perte de substance de la partie supérieure de la cuisse gauche. Comme la cicatrisation ne marchait nullement, le **D^r Deubel** fit d'abord quarante-cinq greffes dermo-épidermiques prises sur cinq personnes de vingt à quarante ans, puis trente-trois greffes fournies par un lapin, enfin, trente-neuf greffes prises sur sept personnes. Un mois après les premières greffes, la partie externe de la plaie était presque entièrement cicatrisée; mais bientôt apparut une ulcération qui détruisit en trois jours toute la cicatrice. Il y eut un nouvel érysipèle, puis les ulcérations se multiplièrent et

furent cautérisées au nitrate d'argent. Trois mois plus tard, apparaissaient une roséole manifeste et des plaques muqueuses. En cherchant la filiation de la syphilis, le Dr Deubel découvrit qu'un des fils du malade, qui avait fourni des greffes, avait eu un chancre dix-huit mois auparavant. La cicatrisation de la plaie de la cuisse ne fut achevée qu'en septembre sous l'influence du traitement mercuriel ioduré. Elle existait depuis le mois de mars.

M. Féréol présente encore une pièce pathologique qui lui a été envoyée par le Dr Peffer. C'est un cœur volumineux, très hypertrophié. L'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche; l'orifice aortique est épaissi, offrant un pertuis qui ne dépasse pas le calibre d'une plume de corbeau; il est, de plus, orné de végétations. Cette pièce a été recueillie sur un jeune homme de dix-neuf ans qui occupait, dans une fabrique, un emploi nécessitant des efforts musculaires assez considérables.

Jamais on ne s'était aperçu qu'il fût malade jusqu'au jour où on le trouva mort dans une forêt où il était allé pour dénicher des nids. Chez lui, il a été impossible de retrouver aucun antécédent syphilitique ou rhumatismal. La lésion qui avait déterminé la mort subite pendant les efforts pour grimper dans un arbre avait donc pu exister longtemps sans donner lieu à aucun trouble révélateur. Quelle est donc la pathogénie de cette endocardite? M. Féréol pense qu'on ne peut la chercher que dans la dépense musculaire énorme que le sujet était obligé de faire habituellement.

Continuation de la discussion sur l'ecthyma.

M. Vidal est d'avis que dans l'observation d'épidémie d'ecthyma observée chez les varioleux par M. Du Castel, il serait difficile de nier la contagion, d'autant plus que, depuis longtemps, il a démontré la transmission de l'ecthyma du malade à l'homme sain. Mais il pense qu'il faut, jusqu'à présent, faire de grandes réserves sur l'agent de contagion. On s'explique très bien que des germes aient pu infecter des varioleux qui présentaient tant de portes ouvertes pour leur absorption. Cependant, doit-on incriminer les spores qui ont été trouvées par M. Du Castel dans le liquide des pustules? M. Vidal est de ceux qui pensent que l'on se presse trop d'expliquer tout par les spores. Lui aussi a trouvé ces spores dans l'ecthyma; elles n'y sont jamais si nombreuses que quand le liquide se trouble dans les pustules avant de suppurer. Mais, et la question devient moins claire, on les observe encore dans l'impétigo simple au

moment où commence la phase pustuleuse; encore dans le pemphigus, surtout dans le pemphigus épidémique des nouveaux-nés, ce qui n'a rien d'étonnant. M. Vidal a de même trouvé des spores dans le pemphigus aigu, principalement dans la variété d'érythème multimorphe exsudatif; bien plus, dans la bulle des vésicatoires quand elle devient un peu purulente. Il ne s'étonnerait pas qu'on en découvre dans toute espèce de bulle. Pour pouvoir affirmer que le microbe est l'agent de contagion, il faudrait procéder comme Pasteur à propos du choléra des poules, et reproduire la maladie par le microbe ayant subi la culture.

Au Congrès de Londres, un médecin de Rome a communiqué avoir cultivé les spores du psoriasis papuleux et les avoir vues devenir bactéries. Il a eu le même résultat pour l'eczéma maculata et le molluscum contagiosum; aussi arrive-t-il finalement à conclure que ces trois affections, donnant le même microbe, sont une seule maladie. On voit jusqu'où peut entraîner la théorie des spores, surtout quand on songe qu'on en rencontre dans les squames de la peau la plus saine; le microbe d'une maladie ne peut être bien établi que par la culture.

M. Du Castel a justement indiqué qu'il n'attachait pas une importance exagérée au parasite rencontré.

M. Cornil fait une communication sur le *parasite de la lèpre tuberculeuse* qui, pour lui, dit-il, n'offre aucun doute. Dans tous les tissus d'un lépreux qu'il a examinés au microscope, jusque dans la cornée même, partout où il existait une néoformation conjonctive, il a rencontré le parasite. Celui-ci se présente sous forme de filaments articulés s'insinuant entre les lamelles du tissu conjonctif. Il ressemble beaucoup à la bactérie du charbon arrêtée à son summum de développement. La longueur des filaments est d'environ 6 à 10 mill. de mill., parfois elle va jusqu'à un dixième de mill. Cette bactérie présente un renflement à son extrémité et dans sa longueur des grains qui sont probablement des spores. Le foie surtout et le testicule étaient fort altérés. Dans le foie on trouvait des parasites jusque entre les cellules hépatiques atteintes elles-mêmes de dégénérescence amyloïde. Le parasite abondait surtout dans le tissu conjonctif interlobulaire de nouvelle formation. Dans le testicule on le rencontrait dans la paroi des tubes séminifères et entre les cellules de leur intérieur.

Dans la peau, au niveau des tubercules, existait une grande quantité de ces grandes cellules que l'on a appelées cellules lé-

preuses, avec des bactéries. Dans le tissu qu'infiltraient ces cellules il y avait de nombreuses embolies, des infarctus de bactéries agglomérées. Elles occupaient aussi la paroi des vaisseaux jusque sous l'endothélium. Le sang contient donc des bactéries dans la lèpre.

Traitement de la phthisie.

M. Debove. — Je prie la Société de ne pas considérer la communication que je vais lui faire comme définitive; si je la fais, c'est qu'on me pousse à porter dès maintenant à votre connaissance les résultats inattendus que je viens d'obtenir tout récemment dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Ayant eu à traiter un malade phthisique de mon service, qui ne mangeait plus et qui vomissait chaque fois qu'il cherchait à ingérer, j'ai pensé que ces phénomènes étaient dus au dégoût pour les aliments et j'ai cherché à le supprimer en les introduisant directement dans l'estomac avec la sonde de Fauché. Un premier litre de lait fut bien toléré, alors que le malade ne pouvait pas en déglutir le quart d'un verre sans le vomir aussitôt. J'arrivai vite à introduire deux litres, puis un œuf, puis dix œufs, puis deux cents grammes de viande. Les séances avaient lieu deux fois par jour. Rapidement le malade a repris des forces et de l'appétit. Ses phénomènes morbides se sont amendés; il tousse moins et a vu ses sueurs disparaître. Encouragé par ce premier essai, j'ai tenté le même traitement sur d'autres phthisiques et j'ai obtenu des résultats très encourageants. La chose est encore toute récente et je me propose d'y revenir dans la prochaine séance.

M. Dujardin-Beaumetz. — M. Debove m'avait communiqué ses résultats et j'ai aussi gavé quelques malades avec la sonde de Fauché; j'ai été surpris du résultat: l'appétit, chez ceux qui ne mangeaient pas du tout, est revenu contre toute attente. On a pu leur administrer de l'huile de foie de morue, des peptones, etc. Les forces se sont relevées, la fièvre et les sueurs ont diminué, la diarrhée s'est arrêtée. A quoi tout cela aboutira-t-il? Je ne sais, il faut encore attendre; mais toujours est-il que plus les malades ont de forces, moins la phthisie marche rapidement.

M. Joffroy. — Chez un malade atteint d'un cancer de l'estomac, j'ai aussi fait l'alimentation par la sonde stomacale; comme M. Debove j'ai obtenu une renaissance étonnante, mais elle a été passagère; au bout de dix jours le malade a été tout aussi incapable de tolérer ce mode d'alimentation que les autres.

De même chez un second malade atteint de cancer du rein, des lavements alimentaires avec du sang défibriné et de la peptone ont amené une amélioration merveilleuse, mais aussi passagère, car la marche du cancer ne semble en rien avoir été enrayée.

— Le président annonce que le docteur Lore est nommé membre correspondant, et la séance est levée à cinq heures un quart.

F.-A. HUE.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION V. — CHIRURGIE (Suite).

Evidemment M. Spauton doit avoir des succès remarquables. On en obtient même quand l'intestin est étranglé, mais cette méthode n'en est pas moins dangereuse. L'orateur invoque les incommodités et les humiliations auxquelles les hernies donnent lieu ; il parle des avantages sociaux que l'on pourrait retirer de l'emploi de son procédé. Mais n'en déplaise à M. Spauton, nous ne sommes certainement pas encore à la veille de le voir universellement adopté. Nous ferons la même observation au Dr H.-O. Masey, de Boston, qui, partisan également de la cure radicale, ferme les capaux, dit-il, au moyen de ligatures animales désinfectées.

La section va maintenant s'occuper de la grande question du traitement chirurgical des affections du rein. Naturellement la néphrectomie, mise, on le sait, à l'ordre du jour de la chirurgie française par une communication récente du professeur Le Fort à l'Académie, tient la place principale dans les communications. C'est le professeur Czerny, d'Heidelberg, qui prononce le discours inaugural. Reyher de Saint-Petersbourg, Godlee, de Londres et beaucoup d'autres prennent part aux discussions. Voici les conclusions remarquablement précises du professeur Czerny :

1. L'extirpation est indiquée dans les cas de blessures du rein, de reins flottants, kystes, hydronéphroses, tumeurs et fistules communiquant avec l'uretère ; et cela dès que la vie du malade est en danger et que les autres méthodes de traitement sont inefficaces, pourvu que l'autre rein soit sain.

2. La néphrectomie peut être pratiquée par une section abdo-

minale comprenant l'incision du péritoine, ou par une section lombaire qui laisse le péritoine intact. La première méthode est convenable dans le cas de rein mobile; la seconde est indiquée quand le rein est complètement ou à peu près fixe.

3. L'incision lombaire constitue le procédé le moins dangereux et mérite, par conséquent, la préférence.

4. La meilleure façon d'agir, quant au pédicule, consiste à le lier avec soin et à l'abandonner, en mettant en œuvre toutes les précautions antiseptiques.

5. L'incision avec suture du bord du kyste à la peau constitue le meilleur traitement dans le cas de reins hydronéphrotiques adhérents, empyème du calice et échinocoques du rein.

6. La méthode consistant à faire le cathétérisme de l'uretère chez la femme et à exercer une constriction sur l'uretère de l'homme, dans le but de confirmer le diagnostic d'une affection rénale unilatérale, n'a pas été assez employée et mériterait de l'être plus : on pourrait peut-être y joindre l'emploi simultané de l'endoscope. — *Abstracts*, p. 225.

Faisons des réserves pour le dernier paragraphe qui nous paraît bien théorique, et pour le cinquième dont les conclusions ne doivent pas non plus trouver souvent leur application.

Maintenant, comment le professeur Czerny omet-il de parler du temps si difficile de l'énucléation de l'organe? Presque toujours le rein malade, en effet, est entouré d'un tissu cellulaire enflammé très adhérent et qui en rend l'extraction fort pénible. C'est ce que nous avons pu observer l'année dernière dans la néphrectomie pratiquée par le professeur Le Fort. C'est ce que signalent tous les deux, dans leur communication MM. R. Barwell et Clément Lucas. « Le rein, dit ce dernier, était tellement adhérent aux côtes qu'on dut le détacher avec un bistouri boutonné. Et M. Barwell : « Je prévis que la proximité de la deuxième côte et de la crête iliaque et un tissu cicatriciel épais causeraient des difficultés.... Je fis l'incision oblique habituelle; mais le tissu cicatriciel gênait considérablement et je ne pus m'en servir comme guide vers le rein. » Notons au passage que M. Barwell a employé la méthode de morcellement préconisée par Péan.

« Je coupai, dit-il, la tumeur en deux avec des ciseaux dans la profondeur de la plaie, séparant chaque partie du pédicule lié, et les extirpai séparément. » Comme on le voit, les deux communications auxquelles nous faisons allusion ont pour

objet d'exposer à la section de chirurgie chacune un cas heureux de néphrectomie.

Nous en trouvons un autre dans le mémoire de M. W. Morrant Baker, intitulé : « Affections pathologiques du rein susceptibles d'une intervention chirurgicale. Observation de trois faits. »

Il est vrai que l'auteur ne donne aucun détail sur son opération. Les deux autres faits observés par le chirurgien anglais sont absolument classiques. Il s'agit de néphrotomies pratiquées pour des abcès périrénaux d'origine rénale. Nous n'y insisterons donc pas. Nous ne ferons également que signaler la communication de M. Arthur-E. Barher qui ne présente rien que l'on ne trouve dans tous les auteurs. Elle a pour titre : « Quelques points relatifs aux opérations qui se font sur les reins. »

Progrès récents dans la méthode d'extraction des calculs vésicaux. — Grande discussion entre le sir Henri Thompson, le célèbre spécialiste anglais, et le professeur Henry Bigelow (de Boston). Il s'agit de savoir exactement lequel des deux chirurgiens a fait faire le plus de progrès à la lithotritie. Disons-le bien vite la question est moins scientifique que... personnelle, et ce n'est pas exclusivement pour démontrer son instrument que le chirurgien américain a traversé l'Atlantique. Ne voulant pas nous occuper de ces questions de priorité, d'ailleurs bien difficiles à trancher, nous passons donc aux communications suivantes :

M. Mazzoni, de Rome, expose la pathologie des calculs du périnée. Ils peuvent, dit-il :

- 1° Dériver directement de la vessie;
- 2° Se former dans les fistules vésico-urétho-périnéales;
- 3° Être contenus dans un kyste formé par les parois de l'urèthre;
- 4° Se trouver dans le scrotum sans communiquer avec le canal.

Dans le troisième cas, il faut former un hypospadias permanent. Dans tous les autres, le calcul doit être extrait et la fistule guérie.

Puis une discussion s'engage sur la lithotritie et la taille. Presque tous les chirurgiens présents y prennent part, c'est-à-dire que nous ne saurions la reproduire. Ce serait répéter les arguments donnés dans tous les livres classiques sans arriver à une conclusion précise; parler bien longuement, par conséquent, pour ne rien faire connaître de nouveau. Tel n'est pas

le but que nous nous proposons d'atteindre dans ces comptes rendus.

Enfin trois communications sont présentées ayant pour objet de ramener les chirurgiens à la taille hypogastrique trop délaissée peut-être à notre époque. Les lecteurs de la *Revue* auront soin de les rapprocher du rapport de M. Gosselin, à l'Académie (numéro du 24 septembre dernier. Ils verront quels résultats cette opération a déjà donnés à M. Périer dans deux cas demeurés célèbres.

C'est un chirurgien de Paris, M. Th. Auger qui prend le premier la parole. Il se sert du thermo-cautère pour arriver dans le réservoir de l'urine. Combinée au procédé de Pétersen, la taille sus-pubienne doit, en effet, donner les meilleurs résultats possibles quand la prostate hypertrophiée est, dit M. Th. Auger, comme enclavée dans la loge ostéo-fibreuse et inextensible du petit bassin.

Puis M. Vincent (de Lyon) lit un mémoire sur la laparotomie et la cystorrhaphie dans les plaies perforantes intrapéritonéales de la vessie, analysé déjà dans ce journal, au moment où il fut publié par son auteur. (*Archives générales de médecine et de chirurgie*). Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

Étant donnée l'inexorable léthalité des perforations intrapéritonéales de la vessie avec épanchement d'urine sous le péritoine, il faut, en présence de ces accidents redoutables, recourir à la laparotomie et à la suture de la vessie comme à l'unique moyen rationnel de salut. Notre procédé de suture vésicale à double plan sérieux aglossé donne les garanties les plus certaines d'imperméabilité et de résistance. Il permet à la vessie de récupérer immédiatement ses fonctions et met à l'abri de la continuation ou du retour de l'épanchement urinaire. Les chances de succès, en ce qui concerne la vie du blessé, sont en rapport inverse avec le temps écoulé depuis l'accident. Il faut donc exécuter l'opération le plus tôt possible. La conduite que nous conseillons, en nous basant sur nos expériences, n'est autre que celle suivie déjà par Walter, Willett et Heath.

Si les précautions antiseptiques du pansement listérien ont éloigné le danger des opérations ayant la péritoine pour siège, si, d'autre part, nos expériences paraissent avoir démontré qu'on peut réaliser une suture vésicale très solide, très sûre, n'est-il pas permis de proposer un retour vers l'emploi de la taille sus-pubienne en la terminant par une suture perdue comme celle

que nous avons expérimentée? Ne doit-on pas la préférer — le danger de la péritonite, des infiltrations et des fistules étant évité, — comme procédé de choix à tous les procédés de cystotomie périnéale? Ne doit-on pas songer à se débarrasser de l'antique fatras des lithotomistes et ne garder à l'avenir, pour l'extraction des calculs de la vessie que deux moyens : la lithotritie pour les calculs friables ou de petit volume et la taille hypogastrique pour les calculs volumineux ou d'une dureté extrême.

Enfin, M. Adolfe Fischer, de Budapest, va encore plus loin que le chirurgien de Lyon. Il propose la résection de la vessie, et considère les conditions pathologiques suivantes comme principales indications de son excision partielle :

1. Plaie contuse de la vessie.
2. Diverticule de la vessie contenant un calcul enkysté.
3. Dilatation générale de la vessie quand la cause en est supprimée on peut l'être.
4. Tumeurs bénignes et malignes se développant dans les parois vésicales.
5. Fistule vésico-abdominale, vésico-vaginale, recto-vésicale.
6. Ulcérations destructives avec menace de rupture, sans exclure les autres méthodes de traitement.

C'est, on le voit, s'éloigner grandement des idées jusqu'à présent admises. L'avenir donnera-t-il raison à M. Adolfe Fischer? Véritablement nous ne saurions le croire.

Des rapports entre l'adénome, le sarcome et le carcinome du rein chez la femme; diagnostic de ces tumeurs à la période de début; résultats du traitement chirurgical. — Tel est le sujet d'une discussion soulevée à la cinquième section par le Dr Samuel Gross de Philadelphie. Les deux premières parties de la communication sont admises presque sans conteste. L'orateur y développe ces points d'anatomie pathologiques sur lesquels on ne discute généralement que les mots. Mais il n'en est pas de même de la troisième. M. Gross est chirurgien, en effet, et chirurgien optimiste, et il a contre lui, par cela même tous les médecins présents à la séance. Signalons parmi les plus acharnés le professeur Semmola. C'est une vérité indiscutable que jamais médecins et chirurgiens ne s'entendent sur la valeur et l'opportunité des amputations du sein. Quel médecin consentirait à admettre les propositions suivantes du savant de Philadelphie :

L'intervention chirurgicale dans les cas de sarcomes et de

carcinomes, non seulement retarde la marche de la maladie, en prévenant la dissémination locale et le développement de tumeurs viscérales, mais, de plus, elle amène, et cela assez souvent, une guérison radicale.

Les reproductions sur place de sarcome et de carcinome n'empêchent pas d'obtenir une guérison définitive, pourvu qu'on les enlève complètement dès qu'elles apparaissent.

Le fait que les ganglions lymphatiques sont infectés, ne s'oppose pas à l'opération en cas de carcinome; en effet, les glandes infectées ont été extirpées dans un tiers environ des cas dans lesquels la guérison radicale a été obtenue.

Les opérées de sarcome ou de carcinome, d'une manière générale, peuvent être considérées à l'abri d'une reproduction locale et générale, lorsque trois années se sont écoulées depuis la dernière opération.

M. Gross oublie, suivant nous, le meilleur argument en faveur de l'intervention chirurgicale dans les cas de ce genre.

L'amputation du sein, aurait-il pu dire, est actuellement une opération si simple; la guérison peut s'en obtenir si rapidement, grâce aux méthodes antiseptiques, qu'il n'y a réellement pas lieu de laisser une femme mourir dans l'épouvantable et lente agonie d'un cancer extérieur, suivant le cours normal de son évolution.

De la valeur comparative des résections hâtives et des résections tardives dans les diverses affections articulaires. — Communication fort intéressante par le professeur Ollier (de Lyon).

Le monde médical connaît trop les travaux du savant français sur la période et la régénération des os pour ne pas admettre son autorité dans la question des résections. Aussi le discours qu'il prononce est-il écouté avec l'attention la plus respectueuse, la plus sympathique. Résumons-en les passages principaux.

Les résultats orthopédiques et fonctionnels des résections articulaires sont subordonnés, dit M. Ollier, à deux éléments principaux : la méthode opératoire employée, et l'état d'altération plus ou moins grande des tissus qui constituent ou entourent l'articulation.

D'une manière générale, plus une résection pratiquée pour une ostéo-arthrite, sera faite de bonne heure, plus ses résultats orthopédiques et fonctionnels seront satisfaisants.

Le chirurgien de Lyon expose alors les méthodes avec lesquelles on peut arriver à la reconstitution des articulations sur

leur type primitif. Ces méthodes, on le sait, ont été découvertes à la suite des expériences de M. Ollier, dont elles sont la conséquence logique. Puis il se prononce pour les résections hâtives, dans les cas d'ostéo-arthrite fongueuse. La méthode antiseptique, dit-il, rend encore leurs indications plus fréquentes qu'autrefois.

Consécutivement aux traumatismes, l'orateur croit à la supériorité des résections secondaires, mais il ne les veut pas trop tardives. (A suivre.)

NOUVELLES

OBSEQUES DE M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD. — Les obsèques de M. le professeur Bouillaud ont eu lieu lundi à Saint-Thomas-d'Aquin, au milieu d'une assistance considérable. Le deuil était conduit par M. le docteur Auburtin, son gendre. La Faculté de médecine de Paris était représentée par son doyen, M. Vulpian, accompagné d'un grand nombre de professeurs et d'agrégés; l'Académie des sciences et l'Académie de médecine, par leur président respectif, MM. Wurtz et Legouest, et de nombreux académiciens. Enfin la plupart des médecins des hôpitaux, plusieurs représentants de la presse médicale, et un grand nombre de médecins de Paris avaient tenu à rendre un dernier honneur à ce maître vénéré.

Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Vulpian, Germain Sée, Béclard, Wurtz, Legouest et Henri Roger. Conformément à la volonté expresse du défunt, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe, et les honneurs funèbres auxquels lui donnait droit son titre de commandeur de la Légion d'honneur ne lui ont été rendus par aucun détachement militaire. L'inhumation a eu lieu au cimetière Montparnasse.

— A l'ouverture de la séance de l'Académie des sciences qui a eu lieu quelques instants après l'inhumation de M. Bouillaud, M. le président Wurtz a prononcé l'allocution suivante :

« Messieurs, nous venons de rendre les derniers devoirs à M. Bouillaud. La Compagnie perd en lui une illustration médicale, un esprit élevé et, ce qui est plus rare, un grand caractère. Ses travaux, dont les premiers datent de plus d'un demi-siècle, conservent encore aujourd'hui leur valeur et leur actualité. La science lui doit de véritables découvertes en pathologie. Il me suffira de rappeler la détermination des rapports entre les maladies du cœur et les affections rhumatismales, la localisation dans les circonvolutions frontales de l'hémisphère gauche du siège de l'aphasie.

« J'ai la confiance que ces travaux et beaucoup d'autres du même ordre trouveront un jour un interprète autorisé. Pour le moment, il nous reste à honorer la mémoire de notre illustre collègue en levant la séance en signe de deuil. »

En présence de cette mort, entrevue peut-être depuis quelque temps, mais péniblement soudaine, notre émotion se recueille dans un respectueux silence. Mais nous ne tarderons pas à parler du grand homme que la science vient de perdre, dès que nous aurons réuni les matériaux indispensables.

E. F.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

12 Novembre 1881

APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — Les localisations cérébrales au Congrès international de médecine de Londres, par le Dr Édouard Fournié. (Suite.) — De l'activité motrice. — Pour localiser l'activité motrice nous suivrons la même marche que nous avons adoptée pour l'activité sensible. Nous nous appliquerons donc à analyser d'abord théoriquement la nature et le développement des divers mouvements.

Lorsque, sur un animal inférieur, une grenouille, par exemple, on vient à séparer la tête du tronc, on constate que les mouvements respiratoires, ceux du cœur, les mouvements péristaltiques des intestins continuent à se produire. On peut même, par l'excitation électrique, obtenir des mouvements complexes des membres, et les mouvements producteurs du cri, si, comme l'a fait M. Vulpian, on expérimente sur des rats.

Chez l'homme malade on peut relever des phénomènes analogues. A la suite d'une attaque d'apoplexie le cœur, les poumons, l'estomac continuent à fonctionner, et, si l'on applique l'excitation électrique sur les parties paralysées, on obtient des mouvements des membres et de l'organe de la voix.

Quelle conclusion tirer de ces faits? Il n'y en a qu'une, c'est que certains mouvements sont indépendants, jusqu'à un certain point, de l'excitation cérébrale, et que d'autres, tels que les mouvements des membres, ceux de l'organe de la voix, peuvent s'accomplir sans l'intervention du cerveau, mais à la condition qu'une excitation artificielle remplacera celle de ce dernier (pincement, électricité). Aux premiers nous avons donné le nom de *mouvements de la vie fonctionnelle de nutrition*, aux seconds celui de *mouvements de la vie fonctionnelle de relation*. Nous n'avons à nous occuper ici que de ces derniers.

Les mouvements de la vie de relation (membres, tronc, tête, voix) peuvent donc être exécutés sans la participation du

Novembre, T. II, 1881.

58

cerveau, mais comme cela n'est possible que sous l'influence d'une excitation qui porte ses effets sur les nerfs sensitifs et sur la moelle, nous devons admettre que, dans l'axe médullaire, se trouvent réunies les conditions naturelles capables non seulement d'exciter un mouvement musculaire isolé, mais encore des mouvements élémentaires coordonnés en mouvements d'ensemble, tels qu'on les rencontre dans les membres.

Dès lors nous ne devons pas chercher dans le cerveau les rouages qui entrent en jeu dans l'exécution de ces mouvements. L'excitation seule qui met en branle le mécanisme médullaire devra s'y rencontrer. Mais qu'est-ce que cette excitation ?

Ici nous devons distinguer et établir une division qui s'impose fatalement à nous : les *mouvements instinctifs* et les *mouvements intelligents*.

Mouvements instinctifs. — Ces mouvements comprennent ceux qui sont exécutés sous l'influence des impulsions variables qui poussent l'animal et l'homme à remplir leur destinée physiologique. Il y a des *instincts généraux* et des *instincts particuliers* qui poussent invinciblement l'animal à agir d'une façon spéciale et déterminée : l'oiseau fait son nid, l'homme invente le *rapport significatif*.

Ces mouvements sont exécutés sous des conditions qu'il s'agit de préciser :

1° l'animal ne les apprend pas, l'homme seul met de l'intelligence jusque dans son instinct, car il apprend les mouvements de langage. Cependant il n'échappe pas à la loi commune, car, dès le principe, il a dû inventer son langage ;

2° L'impression du but à atteindre suffit pour que le mouvement soit excité à se produire. De là, une première intervention de *l'activité sensible* : il faut *sentir* le but. Ce sentiment est agréable ou désagréable, et, selon le cas, l'animal se meut dans un sens ou dans un autre sans se préoccuper des instruments qu'il met en jeu ; il atteint le but ou il l'évite.

Ainsi donc, dans l'exécution des mouvements instinctifs, le cerveau agit simplement comme organe excitateur et dans cette excitation il est poussé par les variables modifications de *l'activité sensible*.

Mouvements intelligents. — On distinguera ces mouvements des précédents par un caractère absolu : les *mouvements intelligents ont toujours besoin d'être appris et d'être dirigés dans leur exécution par un des sens spéciaux*. L'oiseau n'apprend

pas à faire son nid, le castor sa cabane ; dès le premier jour ils sont tout aussi habiles qu'après un long temps d'expérience.

L'homme apprend la plupart de ses mouvements, et, à cet effet, il dirige l'exécution de ces derniers par un des sens, le son par l'oreille, l'image par les yeux. Cet apprentissage est presque toujours pénible ; car il a pour but de modifier la mécanique naturelle des mouvements instinctifs : l'apprentissage du chant, des instruments, de l'escrime, de la parole.

L'activité sensible intervient ici de deux façons : 1° pour sentir le but à atteindre, le modèle à imiter, le résultat à obtenir ; 2° pour diriger les mouvements.

Les mouvements appris présentent ceci de particulier que ils sont emmagasinés à l'état de *causes excitatrices intracérébrales* et qu'ils peuvent réveiller l'activité sensible, c'est ainsi que nous parlons mentalement, que nous traçons les divers modèles que nous voulons imiter dans les arts, etc.

Les faits que nous venons d'analyser, touchant l'exécution des mouvements instinctifs et intelligents, nous disent clairement ce que nous devons chercher dans le cerveau au point de vue de *l'activité motrice*. Évidemment, nous ne devons pas chercher dans cet organe des centres destinés à effectuer les mouvements comme on l'a fait pour la parole et les centres psycho-moteurs. Nous devons y chercher les conditions matérielles multiples qui concourent à l'incitation motrice.

Localisation de l'activité motrice. — Tout mouvement, qu'il soit instinctif ou intelligent, est précédé ou accompagné d'un phénomène sensible, par conséquent, c'est dans l'organe de *l'activité sensible*, c'est-à-dire dans les couches optiques qu'il faut chercher la première condition de l'activité motrice.

Si l'on se rappelle ensuite que les causes excitatrices intracérébrales, constituant la connaissance et le souvenir, peuvent à leur tour inspirer et exciter certains mouvements, nous plaçons la seconde condition dans la périphérie corticale du cerveau.

Enfin, considérant que les corps striés renferment les fibres motrices qui proviennent de la moelle, nous plaçons dans cet organe les conditions matérielles qui reçoivent les excitations dont nous venons de parler et les transmettent aux nerfs moteurs.

Les faits pathologiques et les expériences qui ont été pratiquées sur l'écorce grise aussi bien que sur les corps striés,

Novembre, T. II, 1881.

59

viennent à l'appui de cette manière de voir. Voici, d'ailleurs, les résultats que nous avons obtenus avec l'injection caustique au chlorure de zinc.

Lésions de la motilité. — Les lésions du mouvement se sont montrées constantes toutes les fois que nous avons atteint des corps striés. Nous avons même été assez heureux pour voir la marche parallèle de l'action du caustique et de la paralysie. Dans les observations X et XI, en effet, l'action du caustique s'est manifestée d'abord par une excitation vive à l'ambulation; puis, à mesure que son action devenait plus profonde, nous voyions se produire la paralysie des membres antérieurs, d'abord, celle des membres postérieurs ensuite, et enfin une paralysie complète et définitive coïncidant avec l'action complètement destructive du caustique. Des aboiements, très forts et très persistants, ont montré l'action excitatrice des parties incomplètement détruites.

Ces observations ne diffèrent pas sensiblement de celles que nous trouvons dans les recueils d'anatomie pathologique; nous sommes, par conséquent, d'autant plus autorisé à conclure que les corps striés sont le centre organique où viennent aboutir les incitations aux mouvements voulus, et d'où partent les excitations aux mouvements volontaires.

Dans nos expériences, nous avons noté une particularité que l'on retrouve dans quelques observations pathologiques. Nous voulons parler de l'ambulation en cercle et de la tendance que présentent les animaux à se diriger ou à tourner sur le côté blessé. Ce phénomène n'est pas spécial à la lésion des corps striés, car nous l'avons rencontré coïncidant avec des lésions des centres blancs et des circonvolutions. Nous ne pensons pas, comme quelques-uns l'admettent, qu'on doive attribuer ce phénomène à la prédominance de l'action sthénique du côté sain sur le côté lésé; nous ne voyons là qu'un phénomène de surexcitation sensible occasionnée par la blessure; cette surexcitation, ne pouvant pas agir sur le côté lésé, puisqu'il est détruit, se transmet au côté opposé, et pousse ainsi l'animal à se tourner vers le côté qui est le siège de la surexcitation (1).

Des notions acquises. — Nous désignons sous le nom, de *notions acquises* les résultats durables de l'activité sensible et de l'activité motrice, et comprenant les causes intra-cérébrales

(1) E. Fournié. *Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau* p. 85. 1873.

de ces deux activités. Beaucoup de physiologistes confondent ces résultats avec les perceptions elles-mêmes. Ce n'est pas ainsi que nous envisageons les choses. Selon nous, les notions acquises sont classées à la périphérie corticale à l'état de causes excitatrices spéciales destinées à réveiller les idées, les perceptions dans les couches optiques. Ces dernières, placées au centre de l'encéphale, reçoivent par les fibres blanches les excitations provenant de l'écorce, et à chacune de ces excitations correspond une perception, une idée particulière.

Quant au classement organique des notions acquises à la périphérie du cerveau, nous ne connaissons rien de bien précis.

Cependant, si le fait fondamental d'une certaine disposition ordonnée n'est pas douteux pour nous, nous ne saurions décrire les particularités de ce classement organique. Ce que nous savons de positif sur ce point, c'est que la perte de l'association des perceptions acquises (démence) coïncide avec une lésion plus ou moins étendue de la couche corticale du cerveau; c'est que l'état hallucinatoire s'accompagne de lésions isolées dans la même région; c'est que, dans la plupart des maladies fébriles s'accompagnant de délire (fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole, etc.), l'inflammation de la couche corticale qui provoque ce délire (méningite) laisse souvent après elle des traces qui entretiennent, pendant plus ou moins longtemps, une amnésie partielle ou générale.

Quant aux localisations spéciales, nous n'en connaissons qu'une bien positive, c'est le siège de la mémoire des mots qu'il ne faut pas confondre avec la mémoire des idées. Nous voyons des malades qui peuvent penser, écrire, mais non parler. Ceux-ci présentent généralement une lésion qui siège au niveau de la troisième circonvolution des lobes frontaux.

L'expérimentation sur le cerveau des chiens vivants n'a pu, sur ce point, que nous donner des indications générales. Les chiens chez lesquels nous avons détruit la couche corticale odorent, voient, souffrent, entendent, mais semblent avoir perdu la mémoire et l'association des perceptions qui, dans les conditions normales, imprime à leurs mouvements un caractère logique.

Nous devons nous contenter, pour le moment, de reconnaître que la condition matérielle de la permanence des perceptions et de leur association réside dans la couche de substance grise des circonvolutions. A l'avenir est réservé le soin de nous en apprendre un peu plus sur ce sujet.

En attendant, nous croyons devoir consigner ici quelques propositions, qui nous paraissent être la conséquence naturelle de notre manière de voir touchant la localisation des notions acquises :

D'après l'harmonie évidente qui existe entre le monde extérieur et les capacités de notre intelligence, nous croyons fermement que le cerveau de l'homme a été organisé en vue de cette harmonie même; que, par conséquent, toutes les connaissances qu'il peut acquérir sont organiquement représentées dans les éléments nerveux sous forme de *possibilité*. Le travail de l'homme n'aurait d'autre effet que celui de transformer ces possibilités en réalités efficaces.

D'après cela, les cellules de la substance grise des circonvolutions, dont la fonction spéciale est de conserver, sous forme de mouvement, l'empreinte des perceptions, représenteraient l'ensemble des *possibilités* de l'esprit humain. Ces possibilités se montrent en nombre très variable selon le degré de culture des individus. Les uns réveillent par le travail l'activité du plus grand nombre possible de cellules. Chez d'autres, ce nombre est très restreint, et il est des cellules qui ne se réveillent jamais. A ce point de vue, le cerveau est une tapisserie admirable dont le Créateur a fourni le canevas et dont l'activité de l'homme remplit tous les jours les mailles.

Le cerveau des hommes d'aujourd'hui est organiquement le même que celui des hommes d'autrefois; les cerveaux ne diffèrent entre eux que par le nombre de rapports établis et par le nombre de cellules réveillées.

Après les conditions de travail qui font que l'esprit d'un homme est éclairé en proportion du nombre de cellules réveillées, nous faisons intervenir la qualité de la matière nerveuse qui se prête plus ou moins facilement aux excitations de l'intelligence (activité sensible chez l'homme.)

Quant au nombre exact des cellules, nous croyons qu'il est le même chez tous les hommes, excepté chez les monstres et chez quelques idiots.

Chez l'animal dont la conformation se rapproche le plus de celle de l'homme. — le gorille, — la substance grise des circonvolutions renferme un nombre de cellules bien inférieur à celui que représente la même substance chez l'homme. Un

enfant âgé de quatre ans possède un cerveau deux fois aussi volumineux que celui d'un gorille adulte (1).

A ce point de vue exclusivement anatomique, l'homme est seul de son espèce, et on ne voit pas comment s'y prendraient les partisans de l'évolution pour expliquer la multiplication des cellules dans le cas de transformation d'un gorille en être humain.

REVUES CLINIQUES

CLINIQUE MÉDICALE

Rubéole. — Un malade du service de *M. Raymond*, suppléant à l'Hôtel-Dieu, a présenté un cas de cette curieuse affection auquel les Allemands donnent le nom de *Rötheln* et que l'on connaît, surtout en France, sous le nom de rubéole. Le jeune malade présentait, à son entrée à l'hôpital, deux éruptions nettement différentes : l'éruption de la scarlatine et l'éruption de la rougeole; la première occupant à peu près la moitié supérieure du corps, l'autre la moitié inférieure. En même temps on constatait de l'amygdalite; la langue était chargée d'un enduit moins marqué que dans la scarlatine légitime, présentant plutôt l'aspect qu'on lui rencontre dans l'embarras gastrique. Il n'y avait pas de conjonctivite ni de larmoiement mais du coryza. Le tout avait débuté par un frisson et la fièvre était vive. Comme antécédents on trouvait que le malade, qui avait été vacciné, avait eu la varioloïde, et que deux ans auparavant il avait été soigné pour une rougeole bien caractérisée.

En présence de quelle affection se trouvait-on? Les commémoratifs permettaient d'écarter d'abord les éruptions dues à l'ingestion de certains aliments spéciaux bien connus, poissons de mer, etc., ou de médicaments tels que le sulfate de quinine. Le malade de plus, autant qu'on pouvait en être certain, ne s'était trouvé en rapport avec aucun autre enfant atteint, soit de rougeole, soit de scarlatine.

Depuis l'entrée, l'éruption scarlatineuse avait disparu, l'éruption d'apparence rubéolique s'était atténuée, le mal de gorge était guéri, il n'y avait aucune trace de desquamation, pas

(1) *De la place de l'homme dans la nature*, par Th. Huxley, trad. de E. Dally, page 201.

d'albumine dans les urines.... Devait-on dire qu'il avait la scarlatine ?

Mais à côté des symptômes propres à cette maladie, éruption caractéristique, mal de gorge, enduit de la langue, s'étaient montrés des signes non équivoques de rougeole, taches, coryza, etc. C'était donc bien une affection mixte, un mélange des deux exanthèmes, constituant une entité pathologique déjà décrite, la rubéole. C'est à ce diagnostic que s'est arrêté M. Raymond. Il est en cela de l'avis de Heim, qui en fait une maladie bien distincte, *sui generis*.

Cette affection a déjà donné lieu à d'interminables discussions, les uns voulant y voir une scarlatine à exanthème morbide difforme, d'autres une rougeole à exanthème scarlatiniforme, selon que les symptômes de la scarlatine ou de la rougeole dominent.

Au dernier congrès de Londres la question a été de nouveau agitée, sans que beaucoup de lumière soit sortie du débat. Le professeur Jaccoud est d'avis, qu'au point de vue du diagnostic, il faut juger d'après les phénomènes généraux qui sont ceux de la rougeole ou ceux de la scarlatine et non d'après l'exanthème exceptionnellement modifié. Le mélange ne concerne que l'éruption ; les symptômes fébriles et les déterminations locales seraient toujours exclusivement celles de l'une ou de l'autre maladie. L'opinion de M. Raymond est un peu différente : la rubéole, pour lui, est une fièvre éruptive spéciale, très contagieuse, mais bénigne. La guérison arrive généralement vite après une convalescence rapide. La conduite à tenir pour le praticien se borne à peu de chose ; comme dans la rougeole simple il doit surveiller, les symptômes qui pourraient à un moment donné, prendre le caractère de complication ; sans quoi il n'a guère qu'à assister en spectateur à l'évolution normale de la maladie.

Rash variolique. — Les efflorescences cutanées prémonitoires qui apparaissent fréquemment au début de la variole, peuvent prendre parfois des caractères tels que le diagnostic devient des plus difficiles. Tel est le cas d'un homme de 35 ans tout récemment en observation dans le service de M. LANDRIEU à l'Hôpital Saint-Louis. Ce malade a présenté comme particularité l'apparition d'un rash érysipélateux de la face et du cou qui avait donné le change au début et l'avait fait admettre à l'hôpital Lariboisière. En même temps le reste

de son corps se couvrait d'une éruption rubéolique très manifeste, il existait du larmolement et de la bronchite. Le lendemain l'apparition de macules nombreuses vint dissiper tous les doutes. Le rash polymorphe prit alors un caractère pronostique grave. Il devint rouge foncé, légèrement violacé à la face, tandis que les macules rubéoliques devenaient ecchymotiques, franchement hémorrhagiques. Pendant ce temps l'état général s'aggravait, les pustules prenaient aussi le caractère hémorrhagique, sans devenir entièrement confluentes, le malade était plongé dans le collapsus et la mort survenait le sixième jour de l'éruption, malgré la médication recommandée par les auteurs, en pareil cas. Quelques médecins admettent, dans de pareils faits, la coexistence d'une rougeole et d'une variole. Le plus grand nombre n'y voient qu'un rash particulier analogue aux autres éruptions du même genre et dont la nature n'est pas bien connue.

Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer ceux de nos lecteurs qui voudraient connaître l'état de la science sur ce sujet et principalement sur le rash érysipélateux à la thèse du Dr Barthélémy (*Recherches sur la variole*, 1880), où se trouvent étudiées la coexistence des deux rash et leur valeur pronostique, qu'il serait trop long de discuter ici.

Paralysies syphilitiques. — Les tumeurs intra-crâniennes dues à la syphilis arrivent le plus souvent à se localiser de telle sorte qu'une étude minutieuse des symptômes auxquels elles donnent lieu par leur présence permet au médecin d'arriver à un diagnostic de siège réellement merveilleux. Un fait de ce genre a été l'objet d'une très intéressante clinique du Dr Lancereaux à la Pitié, et l'autopsie est venue depuis confirmer aussi exactement que possible les conclusions du maître. (*Un. méd.* 1881.)

Une femme de 47 ans avait été atteinte 25 ans auparavant d'un chancre induré de la lèvre et pendant 20 ans n'avait offert aucune manifestation de sa diathèse. En 1877, des douleurs frontales vives, du côté droit et un mauvais état général la firent entrer une première fois à Saint-Autoine où elle fut améliorée par l'iodure de potassium à haute dose. L'année suivante apparurent des troubles du côté de l'œil avec continuation de la céphalée. Ces troubles de l'œil pour lesquels elle fut soignée dans le service de M. Le Dentu se succédèrent ainsi : kératite névro-paralytique, abcès cornéen, perforation,

hernie de l'iris et staphylome consécutif. En même temps, on constatait de l'anesthésie de la face à droite et de la surdité du même côté. L'iodure de potassium, le régime lacté, les poudres stomachiques améliorèrent sa situation et relevèrent les forces et l'appétit. Une troisième fois, en 1879, le même régime ramena une amélioration marquée et la diminution des souffrances. C'est après un quatrième retour à l'hôpital, vers la fin de 1879, que M. Lancereaux fit une clinique sur cette malade. A ce moment existait, outre les altérations de l'œil, de l'anesthésie très marquée de l'œil, de la joue, du nez, de la moitié droite de la langue, de la paralysie faciale du même côté, de la surdité et même des troubles de l'équilibre. Cette paralysie concomitante des cinquième, septième et huitième nerfs crâniens droits ne pouvait être expliquée que par une lésion commune les atteignant dans le point où ils sont le plus rapprochés, c'est-à-dire au niveau de la face postérieure du rocher, près de son sommet, au moment où le trijumeau forme le ganglion de Gasser et où l'auditif et le facial plongent dans le trou auditif interne. Cette lésion avait de grandes chances d'être syphilitique puisqu'elle était influencée par le traitement et que développée rapidement, elle restait stationnaire. Venait-elle de l'os ou des méninges? Des méninges très probablement, concluait M. Lancereaux, puisque dans l'immense majorité des cas les exostoses siègent à la voûte et non à la base du crâne. Les troubles de l'œil indiquaient encore que le ganglion de Gasser était lésé, puisque depuis Magendie on admet que la section du trijumeau en avant du ganglion est plus sûrement suivie de perte de l'œil que la section entre la protubérance et le ganglion, quelle que soit ensuite la théorie que l'on admette pour expliquer ces altérations, celles d'Eberth, de Claude Bernard, etc.

Le pronostic porté fut que les lésions ne s'étendraient pas grâce au traitement, mais que la paralysie motrice et sensitive resterait incurable.

Pendant tout 1880 l'état de la malade resta presque stationnaire. Le 27 janvier 1881, elle tomba tout à coup dans le coma et mourut deux jours après. A l'autopsie on trouva la confirmation du diagnostic; une masse fibreuse à la face postérieure du rocher, s'étendant de son sommet au conduit auditif interne et résultant de l'adhérence et de la fusion des méninges molles et de la dure-mère entre elles et avec la région voisine du cer-
velet. Les nerfs des cinquième, septième et huitième paires

du côté droit étaient englobés dans ce tissu fibreux très compact. Le ganglion de Gasser correspondant était aplati, réduit à une mince bandelette et le microscope y montre une augmentation du tissu conjonctif et une atrophie des éléments nerveux. Il n'y avait rien ailleurs que dans le cerveau.

Aphasie. — M. Chauffard, interne à Lariboisière rapporte dans la *France médicale* un cas curieux d'aphasie d'où il tire une conclusion pratique non encore signalée. Un homme de 63 ans entré dans le service dirigé alors par M. Hanot, offrant des ascendants apoplectiques dans sa famille, avait été pris lui-même d'une attaque à la suite de laquelle il était resté nettement aphasique. A son entrée il dit correctement son nom et son adresse, mais ne peut indiquer sa profession ni prononcer une phrase suivie, à chaque instant, un mot, un substantif lui fait défaut et il exprime vivement son désespoir et ses efforts pour le retrouver. Son écriture est aussi hésitante que sa parole et son énergie cérébrale est vite à bout. Pendant qu'on l'interroge avec instance, ce qui provoque de sa part des efforts considérables, il est pris d'un nouvel ictus cérébral dont il sort plus faible et plus aphasique qu'auparavant, il accuse de plus une céphalée continue et très pénible au niveau de la région fronto-pariétale gauche.

Sous l'influence du repos absolu et de quelques purgatifs, du bromure et de l'iodure de potassium associés à faible dose, l'état général s'est peu à peu amélioré ; mais le malade reste boiteux du cerveau, selon l'expression de Trousseau. Il parle comme si la langue qu'il parle ne lui était pas familière, mais les expressions sont justes, correctes, le vocabulaire ne présente presque plus de lacunes. En revanche, tout effort intellectuel est impossible et aboutit rapidement à la fatigue cérébrale, au surmenage, à la défaillance de l'organe.

Dans cette observation, deux points me paraissent intéressants à retenir, dit M. Chauffard ; d'abord une conclusion pratique : ne pas fatiguer les aphasiques par un examen trop minutieux ou trop prolongé, sous peine de les exposer à un nouvel ictus, surtout chez ceux dont l'aphasie paraît liée à une thrombose localisée, à un vice de l'irrigation corticale ; en second lieu, ne pas oublier en matière de pronostic que l'aphasique peut retrouver à peu près l'usage de la parole, mais qu'il est toujours sous l'imminence de nouveaux accidents, souvent promptement mortels.

F. A. HUE.

Novembre, T. II, 1881.

60

REVUE DE DERMATOLOGIE

Traitement du lupus par l'éthylate de soude. —

Au dire du Dr Richardson, dans *The Lancet*, l'éthylate de soude est supérieur à tous les autres topiques employés dans le traitement du lupus, surtout dans la forme végétante de cette affection. L'éthylate de soude en applications locales amène une prompte destruction des nodosités, en même temps qu'il manifeste des propriétés antiseptiques très énergiques. On l'emploie sous forme de solution alcoolique comprenant une partie d'éthylate de soude pour une partie et demie d'alcool absolu. Une fois l'eschare produite par cette solution concentrée, on panse la plaie consécutive avec cette solution étendue de dix parties d'alcool. (*Méd. Prat.*)

Ce médicament agit comme caustique, et les dermatologistes savent bien aujourd'hui que les scarifications sont bien supérieures aux applications escharotiques.

Traitement de la pelade, par M. VIDAL. — La nature parasitaire de l'affection est encore discutée; peut-être s'agit-il de troubles trophiques. Ce sont les excitants qui donnent les meilleurs résultats pour favoriser la repousse des cheveux. On peut employer la formule de Neumann :

Huile de macis (muscade). . .	} parties égales
Essence de térébenthine, <i>aa.</i> . .	

en frictions matin et soir.

M. Vidal préfère les vésicatoires volants répétés, appliqués sur les plaques de pelade dont on a rasé le pourtour. On peut obtenir ainsi la guérison en trois mois. En même temps, comme moyen préventif, on fera chaque jour des lotions du cuir chevelu avec un verre d'eau de feuilles de noyer additionné d'une cuillerée à café de rhum et d'une d'ammoniaque liquide. On doit encore exciter fréquemment le cuir chevelu par des frictions avec une brosse rude pendant la période de convalescence :

Teinture de cantharides . . .	20 gr.
Teinture de romarin . . .	5 »

en frictions matin et soir.

Dans la pelade décalvante, des vésicatoires seront appliqués tous les deux jours. (*Union médicale.*)

Traitement de l'esthiomène ulcéreux de la vulve par le sulfure de carbone iodoformé. — Le sulfure de carbone ayant été préconisé contre l'esthiomène ulcéreux de la vulve, et les résultats obtenus n'étant pas douteux, M. le Dr J. Chéron a pensé augmenter l'action de la substance en lui adjoignant l'iodoforme, qui jouit aussi de propriétés cicatrisantes remarquables et dont l'action anesthésique locale est bien connue.

L'iodoforme se dissout très bien dans le sulfure de carbone; la solution est d'un rouge vineux; l'odeur du sulfure de carbone et celle de l'iodoforme se trouvent naturellement atténuées par leur association. Pour appliquer cette solution sur les parties malades, on doit se servir d'une baguette de verre qui ne peut porter qu'une très petite quantité de liquide à la fois.

Dès que l'évaporation du sulfure de carbone est terminée, on aperçoit sur l'ulcère une tache jaune d'iodoforme d'autant plus adhérente que la solution a rendu ce médicament impalpable. Cette tache jaune permet d'apprécier si l'ulcère a été, oui ou non, touché dans toutes ses parties.

La formule de la solution employée par M. le Dr J. Chéron, dans son service de Saint-Lazare, est la suivante :

Sulfure de carbone . . .	30 grammes
Iodoforme	5

La douleur de l'application de cette solution est moins vive que celle à laquelle donne lieu le sulfure de carbone pur. Elle ne dure que le temps nécessaire à l'évaporation.

En faisant des applications de sulfure de carbone iodoformé tous les jours, on arrive en très peu de temps à la cicatrisation. M. J. Chéron est parvenu ainsi, à l'aide de ce moyen, à obtenir la cicatrisation dans de nombreux cas rebelles jusqu'alors aux médications classiques. (*Rev. méd. ch. des mal. des femmes et Méd. pr.*)

Traitement des tumeurs vasculaires sanguines de la peau au moyen d'injections interstitielles de baume du Commandeur, par le Dr QUANTIN (de Château-Gontier). — L'auteur rapporte trois observations de tumeurs érectiles de la peau, du volume d'un grain de cassis une pastille de Vichy. Après l'injection du liquide au moyen d'une seringue de Pravaz, contenant quelques gouttes du médicament, la tumeur de rouge ou violacée devient gris cendré

et prend la consistance d'une goutte de cire. Dans trois cas il y eut résorption sans suppuration, mais dans un quatrième cas, sur un sujet porteur de deux tumeurs érectiles, l'une des tumeurs traitée par les injections de baume se sphacéla et il en résulta une eschare de l'épaisseur d'une pièce de cinq francs; il n'y eut cependant aucune dépression à la suite de la cicatrice.

L'auteur conclut :

1° Que les tumeurs vasculaires sanguines de la peau sous-épidermiques et intra-dermiques sont guérissables par des injections du baume du Commandeur;

2° Que cette injection faite jusqu'à saturation est probablement exempte de danger. De plus, le baume du Commandeur ne détériore pas la seringue de Pravaz. (*Union médicale.*)

Traitement des taches pigmentaires de la peau par les applications d'emplâtre mercuriel, par le Dr UNNA (de Hambourg). — L'auteur préconise, pour faire disparaître les éphélides et autres taches pigmentaires, des applications de lambeaux d'un emplâtre au précipité blanc ou de l'emplâtre mercuriel simple. Ces applications ont lieu le soir, après lavage préalable de la peau avec de l'eau de Cologne ou de l'alcool; les bandelettes sont enlevées le lendemain matin. Pour masquer les taches pendant le jour, M. Unna vante beaucoup l'emploi d'un fard, dont l'usage, très répandu dans la haute société de Vienne, est inoffensif pour la peau, et dont voici la formule, d'après la *Berliner Klin. Wochenschr.* :

Rec. Chlorate de bismuth. 5 grammes.

Kaolin 5 grammes.

Vaseline 20 à 40 grammes.

M. s. a.

Les régions de la peau envahies par les taches sont enduites de cette préparation, le matin, après un lavage préalable à l'eau.

Avec l'usage alternatif de ces préparations au mercure et au bismuth, les taches pigmentaires disparaissent très vite sans altération de la peau (*Méd. Pra.*).

Traitement de l'eczéma, par M. VIDAL, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Dans le traitement de l'eczéma surtout dans le traitement interne il faut tenir compte des influences diathésiques, car le traitement spécifique de cette affection n'existe pas. Les purgatifs légers, comme le séné épuisé par

l'alcool, ne donnent aucun résultat certain ; l'arsenic que Bazin préconisait dans les eczémas herpétiques semble agir plutôt comme reconstituant chez certains individus débilités ; il agit chez ces malades à titre d'adjuvant de la médication externe au même titre que les alcalins chez les arthritiques, et les antiscrofuleux chez les strumeux atteints d'eczéma. Le véritable traitement de l'eczéma est le traitement externe.

M. Vidal dirige ainsi ce traitement suivant les périodes de l'eczéma : 1^{re} première période. — Cataplasmes de fécule ou d'amidon cuit ou enveloppement au caoutchouc. Ce dernier moyen semble agir plus efficacement dans certaines formes qu'il est impossible de déterminer à l'avance. S'il existe des démangeaisons on peut faire des lotions avec l'eau blanche, la décoction de racines d'aunée ou d'eau phagédénique diluée. Les bains sont contre-indiqués dans cette période de l'eczéma.

2^e Deuxième période. — On remplace les émollients quand l'inflammation est tombée, par les lotions astringentes et un mélange de poudre d'amidon et de sous-nitrate de bismuth ou d'oxyde de zinc. Dans les eczémas desquamatifs, M. Vidal emploie le glycérolé d'amidon au tannin et au calomel pour les arthritiques et le glycérolé à l'huile de cade pour les scrofuleux.

Les médications substitutives doivent être employées contre les eczémas rebelles à forme chronique sous forme d'applications d'huiles de cade pure ou d'emplâtres diachylon, ce dernier agent donne souvent de bons résultats dans les formes torpides.

On doit employer les eaux minérales avec précaution ; telles eaux conviennent à certains malades et seraient indifférentes ou nuisibles à certains autres. On prescrira les eaux sulfureuses d'Uriage, de Saint-Gervais, aux scrofuleux ; les sources de Royat, de Néris et de Vichy aux arthritiques et aux eczémas de nature indéterminée (*Leçons cliniques*).

Traitement de la gale à la campagne. On peut employer commodément à la campagne, à défaut de bains, le traitement de William Pöeters, qui consiste en frictions avec un mélange dont la composition a été ainsi modifiée par le docteur Vidal :

Onguent styrax..... 2 parties.

Huile..... 1 —

Mélez.

Une onction matin et soir pendant quatre ou cinq jours. Cette pommade, dès la première application, calme les démangeaisons et guérit rapidement les éruptions pustuleuses et croûteuses provoquées par les acares. C'est un excellent traitement de la gale chez les très jeunes enfants. Ils le supportent bien et la guérison est rapide. Pour les enfants au-dessous de trois ans, une seule friction par jour pendant quatre ou cinq jours. (*Rev. d'hygiène*).

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

Traitement des kystes hydatiques intrathoraciques par l'incision et l'extraction. (*Lond. méd. Record.*)

— Le docteur Bird a vu treize cas de kystes intrathoraciques traités par l'empyème. Sur ces treize cas, la mort n'a été observée qu'une fois. Il en rapporte deux nouvelles observations.

Sans doute ce procédé n'est pas toujours applicable. Mais quand le kyste siège manifestement dans la cavité pleurale, on doit le préférer aux moyens ordinaires : ponctions, injections, applications électriques, etc. Avec ceux-ci, on n'est jamais sûr d'avoir détruit la vitalité du kyste et enrayé son développement.

Encore faut-il faire un diagnostic précis, ce qui n'est pas toujours chose aisée. Pourtant on trouvera dans la rapidité du développement et les symptômes d'irritation de la plèvre, des éléments précieux de diagnostic. Il est un autre phénomène important, à ce point de vue, et qu'il convient de rechercher : c'est la variabilité des symptômes physiques.

Tandis que les kystes qui ont leur siège dans les viscères, le poumon, le foie, ne subissent pas l'influence des changements de position du malade ; il n'en est pas ainsi des kystes pleuraux, dont le contenu oscille et se déplace plus aisément.

Dans une des observations qui servent de base au mémoire de Bird, on voit que l'incision fut pratiquée, quelques jours après une ponction exploratrice, entre la septième et la huitième côtes droites. L'extraction de la poche se fit sans difficulté, bien qu'elle fût de grande dimension et déchirée sur plusieurs points.

Le second fait est relatif à une petite fille de neuf ans, arrivée au dernier degré de la cachexie et de l'hecticité. Un trocart de gros calibre introduit entre la cinquième et la sixième côtes donna issue à du pus fétide et à des fragments de la poche mem-

braneuse. Deux jours après, l'ouverture fut agrandie et le kyste enlevé dans sa totalité. Des injections phéniquées furent pratiquées dans la plèvre. Au bout d'un mois l'enfant était parfaitement guéri.

Un malade, opéré par Bird dans des conditions semblables mourut, pendant son séjour à l'hôpital, d'une maladie intercurrente. Cette circonstance a permis à l'auteur de constater les résultats anatomiques de l'extraction d'un kyste. Bien que la poche enlevée fût considérable, le poumon n'en avait pas moins repris son volume primitif et son expansion normale.

Chorée paralytique. — Dans une récente réunion de *the British medical Association*, le docteur Gowers a donné lecture d'un mémoire dont les conclusions sont appuyées par cinq observations recueillies chez des enfants de sept à quatorze ans. Ces faits sont relatifs à une forme particulière de chorée, dans laquelle la parésie musculaire constitue le symptôme prédominant, l'incoordination des mouvements n'occupant qu'un plan secondaire et se montrant très atténuée.

Ici, il y a plutôt de l'inaction que de la paralysie proprement dite; en général, un seul bras est atteint, la langue, le tronc et la jambe restent intacts. Quelquefois les deux bras sont pris simultanément, mais avec une intensité inégale. On peut observer des contractions cloniques, cependant elles sont rares et peu accentuées.

Cette forme de chorée est ordinairement de longue durée, mais elle reste en général bénigne, et finit par céder à l'usage de la strychnine.

On peut voir, en ce moment, dans le service de M. Cadet de Gassicourt, à l'hôpital Trousseau, un exemple remarquable de chorée, qui n'est pas sans analogie avec les faits signalés par Gowers. Il s'agit d'un enfant de 11 ans, atteint d'une chorée d'une gravité extrême. Presque tous les muscles sont atteints et l'incoordination des mouvements est telle que l'alimentation est devenue très difficile. Les muscles de la nuque et du cou font exception; leur faiblesse est extrême, aussi la tête repose-t-elle inerte sur l'oreiller, ce qui forme un singulier contraste avec l'agitation incessante du tronc et des membres.

Sous l'influence de la médication arsénicale, un mieux sensible s'est produit, les mouvements sont moins désordonnés, mais les muscles du cou n'ont pas repris leur vigueur, et la tête roule toujours inerte et oscillante dès qu'on fait asseoir le malade.

Traitement de la blennorrhagie par le chlorate de potasse administré à l'intérieur (*Méd. chirurg. Rundschau* et *L. méd. Rec.*) — Zeitlin a traité 14 cas de blennorrhagie, par le chlorate de potasse, administré à l'intérieur à la dose quotidienne de 3 grammes, suivant la méthode de Dochman. Les résultats ont toujours été satisfaisants. Après quelques jours de traitement la douleur de la miction disparaît, les érections cessent, l'écoulement devient moins abondant et plus séreux. MM.

L'influence heureuse de ce sel est due à la rapidité avec laquelle il est excrété, sans changement de forme, par les reins, et à l'action locale qu'il exerce sur la muqueuse uréthrale.

Le chlorate de potasse a été aussi prescrit, avec avantage, en injection. On peut aussi y avoir recours, dans le cas de cystites blennorrhagiques ou autres ; c'est à l'intérieur qu'il convient alors de l'administrer.

Folie éphémère causée par le froid (*Chicago méd. Review.*) — Reich a observé quatre cas d'insanité survenue dans des conditions intéressantes à la fois au point de vue clinique et médico-légal. Il s'agit d'enfants, qui après avoir été, quatre heures durant, exposés à un froid glacial, passèrent brusquement dans un appartement surchauffé. Immédiatement, ils devinrent anxieux, en proie à des hallucinations. Cet état s'accompagnait de rougeur à la face, et d'une grande chaleur du front. Le pouls était rapide, mais la température normale.

Au bout de quelques heures, tout était rentré dans l'ordre. Les enfants s'endormirent paisiblement et à leur réveil, ils avaient perdu la mémoire de ce qui s'était passé.

F. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

Séance du jeudi 8 novembre 1881.

Présidence de M. LEGUEST.

La correspondance contient des lettres de candidature à diverses places vacantes.

MM. Krishaber, Magitot et Decaisne sollicitent les suffrages pour remplacer M. Peisse, associé libre. MM. Bucquoy et Laborde se présentent, l'un dans la section de pathologie

médicale, l'autre dans la section d'anatomie et de physiologie.

M. Onimus, à propos d'une communication faite à l'Académie des sciences par le gallophobe de M. du Bois-Reymond, relative à la mesure des courants électriques continus appliqués à la thérapeutique, fait remarquer que cette mesure, qui serait très désirable, n'a pu encore être obtenue à cause de la résistance variable que l'épiderme offre aux courants.

Sur la proposition du Conseil, qui s'en est remis au sort pour faire la proposition, l'Académie désigne MM. Pasteur, Le Roy de Méricourt, Briquet, Larrey, Duplex, Bourgoïn, pour être membres de la commission chargée de présenter une liste de candidats à la place de membre associé libre.

M. Noël Guéneau de Mussy signale avec éloges des travaux de Mme Hart sur l'hématologie. Mme Hart croit que M. Norris, dans ses recherches, écrase et décolore les globules sanguins; elle croit que les procédés numérateurs des globules, employés par M. Hayem, et inférieurs à ceux de M. Malassez, ne conduisent pas à des résultats certains. Elle estime, enfin, qu'elle a trouvé un moyen, par l'étude de l'image en projection du globule, d'examiner sans chances d'erreur cet élément capital du fluide nourricier. C'est ainsi qu'elle arrive à apprécier les quantités d'hémoglobine. Cette appréciation a une valeur bien supérieure à celle qui ressort de la numération des globules; chez les anémiques, le nombre des globules peut rester le même pendant que l'hémoglobine diminue.

M. Verneuil met sous les yeux de ses confrères l'écraseur linéaire, heureusement modifié, dans le sens que nous avons indiqué, par M. Després, de Saint-Quentin.

A ce moment, un vaste bourdonnement s'élève de toutes parts : les honorables académiciens s'entretiennent de leurs petites affaires, pendant que

M. Jules Lefort lit un rapport sur des autorisations demandées pour exploiter des sources nombreuses d'eaux minérales.

M. Symore, un vénérable docteur de province, communique un mémoire resté absolument lettre close pour nous. On nous assure qu'il s'agit du traitement de la diphthérie, *vulgo* de l'angine couenneuse, par la diète et les saignées répétées. M. Symore aurait guéri ainsi soixante-deux malades. Est-il bien sûr qu'il ait eu affaire à de véritables diphthériques?

M. Gautier monte à la tribune. Le savant chimiste a l'oreille de la Compagnie : les petites conversations cessent;

M. Gautier annonce qu'il va communiquer une étude sur la présence du plomb dans nos appartements, nos vêtements, nos aliments et nos boissons. Les redoutables suites de l'intoxication saturnine (troubles de la nutrition, de la sécrétion urinaire, du système nerveux), sont trop communs pour que nous ayons à insister sur l'intérêt du mémoire de M. Gautier.

Evidemment, notre savant a voulu présenter un tableau complet de l'intervention du métal toxique dans notre vie; mais il y a lieu de distinguer entre l'intervention dangereuse et l'intervention indifférente, ou peu s'en faut.

A l'intervention de ce dernier genre, il convient de rattacher la présence de la céruse dans les enduits qui recouvrent nos murs d'un composé plombique, dans les papiers qui les décorent.

Il y a aussi du plomb dans les conserves de légumes, le métal provient de la soudure, laquelle renferme 75 0/0 du métal dangereux. Mais la dose ne s'élève pas au-delà de deux milligrammes et demi par kilogramme de conserves; cette quantité peut être négligée.

Les conserves de sardines sont dans d'autres conditions: l'huile qui les baigne attaque le plomb des soudures, et forme des oléates de plomb, dont la quantité s'accroît avec l'âge de la conserve. M. Gautier a trouvé, en moyenne, 36 milligrammes de plomb par kilogramme de conserves de sardines. Dans les foies gras en boîtes métalliques, la proportion est un peu plus forte et atteint 43 milligrammes par kilogramme.

Disons (une fois n'est pas coutume) que dans les boîtes américaines, provenant de Chicago, et des environs, qui sont soudées extérieurement et qui renferment des conserves de bœuf, on n'a rencontré que peu ou point de traces de plomb.

Le plomb existe en quantité dangereuse dans les eaux de Seltz, ayant séjourné à l'intérieur d'appareils tenus couchés longtemps. On sait, en effet, que ces appareils sont fermés par des douilles formées d'un alliage de plomb et d'étain.

L'eau distillée attaque les réservoirs et les tuyaux de plomb neufs dans lesquels elle séjourne; M. Gautier, grâce à des procédés d'analyse très délicats est parvenu à doser dans un litre d'eau distillée, examinée dans ces circonstances, près de un dixième et demi de milligr. par litre.

Il est bon de savoir que la concrétion calcaire qui se dépose sur les conduites des eaux potables distribuées à Paris et dans les grandes villes, n'empêche pas l'action de l'eau sur le plomb.

Mais il faut ajouter que cette action a lieu au cas où l'eau circule.

Le vinaigre et le vin, le vin blanc surtout, agissent aussi sur les cristaux plombiques de baccarat et de Saint-Louis, mais d'une façon qui ne saurait être inquiétante.

En résumé, il n'y a de danger pour la santé publique que dans les conserves additionnées de corps gras et renfermées dans des récipients que ferment des soudures plombiques appliquées à l'intérieur des récipients.

La loi interdit ces sortes de soudures ; c'est à l'autorité supérieure, c'est au gouvernement à faire respecter la loi.

M. Larrey craint que le mémoire de M. Gautier n'effraie le public.

M. Gautier estime, au contraire, que ses constatations sont rassurantes sur la plupart des cas ; il pense, d'ailleurs, que là où il existe un danger, il serait mauvais de ne pas le signaler. Les conserves de sardines, de homards, de foies gras sont à surveiller.

M. Rochard. — Le ministère de l'agriculture et du commerce a pris un arrêté qui interdit les soudures plombiques intérieures ; mais cet arrêté a dû laisser au vieux stock le temps de s'écouler.

Il ne faut pas s'exagérer le danger, la marine a refusé les boîtes soudées intérieurement : plutôt pour satisfaire la théorie que pour remédier à des accidents d'intoxication saturnine, qui n'ont point été observés.

— Prenez garde, répond M. Gautier, que ces accidents sont, au début, très insidieux ; souvenez-vous de l'empoisonnement de tous les hôtes du château de Claremont en 1849. L'empoisonnement avait pour cause des conduites de plomb qui venaient d'être récemment aérées ; les trente-huit personnes qui avaient bu de l'eau empoisonnée ne furent pas toutes malades ; nul doute, cependant, que toutes n'aient été sous l'influence morbide, manifeste ou latente.

MM. Rochard et Le Roy de Méricourt, tout en admettant les très délicates analyses de M. Gautier, ne croient pas que les conserves à l'huile contiennent du plomb en quantité nuisible. Pour M. Gautier et pour les hygiénistes prudents, il semble que cette opinion devrait être tenue pour suspecte. Les oléates de plomb sont, en quantité notable, susceptibles d'agir, par des ingestions répétées, sur les muqueuses, le sang, le foie, les reins, le système nerveux. Il n'est pas invraisem-

blable de leur attribuer une bonne part dans ces malaises vagues, insidieux, qui caractérisent les débuts de l'intoxication saturnine, et qui ont été confondus avec les embarras gastriques, les troubles intestinaux et même l'anémie.

Disons enfin, à titre de renseignement, que l'honorable M. Rochard, qui paraît avoir fait une étude toute particulière des boîtes de conserves, signale comme certainement dangereuses les soudures des boîtes de sardines venues de l'étranger.

Société de chirurgie.

Séance du 8 novembre 1881.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

M. Berger présente plusieurs monographies, entre autres un travail d'un professeur de Florence sur l'extirpation de l'utérus dans les cas de cancer de cet organe. Le procédé consiste à guider, au moyen d'une main introduite par une incision sus-pubienne, une anse galvanocaustique passée par le vagin et qui sectionne l'organe dans sa moitié. La partie à enlever est ensuite abaissée et extirpée par le vagin.

Dans un autre opuscule un chirurgien viennois étudie les pansements à l'iodoforme qu'il emploie dans tous les cas comme antiseptique.

M. Périer reprend la discussion sur la taille hypogastrique avec dilatation du rectum attribuée à Petersen. Il résulte des recherches faites à ce sujet que, dès 1875, au Congrès de Lyon, le Dr Billion étudiant les avantages du ballonnement avait proposé le ballonnement du rectum pour favoriser la taille hypogastrique.

M. Périer présente les pièces provenant d'un malade qu'il a opéré par cette méthode et qui a succombé. C'était un homme de 35 ans qui, pour faciliter une miction difficile s'était introduit dans l'urèthre un tuyau de caoutchouc du calibre n° 20 de 76 centimètres de long et qui avait allongé cette sonde insuffisante au moyen d'un autre tuyau relié au premier par un ajustage en fer. En cherchant à retirer le tout, il n'avait pu ramener que la seconde portion ; la première et l'ajustage étaient restés dans la vessie. Le mois suivant il entra à Saint-Antoine où l'on constatait tous les symptômes d'un corps étranger de la vessie, la sonde exploratrice frottait contre une substance calcaire ; il existait une procidence du rectum. Le

malade fut préparé à la taille par des lavages vésicaux et l'administration journalière de 4 gr. 50 de salicylate de soude. L'opération eut lieu le 26 mars d'après le procédé indiqué par M. Périer. L'incision abdominale fut de quatre travers de doigt à partir du pubis. Quand, après avoir sectionné la paroi vésicale et la muqueuse qui formait bourrelet, on eut extrait facilement le corps étranger, la vessie se retracts si profondément qu'il fut impossible de la suturer. M. Périer y introduisit un tube qui ressortait par la plaie abdominale dont le reste fut refermé. Le tube formait syphon et une sonde fut placée dans l'urèthre. — La mort survint au bout de 15 jours par suite de la néphrite grave dont le malade était atteint avant l'opération ; mais il n'y eut ni retentissement péritonéal, ni abcès prévésical. L'opération avait été très facilitée par la dilatation du rectum.

M. Verneuil, à propos de la dernière discussion sur la coxalgie rapporte le cas d'un garçon de 4 ans et demi, d'une bonne constitution non entachée de scrofule, qui présentait tous les symptômes d'une coxalgie, moins la douleur. Le redressement fut fait sans le chloroforme et le petit malade immobilisé dans une gouttière. Après plusieurs mois, il fut considéré comme guéri ; les mouvements étaient redevenus normaux presque en totalité ; mais au bout d'un certain temps il recommença à boiter, et, quand M. Verneuil le revit, il présentait les déviations caractéristiques, toujours sans douleur aucune. Les adducteurs de la cuisse étaient contracturés, les muscles fessiers atrophiés, ce dont il était facile de se rendre compte en les excitant par le pincement. La rotation en dedans n'était pas entravée, on ne sentait rien vers l'articulation : il n'existait que de la flexion de la cuisse. Le redressement fut fait en 2 séances différentes et le malade remis dans une gouttière.

De l'élongation des nerfs dans les névralgies

M. Polaillon a opéré à la Pitié un homme de 61 ans, cultivateur, qui était entré pour une névralgie de la cinquième paire droite dont il souffrait depuis trois ans. La douleur excessive et rebelle ne le laissait pas une nuit sans revenir toutes les heures ; elle occupait les nerfs sus et sous-orbitaires et le lingual, mais surtout le dentaire inférieur. On ne pouvait toucher la lèvre inférieure sans provoquer une crise douloureuse qui s'irradiait sans s'accompagner de contractions musculaires.

Le bromure de potassium à doses massives, l'hydrate de chloral, les injections de morphine, rien n'y faisait. Avant de

tenter la résection du nerf dentaire inférieur, sur le trajet duquel la douleur se faisait le plus sentir, M. Polaillon pensa à en faire d'abord l'élongation.

L'opération eut lieu le 6 septembre; la chloroformisation fut rapide, 2 grammes de chloral ayant été administrés préalablement. Une incision en L à 1 centimètre en arrière de la branche montante permet d'arriver sur la face externe de cette portion du maxillaire. Une couronne de trépan de 13 millimètres de diamètre fut appliquée au niveau du trou dentaire supérieur, elle comprit la lame externe et le diploé. La lame interne fut enfoncée avec une pince qui servit à en enlever les éclats. On aperçut alors au fond de la plaie un cordon blanc qui n'était autre que le nerf dentaire inférieur. M. Polaillon le chargea sur un crochet mousse, puis le tira progressivement jusqu'à le soulever à 1 centimètre et demi de la surface de la branche montante. Il n'y eut pas de craquements, mais le nerf s'amincit et reprit sa place quand on le laissa retomber. Le malade proféra quelques plaintes au moment de l'élongation. La plaie fut suturée et recouverte d'un pansement antiseptique.

Les jours suivants, plus de douleurs, jusqu'au 10 septembre où eut lieu une crise d'une heure rappelant celles qui existaient avant l'opération. Cependant les irradiations furent moins vives dans le nerf dentaire inférieur. La crise fut parfaitement calmée par une injection de morphine, ce qui n'avait pas lieu auparavant. Les jours suivants les crises allèrent s'amoindrisant et toujours calmées par les anesthésiques qui agissaient immédiatement. Le 20 septembre, quatorze jours après l'opération le malade, qui ne souffrait plus et se considérait comme guéri, demanda à sortir de l'hospice, ce qu'il fit le 22. Depuis, la guérison s'est maintenue. Reste à savoir si elle durera.

M. Anger revient sur la taille hypogastrique. Il a éprouvé deux fois de grandes difficultés à retrouver les bords de la solution de continuité de la vessie, ce qui l'a porté à imaginer une sonde spéciale, creuse, que l'on introduit par l'urèthre et dans laquelle passe un mandrin formé de chaînons.

Ce mandrin poussé dans la vessie vient en appliquer la paroi antérieure contre la paroi abdominale et forme ainsi un conducteur intra-vésical. Ce procédé n'est pas applicable dans les cas où le calcul est très volumineux. Il a permis à son auteur un succès avec l'emploi du thermo-cautère.

Dans un second cas, suivi de mort, on trouva à l'autopsie un abcès de la vessie et de la péritonite.

M. Monod. — On peut maintenir la vessie simplement avec un doigt introduit dans la partie supérieure de la plaie et recourbé en crochet. Quant à la suture de la vessie, je l'ai faite une fois, mais je me propose de ne plus la faire à l'avenir et d'agir comme le fait M. Périer.

M. Périer. — La dilatation du rectum simplifie beaucoup l'opération et suffit pour accoler la vessie à la paroi abdominale.

Ulcération tuberculeuse de la langue.

M. Trélat. — Il m'a été donné de voir un malade qui, à la suite d'une tuméfaction considérable de la langue ayant cédé à des canterisations successives et à des bains de glycérine, présente une ulcération particulière de cet organe. Cette ulcération occupait son quart antérieur, ne s'accompagnait pas d'engorgement ganglionnaire, et n'avait aucune épaisseur, ce qui excluait l'idée d'un néoplasme, à sa surface se voyaient, au début, de petits points grisâtres ou jaunâtres semblables à des parcelles de jaune d'œuf restées accolées. — Le malade demandait à être opéré; M. Besnier fut appelé en consultation et nous essayâmes en vain tous les traitements. L'ulcération dura ainsi des mois s'accompagnant d'un état général mauvais; il n'y avait plus d'appétit et l'alimentation était artificielle, quand au mois d'avril dernier le malade fut pris de bronchite qui augmenta jusqu'au mois de mai où le malade mourut avec des signes non équivoques de phthisie pulmonaire. C'est alors seulement que je compris que j'avais eu affaire à un ulcère tuberculeux que nous avions méconnu, M. Besnier et moi. L'ulcère n'avait été caractéristique que tout à son début, plus tard ses caractères spécifiques s'étaient perdus.

Pourquoi dans les cas de ce genre, alors que le diagnostic peut être assis de bonne heure, et sachant ce que nous savons actuellement sur la transformation d'une tuberculose locale en tuberculose générale, ne tenterait-t-on pas d'enrayer la maladie en extirpant sa première manifestation?

Je me souviens de la réprobation que souleva, il y a quelques années, dans cette Société, la proposition d'extirpation de l'œil dans les cas de tubercules de la choroïde. Aujourd'hui cette extirpation est admise, grâce à la connaissance plus approfondie de la tuberculose. Il y a là un rapprochement tout naturel avec l'ulcère tuberculeux de la langue.

M. Périn. — J'admets l'opération pour la langue; mais je n'admets pas qu'on enlève un œil simplement parce que l'ophtalmoscope y a montré des tubercules de la choroïde. Si ces tubercules déterminent de l'irido-choroïdite, la question change.

M. Anger (Th.). — Je n'ai proposé l'extirpation de l'œil, si c'est moi que visent ces allusions, que dans un cas où l'œil était perdu et où la tuberculose pulmonaire n'existait pas encore.

M. Périn. — Si M. Anger pense qu'il ne faut extirper l'œil que lorsqu'il est absolument compromis, je suis de son avis, autrement non.

M. Berger. — L'intervention ne se comprend que lorsqu'il y a menaces d'infection générale, comme dans les cas de tumeurs épithéliales ou autres.

M. Horteloup. — J'ai vu souvent, à l'hôpital du Midi, l'extirpation de testicules tuberculeux suppurés, amener un relèvement marqué des malades.

M. Le Dentu. — Je suis de l'avis de M. Horteloup et crois qu'il faut opérer les testicules tuberculeux tant qu'il n'y a rien aux vésicules séminales.

M. Trélat. — Aujourd'hui qu'on connaît mieux la tuberculose et qu'on peut surprendre souvent le tubercule dès son entrée dans la vie microscopique, je suis d'avis qu'il convient de le retrancher le plus possible comme l'épithéliome ou le sarcome. Dans le cas d'ulcère de la langue je me servais de l'anse galvanoplastique ou de la cuiller tranchante, comme le veut M. Berger.

Présentation de malade. — **M. Horteloup** présente un malade à qui il a réparé avec succès le palais et la luette divisés par une ulcération; l'opération a consisté à suturer les bords avivés de la perte de substance.

Présentation d'instruments. — **M. le Dr Pouillet**, chef de clinique à Lyon, présente un *forceps souple à tractions indépendantes* au moyen duquel, d'après l'auteur, on peut mener facilement à bien les accouchements dans les cas de rétrécissement du bassin.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

F.-A. HUE.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES

Après M. Ollier, le professeur Kocher (de Berne), résume dans les quatre propositions suivantes, les indications et les contre-indications des résections en général :

1. L'amputation de la cuisse est indiquée dans les cas où la tumeur blanche existe chez des personnes atteintes de tuberculose des organes internes ou celles que la maladie a rendues très anémiques, ou qui ont constamment une température très élevée ou qui sont traitées par la suppuration.

2. La résection est le meilleur traitement dans tous les autres cas, s'il y a contracture de l'articulation, ou s'il existe de grands désordres fonctionnels.

3. Dans ces conditions la résection donne toujours de meilleurs résultats que ceux obtenus par la chirurgie conservatrice.

4. On ne doit avoir recours qu'exceptionnellement à la résection chez les enfants ou chez les vieillards. Quant à la réunion des extrémités osseuses les résultats obtenus chez l'adulte valent ceux obtenus chez l'enfant.

M. Newman (de Stamford) lit une observation intitulée : *Suppuration de l'articulation du genou droit ; nécrose du tibia ; drainage de l'articulation ; ankylose osseuse ; fracture consécutive de l'extrémité du tibia ; guérison.*

Le Dr Louis Sayre (de New-York) présente un spécimen de reproduction de la tête et du col du fémur après résection de la hanche.

M. Rushton Parker (de Liverpool) fait une longue communication sur le traitement des fractures de la cuisse.

Enfin le professeur Agnello d'Ambrosio (de Naples) clôt la série des mémoires sur les affections articulaires par la lecture d'une note sur la cure de l'arthrite fongueuse (tumeur blanche) au moyen de l'électrolyse.

La section passe alors à sa quatrième grande discussion. Les débats sont ouverts par W.-S. Sacory. C'est le professeur Lister qui pose les conclusions.

Il s'agit de déterminer les causes qui empêchent la réunion

par première intention dans les plaies d'opération, et d'indiquer les méthodes de traitement les plus propres à l'obtenir.

Nous entendons de nombreux orateurs. Signalons parmi ceux-ci le professeur Trélat, le professeur Letiévant, Verneuil, Sampson, Ganigée et Humphry.

Pour le professeur Verneuil, on le sait, la réunion immédiate est tantôt une opération fondamentale *nécessaire*, tantôt un acte surajouté à une opération et qui reste tout à fait facultatif. Dans les deux cas elle offre, avec une utilité très différente, les mêmes chances d'insuccès et les mêmes dangers.

Avant d'associer à une opération quelconque la réunion immédiate facultative, il faut chercher si le blessé n'est pas atteint de quelque état morbide qui ferait rejeter ou ajourner chez lui une réunion anaplastique.

Dans ce dernier cas, il faut attendre si c'est possible, ou s'abstenir, pour ne pas courir au-devant d'un insuccès plus ou moins périlleux et employer un autre procédé de pansement qui, à défaut de promptitude dans le résultat, offrira du moins plus de sécurité et d'innocuité.

Se plaçant sur un terrain exclusif, moins scientifique il faut bien le reconnaître, MM. Sampson et Ganigée, de Birmingham, et Humphry, de Cambridge, se bornent à constater les causes qui entravent la réunion par intention première.

Le défaut de force nutritive nécessaire pour les procès de réparation chez les personnes affaiblies et âgées, qui se fait surtout sentir dans les membres inférieurs alors que les artères sont dégénérées, doit être placé en première ligne. Puis il faut signaler la présence de corps étrangers dans la plaie, la stagnation du sang et du pus qui séparent les surfaces et irritent les bords en se décomposant.

De là nécessité d'une bonne hémostase quand on veut obtenir la réunion immédiate et M. Humphry compare longuement les différents moyens que nous possédons d'arrêter le sang après les traumatismes.

On doit, en outre, bien mettre en contact les surfaces et les lèvres de la plaie, éviter toute tension, manipuler délicatement, drainer, panser à sec et rarement, comprimer légèrement et faire garder aux parties malades le repos le plus absolu. M. Ganigée recommande avec instance le pansement à la ouate absorbante qui facilite le drainage superficiel et exerce en vertu de son élasticité extrême et presque indestructible une compression uniforme calmante et sans danger.

Les deux chirurgiens anglais préconisent enfin l'emploi des antiseptiques. Rien donc, en résumé, ne se trouve dans leurs communications que nous n'ayons appris à connaître depuis longtemps.

On connaît le nombre incroyable des variétés de pansements successivement et simultanément proposés depuis quelques années. Encore une nouvelle à rapprocher de celles que nous possédons déjà. Elle a pour patron, nous pourrions dire pour père, un chirurgien des Etats-Unis, M. J. Scherwell. « La septicité, dit-il, est due dans une large mesure à l'infection directe par les mains des assistants et les instruments imparfaitement nettoyés. Le pansement proposé est le charbon de bois en poudre, appliqué immédiatement ou immédiatement et laissé en place pendant longtemps sans être renouvelé; on l'enlève, quand le besoin s'en fait sentir à l'aide d'un courant d'eau. Ce pansement a pour but de remplacer celui de Lister sur les champs de bataille d'une manière satisfaisante bien que grossière. » — *Abstracts*, p. 284.

Signalons encore parmi les mémoires importants présentés à la section de chirurgie, le travail du Dr W.-J. Little de Londres, sur « l'étiologie du pied-bot congénital ». La théorie présentée par l'auteur diffère à peine de celle de M. Jules Guérin.

La communication de M. Goodwillie de New-York sur « une nouvelle méthode d'extirpation (intra-nasale ou intra-buccale) des os du nez et de la bouche par des instruments chirurgicaux suivie d'une reproduction de l'os ». Naturellement cette reproduction s'obtiendrait en conservant le périoste.

Enfin le mémoire beaucoup plus important de M. Whitehead, sur lequel nous devons nous arrêter un instant. L'auteur y préconise l'extirpation de toute la langue par la bouche à l'aide de ciseaux.

L'opération, dit-il, pratiquée plus de trente fois depuis le 3 novembre 1877, comprend six temps. — 1. La bouche est ouverte, autant que possible, à l'aide d'un appareil convenable; on confie cette charge à l'un des deux aides nécessaires à l'opération. — 2. La langue est tirée hors de la bouche à l'aide de deux ligatures passées au travers de son tissu à deux centimètres environ de la pointe. — 3. L'opérateur détache en premier lieu toutes les adhérences de la langue à la mâchoire et aux piliers du palais. — Les muscles de la langue sont ensuite incisés en travers au moyen d'une série de petits coups

de ciseaux, jusqu'à ce que toute la langue soit séparée du bord inférieur de la mâchoire inférieure et aussi loin que possible en arrière, sans blesser l'épiglotte. — 5. L'artère linguale et les autres sont liées immédiatement après la section. — 6. Un fil de soie est passé au travers du repli muqueux glosso-épiglottique, pour pouvoir attirer en avant le plancher de la bouche, en cas d'hémorrhagie secondaire.

Les difficultés et les dangers de l'opération sont peu sérieux, poursuit M. Whitehead. On peut facilement surveiller l'hémorrhagie.

Suit l'exposé de 28 cas, dans lesquels on a à peine 11 0/0 de morts, résultats bien préférables à ceux des autres méthodes, dit en terminant l'auteur anglais, dans lesquelles on a jusqu'à 30 et 60 mauvais cas sur cent.

Nous sommes au 9 août le dernier jour du congrès. A la hâte les membres de la section lisent les communications qu'ils n'ont encore pu présenter. La plupart d'ailleurs ne sauraient nous arrêter, même un instant. Faisons pourtant une exception pour un travail de M. Verneuil, très apprécié et discuté assez longuement, nous devons le dire.

« L'influence des diathèses tuberculeuse, gouteuse, ou autres sur la syphilis », tel est le titre de son mémoire.

L'auteur y fait d'abord l'historique des *hybrides syphilitiques*, puis il dit vouloir s'attacher surtout à l'hybridité scrofulo-syphilitique et syphilo-cancéreuse.

Voici les résultats sommaires de ses observations :

Hybridité scrofulo-syphilitique. — En général, la scrofule, état antérieur, agit sur la syphilis, état surajouté. La réciproque est plus rare. Cependant la vérole chez les adolescents et les jeunes adultes rappelle parfois la strume, qui sommeillait depuis la première enfance.

La scrofule attire d'abord la syphilis sur les organes qu'elle affecte elle-même communément (peau, ganglions lymphatiques, périoste, etc.), y provoquant le processus suppuratif, rare dans la syphilis simple. Elle modifie les ulcérations syphilitiques secondaires et tertiaires. Enfin si elle n'aggrave pas notablement la syphilis, si elle en rend peut-être les manifestations locales plus fixes, elle abolit généralement, en revanche, le symptôme douloureux.

La tuberculose, au contraire, si elle ne favorise pas l'apparition des lésions graves et rebelles de la vérole, telles que le

rétrécissement du rectum, par exemple, les entretient indéfiniment à coup sûr.

Dans l'hybridité syphilo-cancéreuse, c'est le néoplasme, dernier venu, qui subit l'influence de la vérole. J'ai vu cependant, dit le savant professeur, le cancer atteindre, sans doute comme *locus minoris resistantiæ*, un testicule guéri depuis deux ans de syphilome.

L'association dans une tumeur, dans une ulcération de la syphilis et du cancer, donne à la lésion une physionomie douteuse qui rend le diagnostic très épineux.

D'ordinaire les caractères objectifs sont ceux de la vérole tertiaire, mais les progrès continus, la généralisation fréquente et en fin de compte la terminaison finale plaident pour le néoplasme.

Le traitement spécifique doit toujours être tenté dans les cas douteux. Il procure quelquefois des améliorations surprenantes qui feraient croire à la guérison. Ces arrêts passagers étonnent à bon droit ceux qui savent combien le mercure et l'iodure de potassium sont généralement inutiles, sinon nuisibles, dans les cas de néoplasme épithéliaux et carcinomateux ordinaires.

Signalons enfin une des dernières communications, celle de M. Drysdale de Londres : Des différentes opinions qui règnent à Londres et à Paris sur les variétés de chancre.

L'auteur est dualiste comme la plupart des praticiens français et il serait très heureux de voir discuter en Angleterre, où se trouve encore un si grand nombre d'unicistes, la question de l'origine de la syphilis. Malheureusement le temps manque et la question soulevée demeure à résoudre.

Quoi qu'il en soit, les œuvres de la cinquième section ne sont assurément pas perdues pour la science. Des questions importantes ont été soulevées. Espérons que les praticiens de l'avenir en tireront quelque bénéfice.

F. JOUIN.

Interne des Hôpitaux.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des réflexes tendineux. — (*Revue médicale de la Suisse romande.* — 81). — Aujourd'hui qu'on s'occupe de plus en plus, en clinique, des phénomènes décrits sous le nom de réflexes tendineux, qu'on recherche leur état de conservation,

non seulement dans les affections médullaires mais encore dans les maladies générales : fièvre typhoïde, variole, tuberculose (Thèse de Petitclerc, 84) ; et que Westphal revient encore sur l'importance — absolue selon lui — qu'on doit accorder à la suppression du clonus rotulien dans le diagnostic de l'ataxie locomotrice au début, il a semblé à M. Prévost (de Genève) utile et intéressant de tenter quelques expériences pour jeter, si possible, un peu de jour sur cette question, encore bien controversée par les physiologistes.

Il rappelle d'abord que les réflexes tendineux sont tout à fait du même ordre que l'épilepsie spinale découverte en 1858 par M. Brown-Séquard. Cette épilepsie spinale fut introduite comme élément de diagnostic en pathologie par MM. Charcot, Vulpian, Bouchard. Mais ce sont les Allemands Erb et Westphal qui, simultanément — en 1874 — attirèrent l'attention sur la contraction du triceps crural qui suit la percussion de son tendon. Pour Erb, qui appela ce phénomène : réflexe du genou, la contraction était due à une incitation musculaire partie de la portion motrice de la moelle, incitation déterminée par l'excitation des nerfs tendineux, produite au point percuté, transmise jusqu'aux cornes postérieures.

Pour Westphal le phénomène résultait de l'excitation directe du muscle tirailé à son extrémité.

Une troisième théorie vit le jour : celle qui fait du phénomène un réflexe cutané. Cette opinion ne résiste pas devant l'observation. On l'attribue à tort à M. Joffroy.

Avant d'aller plus loin, disons que les réflexes tendineux existent normalement, mais ne sont aisés à constater qu'au genou à cause de la disposition anatomique des parties. Sur les 99/100 des sujets sains qu'ils ont examinés à cet égard, Berger et Eulenburg ont trouvé le clonus manifeste. C'est en quoi, bien que de même nature, le clonus rotulien et la trépidation épileptoïde du pied diffèrent, la dernière n'apparaissant qu'à l'état pathologique.

Pour rechercher le phénomène du genou, on fait croiser les jambes du sujet assis, ou, s'il est couché on soulève la jambe et la cuisse à l'aide du bras glissé sous le jarret de façon à donner au membre dans l'un et l'autre cas un certain degré de flexion et à mettre, par cette manœuvre, les muscles dans le relâchement, puis, soit avec le bord cubital de la main, soit avec un marteau plessimétrique, soit avec un couteau à papier ou tel autre instrument percuteur qu'on voudra, l'opérateur

donne un coup sec sur le tendon rotulien, et voit presque aussitôt la jambe et le pied soulevés d'un mouvement brusque et revenir à la position première après quelques oscillations pendulaires. Nous trouvons dans un excellent article sur ce sujet publié par M. Olive dans la *Revue mensuelle de médecine* que, d'après Westphal, on reproduirait plus difficilement le réflexe chez les individus dont le tendon rotulien est très court ainsi que chez ceux qui présentent un bourrelet graisseux très épais au-dessous de ce tendon. Nous y voyons encore que les phénomènes réflexes sont plus accusés chez les nouveaux-nés. Au point de vue de la séméiotique, le clonus rotulien, le seul dont nous allons désormais nous occuper, abolie est bon signe du début de la sclérose médullaire postérieure. Erb et Erlenneyer viennent confirmer cette assurance de Westphal. D'autre part un médecin américain — Hamilton — apporte bon nombre de documents contraires. La raison de cette contradiction est que l'abolition du réflexe signifie seulement sclérose postérieure de la région lombaire et sans doute les ataxiques observés par Hamilton avaient des lésions siégeant plus haut que de coutume.

Le clonus rotulien peut encore faire défaut dans la paralysie générale, dans les paralysies diphthéritiques et dans toutes les polymyérites antérieures aiguës ou chroniques (paralysie infantile, atrophie musculaire progressive, etc.). Dans la variole, dans les fièvres typhoïdes graves, le réflexe peut être amoindri et dans ces cas, pour citer M. Olive de nouveau, la sidération du système nerveux qu'entraînent l'hyperthermie et l'influence du poison typhique permet bien de comprendre que le pouvoir excito-moteur de la moelle puisse être moindre. Pour ce qui est de la variolée, où la congestion de la moelle est parfois fort intense, le fait de l'abolition du réflexe est encore plus facilement admissible.

Si certaines affections s'accompagnent d'abolition du réflexe, d'autres s'accompagnent d'exagération, celles dans lesquelles le faisceau pyramidal est atteint : dans le tabes dorsalis spasmodique, dans la sclérose latérale amyotrophique, dans la contracture posthémiplegique, etc.

Quelle est la raison de cette différence ? C'est que nous avons admis que le phénomène était de nature réflexe, sauf à le discuter dans un instant. La voie parcourue par le courant nerveux est-elle obstruée en quelque point par une lésion destructive ? le réflexe ne peut plus se produire. Au contraire si quel-

que travail irritatif augmente le pouvoir excito-moteur des cellules antérieures, nous constaterons une exagération du phénomène.

Dans quelques névroses, dans l'hystérie, l'exaltation des réflexes peut être portée à un haut degré. M. Paul Richer a communiqué des faits très singuliers de contracture musculaire obtenue par la simple friction d'un tendon, qui doivent entièrement rentrer dans le cadre des réflexes tendineux.

Nous abordons à présent la partie personnelle de la note de M. Prévost. Il s'agit de l'interprétation physiologique des phénomènes que nous venons d'exposer.

Nous savons déjà que pour Westphal la contracture des membres est produite par les vibrations élastiques du tendon et de son aponévrose se transmettant directement aux fibres musculaires.

Erb croit à un acte réflexe.

Dès le début, nous n'avons pas caché que c'était cette dernière manière de voir que nous adoptions. Il était cependant difficile de s'y rallier quand on croyait les tendons dénués de nerfs. M. Tschiriew a montré que les fibres nerveuses contenues dans les muscles, fibres nerveuses sensitives, centripètes, se terminent dans les aponévroses autour des tendons.

Schultze et Fuhringer ont démontré que le phénomène du genou, cesse après la section du nerf crural et que parfois on provoque le clonus d'un côté par la percussion du tendon du côté opposé. Ils ont enfin établi que le phénomène disparaît chez les animaux curarisés. Le curare annihile l'action des nerfs moteurs musculaires.

Enfin Burckhard, en 1877, vit la preuve de la nature réflexe du phénomène dans la mesure du temps écoulé entre la percussion du tendon et la contraction du muscle. Il conclut de ses expériences que la durée du phénomène est moindre que celle des réflexes cutanés. Il conclut encore que le phénomène subsistant après section des racines postérieures ou après dilacération de la moelle, tout en étant aboli par la section du nerf crural — ce réflexe se produit non dans la moelle, mais dans les ganglions spinaux. Cette dernière conclusion, combattue par Tschiriew, est tout à fait erronée après les expériences de Prévost.

Cette mesure de la durée du phénomène a été reprise par Tschiriew et Brissaud. La durée, après un certain nombre de percussions, diminue. Elle est moindre toutes les fois qu'une

contracture de cause centrale rend plus accusé le phénomène du genou. Chez les individus sains le temps réflexe est le même pour les deux côtés du corps.

Jusqu'à présent, tous ces résultats, vérifiés expérimentalement par Prévost, ne font que confirmer la théorie du réflexe tendineux dont nous nous sommes annoncé partisan. Mais Gowers (*The Lancet*, 1879) énonce que pour lui, les deux phénomènes du genou et du pied, jusqu'alors regardés comme connexes, sont différents. Le premier est bien un réflexe, le second est un phénomène d'excitation directe. Puis Waller, le fils, soutient une théorie qui le rapproche de Westphal. Le phénomène du genou est phénomène d'excitation directe, mais la moelle joue cependant un rôle en entretenant, exagérant ou réprimant le tonus du muscle nécessaire pour la production du phénomène.

On pourrait demander à Waller comment, avec sa théorie, il explique la transmission des excitations tendineuses d'un côté du corps à l'autre (*Expér.* de Schultze). Mais M. Prévost dont les premières expériences avaient entièrement concordu avec celles de Schultze, a dû se séparer des derniers temps de ce physiologiste. Il a recherché à nouveau avec Waller et constaté que la transmission n'était pas ce qu'il croyait d'abord : c'est un mouvement d'ensemble et non un véritable réflexe. La preuve en est, que si l'on énerve le membre postérieur d'un animal, on ne peut plus sur ce membre faire apparaître le phénomène du genou et cependant il y a mouvement de contraction du côté opposé.

Dans une série d'expériences Prévost s'est enquis de savoir l'influence que pouvaient avoir les anesthésiques sur la conservation du réflexe. L'anesthésie très profonde par le chloroforme entraîne la suppression du phénomène du genou qui reparait dès que la conscience tend à revenir. Ce qui pourrait être fort utile dans la chloroformisation.

La morphine n'a pas la même action. On aurait pu cependant le supposer.

L'attention du professeur Eulenburg s'est fixée sur ce même côté de la question et ses résultats s'accordent avec ceux de Prévost.

Enfin M. Prévost a voulu prouver la nature réflexe du clonus rotulien par la disparition du phénomène après anémie de la moelle, se fondant sur cette notion bien connue depuis les travaux de Vulpian (*Gaz. hebdomadaire*, 1861) qu'après privation de

sang, les nerfs, les muscles et les faisceaux blancs de la moelle conservent quelque temps leurs propriétés, au contraire, de la partie centrale grise.

L'anémie médullaire fut réalisée par la compression de l'aorte. Celle-ci exécutée : d'abord exagération du clonus rotulien, qui bientôt s'atténue, puis cesse pour reparaitre si la compression est levée.

Cette expérience est assez concluante.

Il est juste d'ajouter qu'avec l'explication de Waller — la moelle ne faisant qu'entretenir le tonus nécessaire pour permettre la production du phénomène du genou, les résultats précédents pourraient encore se comprendre.

En effet, qu'est le tonus ? L'état de contracture réflexe du muscle sous dépendance des nerfs sensitifs qui vont de ce muscle à la moelle.

La moelle anémiée, les réflexes font défaut.

Il n'y a plus de tonus, ni de clonus rotulien.

L'opinion de Waller n'est donc pas aussi éloignée de celle de Erb, qu'il paraît d'abord. Il admet nécessairement une partie réflexe dans le phénomène. C'est une appréciation de plus ou de moins.

L. T.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Le Petit Formulaire, choix de formules nouvelles par le docteur Coutisson. Paris 1881, 1 volume in-18 de 300 pages. Prix 2 fr. 50. — Librairie Savy, 77, boulevard Saint-Germain.

NOUVELLES

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J.-A. Linas ancien médecin-inspecteur des asiles d'aliénés de la Seine, médecin de l'État civil et secrétaire général de la Société des médecins de l'État civil, membre de la Société médico-psychologique, chevalier de la Légion d'honneur, décédé dans sa cinquante-troisième année, à Versailles.

Il a succombé à une longue maladie qui l'avait obligé, depuis quelque temps, à renoncer à ses nombreuses occupations et à aller chercher le repos dans les environs de Paris. Il laissera de vifs regrets dans le souvenir des nombreux amis qu'il comptait dans le corps médical parisien.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

19 Novembre 1881



APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE MÉTODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — Les localisations cérébrales au congrès international de médecine de Londres, par le Dr Edouard FOURNIÉ (*suite et fin*). — **De la fonction cérébro-motrice.** — Dans les pages précédentes nous avons formulé un nouveau principe de localisation et nous l'avons appliqué à la détermination des trois localisations fondamentales, les seules qu'on puisse établir : *l'activité sensible, l'activité motrice et les notions acquises*. Ces trois localisations représentent certainement toutes les activités fonctionnelles du cerveau humain, et elles nous ont permis de tracer à grands traits les principaux courants de la vie cérébrale. Reste à savoir comment ces activités s'enchaînent pour constituer la fonction cérébrale ou pour mieux parler la *fonction cérébro-motrice*.

Ici encore, avant d'entrer dans le domaine des faits expérimentaux, nous devons demander à la théorie de guider nos pas, nous devons demander à la raison physiologique, ce superbe instrument de l'intelligence dénigré sous le nom de *métaphysique* ou de *philosophie* par ceux-là seuls qui ne savent pas s'en servir, les mystérieux agissements du fonctionnement cérébral. Mais ici, plus que partout ailleurs, nous devons marcher à pas sûrs et comptés, nous devons par-dessus tout n'employer que des expressions bien définies, et ne déterminer un rouage de la fonction cérébrale qu'après avoir constaté qu'il a son analogue dans la fonction de tout autre organe, dans le foie, dans le muscle ou ailleurs.

Malheureusement tout est à faire sur cette question. Craignant sans doute de faire de la *philosophie* ou de la *métaphysique* on a négligé de définir exactement la *fonction*, ce qui, par parenthèse, a conduit d'éminents physiologistes à doter un organe de plusieurs fonctions, et de déterminer les éléments qui entrent dans tout fonctionnement. Ceci est, dira-t-on peut-être,

Novembre, T. II, 1881.

61

de la physiologie générale. Nous n'en disconvenons pas. Mais où est-elle écrite cette physiologie ?

C'est donc par là que nous devons commencer.

Lorsqu'un organe puise dans le sang les éléments nécessaires à sa vie et au maintien de ses propriétés physiologiques, nous appelons cela vivre de la *vie organique*. Mais un organe qui se bornerait à vivre et à maintenir ses propriétés en état, à quoi servirait-il ? A rien. Pour être utile, pour remplir son rôle de rouage dans la vie générale du corps, l'organe doit fournir le résultat de ses propriétés particulières, et, à cet effet, il doit *extérioriser* le résultat de sa propre vie, fournir une *sécrétion*, une *contraction*, un *mouvement excito-moteur*, etc. Cette dernière manière de vivre, nous l'appelons *vie fonctionnelle*, et la fonction, par conséquent, est ce *moment de la vie des organes où ils extériorisent leurs propriétés particulières dans le but de concourir à l'ensemble et au maintien de l'individu comme être physiologique distinct*.

Cette distinction de la *vie organique* et de la *vie fonctionnelle*, nous l'avons établie sur un caractère absolu : les mouvements de la vie organique sont continus depuis la naissance du germe jusqu'à la mort, la vie organique ne se repose pas ; les mouvements de la vie fonctionnelle, au contraire, sont intermittents, la vie fonctionnelle se repose, et cela se conçoit par cette considération, qu'ayant à dépenser les produits de la vie organique elle ne peut s'exercer qu'après que la vie organique a eu le temps de lui fournir de nouveaux produits. Cette condition en amène une autre. Du moment, en effet, que la vie fonctionnelle se repose, elle doit être *excitée* à s'exercer de nouveau. C'est ce qui a lieu, et nous voyons une excitation s'exerçant sur le nerf sensitif précéder la mise en œuvre de tout fonctionnement. C'est ce que nous avons appelé l'*excitant fonctionnel*, variable pour chaque organe.

La vie organique, elle, n'a pas besoin d'*excitant*, contrairement à ce qu'on dit quelquefois (Virchow et autres), car on n'*excite* pas un mouvement continu ; il est ou il n'est pas, et on ne peut que l'entretenir, l'augmenter ou le diminuer. Dans le corps vivant, la présence du sang physiologique suffit pour assurer le maintien des mouvements de la vie organique.

La fonction est donc toujours provoquée par un *excitant fonctionnel*.

Reste à savoir sur quoi la fonction s'exerce et par quels moyens.

La fonction s'exerce sur le résultat des propriétés physiologiques de l'organe, sur la matière sécrétée, sur la contractibilité, sur la propriété sensitivo-motrice; et, en mettant en œuvre ces éléments, en les extériorisant pour les mettre en rapport avec les éléments analogues des autres organes, elle en fait sa chose à elle, c'est-à-dire la *matière fonctionnelle* et les mouvements indispensables à la faveur desquels ce résultat est obtenu, sont les *mouvements fonctionnels*.

Cette définition et cette dissection physiologique de la fonction ont une importance capitale au point de vue qui nous occupe, car, comment déterminer le fonctionnement cérébral, si, au préalable, on n'a pas dit ce que c'est que la *fonction* et quels sont les éléments qui la constituent?

Sur cette base solide, nous pouvons marcher désormais en toute sûreté, car nous ne chercherons dans le cerveau fonctionnant que ce que l'on cherche dans les autres organes. Nous n'affirmons pas que nous dévoilerons la vérité tout entière, mais nous disons que le fonctionnement cérébral, tel que nous allons le décrire, repose sur les lois physiologiques qui président au fonctionnement de tous les organes et celles-ci, qu'on nous permette de le dire, c'est nous qui les avons établies (1).

1. L'Excitant fonctionnel. L'excitant de toute fonction est une impression *sentie* ou *non sentie*. Dans la plupart des fonctions de nutrition l'impression n'est pas sentie; aussi, pour ne rien préjuger et pour ne pas tomber dans l'inconséquence de ceux qui admettent une *sensibilité insensible*, nous avons désigné toutes les fibres sensitives sans exception sous le nom de *nerfs impressionneurs*.

Dans les fonctions de relation et particulièrement dans la fonction cérébro-motrice l'impression excitatrice est toujours sentie. Par conséquent le premier stade de tout fonctionnement cérébral se produit dans l'organe de l'activité sensible (couches optiques) et comme cette activité peut être réveillée soit par des causes périphériques, soit par des causes intra-cérébrales, il s'ensuit que l'excitant du fonctionnement cérébral peut provenir de ces deux sources.

2. Matière fonctionnelle. Considérée dans le cas le plus simple, la matière fonctionnelle de la fonction cérébro-motrice est une perception quelconque, mais, le plus souvent, cette matière se compose des causes excitatrices déjà emmagasinées dans le cerveau et capables de réveiller la connaissance et le souvenir.

(1) E. Fournié, *Physiologie du système nerveux*, 1872.

Dans ces conditions, la matière fonctionnelle est quelque chose de très complexe, mais cependant facile à déterminer si l'on se rappelle ce que nous avons dit des causes excitatrices intra-cérébrales de l'activité sensible et de l'activité motrice. D'après notre analyse cette matière se compose de toutes les notions classées à l'état de souvenirs et de tous les actes dont la parole-pensée est l'expression la plus sublime.

Le réveil de toutes ces activités constitue la mise en œuvre de la matière fonctionnelle par l'excitant fonctionnel et après certaines opérations consécutives désignées sous les noms de réflexion, comparaison, raisonnement, imagination, la matière fonctionnelle s'extériorise sous forme de mouvement.

Le champ anatomique dans lequel s'exerce la matière fonctionnelle est compris dans l'écorce grise du cerveau et dans les couches optiques.

Mouvements fonctionnels. C'est par les mouvements fonctionnels que la matière fonctionnelle extériorise les résultats de son activité. Mais ici il faut distinguer deux cas : 1° lorsque la matière fonctionnelle est constituée simplement par une perception vive et que l'attention n'évoque pas les causes excitatrices intra-cérébrales du souvenir et de la connaissance, l'activité sensible réveille immédiatement l'activité motrice à travers les fibres qui unissent les couches optiques aux corps striés et un mouvement corrélatif à la perception est exécuté ; 2° dans un second cas, l'attention se repose sur toutes les activités cérébrales réveillées, et celle de ces activités qui est élue provoque, en suivant la route de l'écorce grise vers les corps striés, le mouvement fonctionnel.

Tel est, en résumé, le mécanisme élémentaire de tout fonctionnement cérébral.

Ce mécanisme est toujours le même, et, s'il paraît en général plus complexe, c'est qu'on ne tient pas compte de ce fait que, durant l'état de veille, l'activité du cerveau est constituée par une infinité de fonctionnements successifs dont le mécanisme est le même et qui ne se distinguent les uns des autres que par la nature de l'excitant fonctionnel.

Sans prétendre vouloir déterminer ici la fonction du cerveau, comme nous venons de le faire pour le cerveau, nous devons indiquer néanmoins la part qui revient à cet organe dans les fonctions de la vie de relation.

Considérant que l'activité sensible veut les mouvements et que la durée passagère de cette volition ne saurait expliquer

la permanence de la contraction musculaire, alors que cette même activité veut autre chose ou se trouve même endormie ;

Considérant encore qu'un grand nombre de muscles du corps sont dans une contraction continuelle sans que la volonté intervienne ;

Considérant que les oiseaux ont relativement le cervelet le plus développé ;

Considérant enfin que les lésions du cervelet s'accompagnent de troubles moteurs qu'on peut parfaitement expliquer par le défaut de continuité dans l'énergie qui les commande, nous sommes disposé à accorder au cervelet la fonction de continuer l'œuvre des hémisphères en distribuant d'une manière incessante l'excitation nerveuse nécessaire à la durée des contractions musculaires et à tenir même cette dernière sous sa dépendance absolue toutes les fois que le cerveau n'a pas besoin d'intervenir.

Pour terminer, nous allons mettre sous les yeux du lecteur une figure schématique très propre à mettre en relief toutes les idées que nous avons émises touchant les localisations cérébrales et la fonction du cerveau. Cette figure est empruntée à notre *Physiologie du système nerveux*, en 1872.

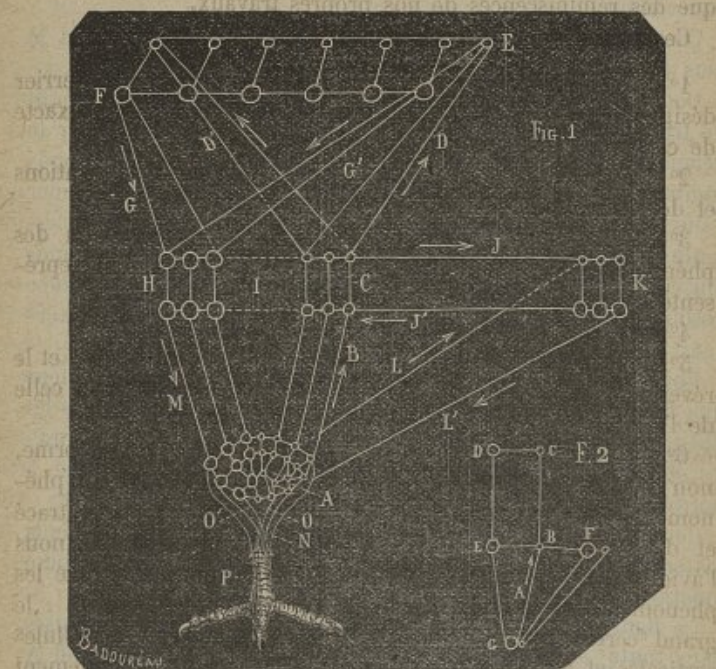
Cette figure représente l'enchaînement de tous les éléments matériels qui entrent en jeu dans l'accomplissement de toute fonction cérébro-motrice.

La figure 2 représente l'enchaînement des actions nerveuses dans toute sa simplicité. On y voit l'excitant fonctionnel A aboutir aux couches optiques B, se diriger ensuite vers les petites cellules impressionneuses de la périphérie corticale C, puis réveiller l'activité de la grosse cellule motrice D. Cette dernière communique son activité à la fibre motrice qui l'unit aux corps striés E ; là, le mouvement se divise pour aller d'un côté au cervelet F, de l'autre au centre médullaire G. Le cervelet et le centre médullaire sont réunis par un lien spécial H.

L'élément I qui sert de trait d'union entre les couches optiques et les corps striés représente les fibres unissantes qui provoquent directement, dans les corps striés, un mouvement qui succède immédiatement à une impression perçue, et sans que les cellules de la périphérie corticale influencent ce mouvement.

Quand on a pris soin de formuler ses idées d'une manière aussi précise, on est en droit de s'étonner que des auteurs s'en emparent sans rien dire. C'est ce qui est arrivé cependant.

Après avoir pratiqué ses expériences avec l'électricité sur l'écorce grise du cerveau, M. Ferrier, de Londres, a publié rapidement un livre intitulé : *les Fonctions du cerveau*. Pour rem-



A. Centre médullaire composé d'éléments cellulo-impressionneurs et d'éléments cellulo-moteurs. — B. Ensemble de fibres impressionneuses transportant l'excitant fonctionnel aux couches optiques. — C. Couches optiques. — DD'. Marche de l'excitant fonctionnel vers les cellules impressionneuses de la périphérie corticale. — E. Cellules impressionneuses de la périphérie corticale. — F. Cellules motrices de la périphérie corticale. — GG'. Trajet des fibres motrices vers les corps striés. — H. Corps striés. — I. Trait d'union entre les corps striés et les couches optiques. — JJ'. Ensemble des fibres impressionneuses et motrices reliant le cervelet aux divers centres médullaires. — K. Cervelet. — LL'. Ensemble des fibres impressionneuses et motrices reliant le cervelet aux divers centres médullaires. — M. Ensemble des fibres motrices reliant les corps striés aux divers centres médullaires. — O'. Racines impressionneuses. — O''. Racines motrices. — N. Réunion des fibres impressionneuses et des fibres motrices. — P. Organe de la vie de relation mis en jeu par l'ensemble des fonctions intrinsèques du système nerveux.

plir sa tâche, M. Ferrier avait à sa disposition deux moyens : inventer de toutes pièces une physiologie cérébrale, ou bien se servir de la physiologie inventée par les autres. Ce dernier moyen était de beaucoup le plus simple, et c'est celui que

M. Ferrier a adopté, mais en oubliant de signaler les sources. Pour notre compte, nous trouvons dans la Physiologie de M. Ferrier plusieurs points fondamentaux qui ne sont en vérité que des réminiscences de nos propres travaux.

Ces points sont :

1° Tout ce qui concerne le phénomène *perception*, que M. Ferrier désigne sous le nom de *conscience* et la détermination exacte de ce qu'on doit entendre par *connaissance* ;

2° Tout ce qui concerne la *mémoire organique* des sensations et des mouvements ;

3° La critique du *sens musculaire* et la détermination des phénomènes physiologiques réels que ce prétendu sens représente ;

4° Les conditions de l'*activité psychique* ;

5° La formation de la parole, son rôle dans l'association et le réveil des idées ; la formation du langage, des gestes et celle de l'écriture ;

6° La figure schématique légèrement modifiée dans la forme, non dans le fond, destinée à montrer l'enchaînement des phénomènes qui concourent à la fonction cérébrale. Dans ce tracé et dans l'explication qui le suit, on distingue, comme nous l'avions fait dès 1872, les deux cercles que peuvent suivre les phénomènes aboutissant à la production d'un mouvement : le grand cercle constitué par les couches optiques, les cellules corticales et les corps striés ; le petit cercle allant directement des couches optiques aux corps striés et provoquant les mouvements automatiques, habituels, sans le concours de l'activité des cellules de l'écorce grise.

Nous donnons, à la page suivante, le tracé de M. Ferrier, qui a paru en 1876 dans l'édition anglaise de son livre sur les *Fonctions du cerveau*.

Qu'on compare ce tracé aux deux schémas que nous avons reproduits plus haut, et l'on sera obligé de convenir que si M. Ferrier a légèrement modifié la forme de notre schéma, il en a reproduit exactement le fond, c'est-à-dire les idées dont il n'est que la représentation graphique. Or, si l'on considère d'un côté que notre schéma a paru en 1872 dans notre *Physiologie du système nerveux*, si l'on considère de l'autre que M. Ferrier a reproduit bon nombre de théories exprimées pour la première fois dans cette Physiologie, on est amené à conclure que les *fonctions du cerveau* de M. Ferrier représentent

un ensemble de réminiscences dont il a complètement oublié les origines.

Toutes les idées émises sur ces questions ont été formulées pour la première fois, en 1872, dans notre *Physiologie du système nerveux* et depuis, dans nos *Recherches expérimentales* et

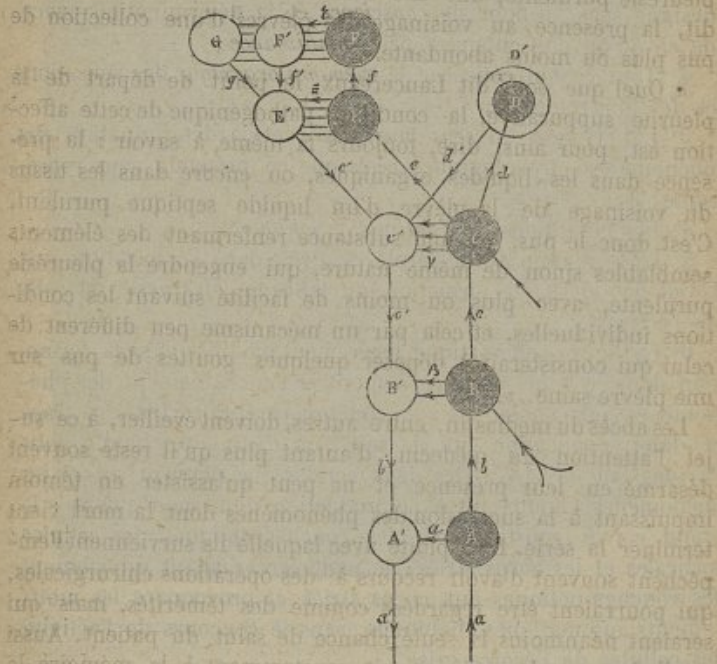


Diagramme schématisant les centres nerveux cérébraux-spinaux. — A A' Moelle épinière. — B B' Moelle allongée. — C C' Mésencéphale. — D D' Cervelet. — E E' Ganglion de la base. — G F F' Hémisphères cérébraux.

dans notre *Essai de psychologie*. Enlevez-les de la *Physiologie* de M. Ferrier, qu'est-ce qu'il reste de cette dernière? A peu près rien : une exposition assez confuse, une analyse des travaux des autres dont ceux-ci n'ont pas lieu d'être satisfaits, et enfin quelques idées communes avec Hitzig concernant la localisation des centres moteurs et sensitifs dans l'écorce grise du cerveau (1).

(1) Nous recommandons ces justes revendications à l'appréciation impartiale de M. le professeur Grasset, l'historien des travaux contemporains sur le système nerveux.

REVUES CLINIQUES

Plaie du cou par arme à feu, abcès, pleurésie purulente, mort, autopsie. — Parmi les causes de la pleurésie purulente, une des mieux établies est, sans contredit, la présence au voisinage des plèvres d'une collection de pus plus ou moins abondante.

« Quel que soit, dit Lancereaux, le point de départ de la pleurite suppurative, la condition pathogénique de cette affection est, pour ainsi dire, toujours la même, à savoir : la présence dans les liquides organiques, ou encore dans les tissus du voisinage de la plèvre, d'un liquide septique purulent. C'est donc le pus, ou une substance renfermant des éléments semblables sinon de même nature, qui engendre la pleurésie purulente, avec plus ou moins de facilité suivant les conditions individuelles, et cela par un mécanisme peu différent de celui qui consisterait à déposer quelques gouttes de pus sur une plèvre saine. »

Les abcès du médiastin, entre autres, doivent éveiller, à ce sujet l'attention du médecin, d'autant plus qu'il reste souvent désarmé en leur présence et ne peut qu'assister en témoin impuissant à la succession des phénomènes dont la mort vient terminer la série. La rapidité avec laquelle ils surviennent l'empêchent souvent d'avoir recours à des opérations chirurgicales, qui pourraient être regardées comme des témérités, mais qui seraient néanmoins la seule chance de salut du patient. Aussi est-il bon que le praticien ait constamment à la mémoire la possibilité de ces faits afin d'essayer par tous les moyens qu'il possède d'enrayer les choses, ou du moins, afin de ne pas se laisser aller à porter un pronostic bénin là où il y a tout à craindre. Le fait suivant nous a semblé intéressant à ce point de vue, nous en publions l'observation sans y rien changer.

Auguste Nic....., 19 ans, employé de commerce, entre le 13 juillet 1881, dans le service de M. le docteur Péan, à l'hôpital Saint-Louis.

Pas d'antécédents strumeux, pas de traces d'une diathèse quelconque.

Quelques moments avant l'entrée, en jouant avec un revolver, il a maladroitement pressé sur la gâchette et le coup l'a atteint juste sur la saillie du cartilage thyroïde. Enrouement,

sang en petite quantité rendu par la bouche et par le nez. La respiration est assez facile, le malade ne s'est pas aperçu qu'il ait craché la balle; il ne tousse pas.

Le soir dysphagie intense, la déglutition de la salive elle-même est très pénible. Il n'y a pas de gonflement et à la palpation il est impossible de se rendre compte de l'endroit où est le projectile.

Le lendemain, les choses sont dans le même état. Le surlendemain, la déglutition devient plus facile. Les fonctions sont régulières, le malade est relativement bien. Il y a très peu de gonflement du cou et de raideur dans les mouvements. On recommande le décubitus horizontal. Malgré la défense qui lui en est faite, le malade se lève.

Quatre jours après l'accident, la température, jusqu'alors normale, augmente rapidement et monte jusqu'à 39°, en même temps que le pouls atteint 100 pulsations. Le malade se plaint d'un violent point de côté à gauche; il tousse et crache. Les crachats sont aérés, spumeux.

A la percussion on trouve de la submatité à la base à gauche. En ce point, absence de murmure respiratoire et souffle doux. Un peu au-dessus, râles sous-crépitaux fins.

Dans la journée, la dyspnée, d'abord peu intense, augmente visiblement. Il y a matité absolue à la base du poumon gauche, souffle au-dessus et râle très fins. L'œgophonie est très peu prononcée.

La dysphagie qui avait presque disparu est maintenant plus prononcée que jamais. Rien ailleurs, rien aux pupilles. On songe un moment à une pleuro-pneumonie déterminée par la blessure du pneumo-gastrique au cou; théorie dont tout l'attrait ne peut résister à l'ensemble des symptômes. Il est de toute évidence que l'on a affaire à une pleurésie aiguë, et l'ordonnance est faite en conséquence.

Le soir, la dyspnée devient considérable; le point de côté n'a pas diminué; les pommettes sont rouges, marbrées, la température à 38°8, le pouls à 120, le malade inquiet. Il survient des sueurs profuses et la mort a lieu à 4 heures du matin.

Autopsie 36 heures après la mort. Le cou est disséqué avec grand soin. Le projectile, une balle de 7 millimètres est entré au niveau de la partie proéminente du cartilage thyroïde, a suivi la face gauche de ce cartilage (le malade souffrait plus à droite) et est venu s'arrêter sur la colonne vertébrale, à côté de l'œsophage, en dedans des vaisseaux et du pneumo-gas-

trique, au milieu du tissu cellulaire lâche interposé entre ces organes, à ce niveau.

Il est devenu le point de départ d'une suppuration de ce tissu cellulaire dont les mailles, non entièrement détruites, sont infiltrées d'un pus louable. L'abcès, étendu en longueur mais peu en largeur, remonte jusqu'au niveau de la grande corne de l'hyoïde, en bas il fuse le long de l'œsophage et plonge avec lui dans le médiastin postérieur. On ouvre le thorax : la fusée purulente entoure alors l'œsophage en passant en arrière de lui, bien qu'elle reste plus marquée à gauche ; on peut la suivre ainsi jusqu'au diaphragme.

La plèvre gauche, non perforée, est remplie par un épanchement purulent de la valeur de 1 litre au moins ; le liquide mis au repos, se sépare en deux couches à peu près égales dont l'inférieure n'est composée que de globules de pus. Le poumon est repoussé vers le hile ; des fausses membranes récentes, jaunâtres, infiltrées de pus, le relient par places à la plèvre thoracique. A la coupe, son lobe supérieur est le siège d'une congestion des plus manifestes.

Le lobe inférieur du poumon droit adhère au diaphragme par une grande quantité de tractus pseudo-membraneux jaunâtres. Cette pleurésie diaphragmatique n'avait pas déterminé de douleur spéciale, mais peut expliquer l'intensité de la dyspnée, du moins pour une bonne part. Pas de tubercules — rien ailleurs que des congestions asphyxiques. — Au cœur, on trouve à droite un caillot fibrineux qui se prolonge et se bifurque dans l'artère pulmonaire. Il existe également un petit caillot fibrineux dans l'oreillette gauche. En résumé, il s'est agi là d'un abcès profond du cou dont le début a été peu bruyant et qui tout à coup a fusé dans le médiastin postérieur où sa présence a déterminé une pleurésie purulente suraiguë. La texture anatomique de la région, permet de se rendre compte de la facilité de l'enchaînement des lésions.

2° Polyurie. — Abcès anthracoïde de la région pectorale. — Erysipèle à distance. — Rétention d'urine, mort, autopsie. — P. Sébastien, 63 ans, journalier, entre le 1^{er} juillet 1881 dans le service du Dr Péan, à l'hôpital Saint-Louis.

Pas d'antécédents dans la famille ; pas d'antécédents personnels. Jamais de maladies graves antérieures. Depuis un an il a perdu un peu de ses forces. Les fonctions sont néanmoins

Novembre, T. II, 1881.

63

restées régulières : il mange bien, même beaucoup, affectionne particulièrement les légumes, n'accuse pas d'habitudes alcooliques, mais a souvent soif et boit une grande quantité d'eau ; au moins 3 litres par jour. Il a des envies fréquentes d'uriner, qui le font se relever plusieurs fois la nuit.

Huit jours avant l'entrée, sans cause connue, sans traumatisme préalable, il a ressenti, le matin, de la douleur au niveau de la région pectorale droite, et, peu à peu est apparue une tumeur du volume d'un petit œuf avec une rougeur circonvoisine considérable.

A l'entrée on est frappé d'abord par le teint pâle du malade qui fait songer immédiatement au diabète. L'appétit s'est conservé ordinaire, la soif est vive et les urines atteignent le second jour 6 litres. A la région pectorale droite, vers le bord de l'aiselle, existe un vaste abcès anthracoïde, fluctuant, qui ne présente pas tout à fait l'aspect ordinaire de l'anthrax simple. Une zone inflammatoire considérable s'étend au pourtour. Le malade porte de plus une hydrocèle vaginale gauche, non tendue, dont la quantité de liquide peut être évaluée à un quart de litre.

Le lendemain on incise l'abcès qui cause au malade des douleurs considérables. Le soir survient une rétention d'urine qui nécessite deux cathétérismes. L'urine s'écoule de la sonde en bavant; sa quantité pour la journée est de 3 litres. Cette quantité se maintient presque invariablement les jours suivants. Analysée à différentes reprises au moyen de la chaleur, de l'acide nitrique et de la liqueur de Bareswil, l'urine n'a jamais décelé aucune trace d'albumine ou de sucre. L'examen au point de vue de l'urée et des phosphates n'a pas été fait.

Même état les jours suivants, 3 cathétérismes par jour. Eau de Vichy, lait, toniques, etc.

Le 10 juillet le jet d'urine devient plus fort; mais le spasme du col vésical existe toujours, l'abcès anthracoïde marche vers la guérison; la température qui ne s'est pas élevée au-dessus de 38° 8 redevient normale. Le malade a bon appétit.

Le 11 juillet, malaise considérable, fièvre, température 39° 2, pouls 100. On aperçoit au pourtour de l'aile gauche du nez le début d'un érysipèle que rien ne relie ouvertement à la plaie de la paroi thoracique — traces d'albumine dans l'urine.

On transporte le malade dans les pavillons d'isolement. L'érysipèle envahit rapidement toute la tête et le cou, les choses vont de mal en pis, il survient du délire et le malade meurt 5 jours après le début de l'érysipèle.

L'autopsie pratiquée 32 heures après la mort n'a pu donner tous les résultats qu'on aurait été en droit d'en attendre. La chaleur, alors accablante, amenait les cadavres, en un laps de temps très court, à un état de décomposition très avancée et les délais réglementaires ne pouvaient être franchis. Aussi toutes les régions envahies par l'érysipèle étaient-elles réduites à l'état de putrilage. Néanmoins nous pûmes examiner les reins qui étaient très congestionnés, augmentés de volume d'environ $1/4$. Les histologistes à qui nous les offrîmes, furent obligés, à cause de leur ramollissement d'en abandonner toute tentative d'examen. — La vessie était distendue, amincie, présentant quelques colonnes. — La prostate était normale et le foie un peu gras.

Malgré les imperfections et les lacunes nombreuses de cette observation, nous avons cru qu'elle offrait encore assez de points intéressants pour mériter la publication.

A. H.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

De ce qu'on appelle accouchement retardé (*suite* voyez page 664). — Nous avons donné dans notre dernière revue le résumé d'une discussion qui avait eu lieu sur ce sujet, à la Société obstétricale de Londres, au commencement de cette année, et qui nous avait paru intéressante.

On peut classer de la manière suivante les opinions des auteurs qui ont pris la parole. Les uns pensent qu'un fœtus peut rester dans la cavité d'un utérus sain beaucoup plus longtemps que le terme ordinaire de la grossesse. Dans ces cas, il meurt, il se décompose et on voit les débris de l'enfant être éliminés peu à peu et à des époques variables. Les autres pensent qu'il n'en peut pas être ainsi. Quand un utérus est sain et contient un fœtus, l'accouchement se fait toujours à une époque qui ne dépasse pas la période normale du terme de la grossesse. Quant aux faits en apparence contraires, il faut les interpréter autrement. Toujours il y a accouchement au terme de la grossesse. Mais dans les cas dont nous nous occupons, l'accouchement est incomplet, les douleurs apparaissent bien, elles ont l'énergie voulue, le col s'efface et se dilate comme de coutume, la poche des eaux peut même se rompre et le liquide s'écouler en quan-

lité considérable, mais tout se calme, tout s'éteint aussitôt; et au bout de 3 ou 4 mois, parfois au bout d'une année ou de deux on retire par le col de l'utérus, qui s'est dilaté de nouveau des débris de pariétaux, un fémur, un os quelconque; et si on essaie de déterminer l'âge que pouvait avoir l'enfant auquel appartenaient ces fragments osseux, on voit que cet enfant, quand il est mort, devait avoir juste le même âge que l'enfant qui était contenu dans la cavité utérine quand le faux travail a débuté. C'est ainsi que, si, par exemple, le travail a eu lieu au sixième, au septième ou au huitième mois de la grossesse, les os que l'on retire au bout d'un temps plus ou moins long, semblent appartenir à un enfant de six, de sept ou de huit mois. Il paraît donc, incontestable et incontesté que l'enfant ne vit pas dans la cavité utérine un temps qui dépasse celui de la durée d'une grossesse normale. Mais pourquoi cet enfant, s'il meurt, n'est-il pas expulsé peu de temps après, comme cela arrive quand un enfant meurt dans la cavité utérine pendant la grossesse? C'est que, disent ces auteurs, les faits doivent être interprétés de la manière suivante: Quand le travail a débuté, quand sont apparues ces douleurs qui ont disparu sans donner lieu à l'accouchement, ce n'était pas là un faux travail, ni un faux début d'accouchement, comme on l'a dit à tort, mais c'était bel et bien le vrai travail, seulement tout à coup l'utérus s'est rompu et l'enfant est en partie ou complètement sorti de la cavité utérine. La grossesse intra-utérine s'est transformée en grossesse extra-utérine. Le fœtus s'est enkysté et ses fragments sont ensuite éliminés beaucoup plus tard comme dans bien des grossesses extra-utérines. Si l'évacuation du kyste fœtal ainsi formé s'était faite par un autre point que par la paroi utérine, personne n'eût jamais imaginé la description du travail retardé.

Que peut-on opposer à cette explication ou plutôt à cette théorie? On peut dire que l'on ne voit pas toujours se produire ce début d'accouchement qui serait nécessaire pour que l'on vit se produire une rupture interne et consécutivement la transformation d'une grossesse intra-utérine en grossesse extra-utérine. Cela est parfaitement exact et Mathews Duncan est venu dans la discussion que nous avons analysée, appuyer cette objection de toute son autorité.

Mais cela ne prouve pas qu'il y ait eu grossesse intra-utérine prolongée, dans le cas où ce début de travail ne s'est pas produit, pourquoi dans ce cas n'y aurait-il pas eu grossesse

extra-utérine dès le commencement, témoin le cas si intéressant rapporté par le docteur Galabin.

La seule objection qui nous paraisse réellement sérieuse, est la suivante, qui justement n'a pas été faite dans cette discussion. On sait quel pronostic grave, quel pronostic fatal devrions-nous plutôt dire, doit être porté quand survient pendant le travail une rupture du corps même peu étendue; comment admettre la possibilité d'une rupture utérine se produisant brusquement, suffisante pour laisser passer dans la cavité péritonéale un fœtus à terme ou arrivé presque à terme sans que les malades éprouvent des symptômes plus violents et plus graves que ceux qui sont relatés dans la plupart des observations.

Nous ne pourrions, du reste, nous prononcer d'une manière formelle pour telle ou telle théorie, le sujet est bien trop obscur pour cela, et bien que nous penchions à admettre dans ces cas l'existence de grossesses intra-utérines nous pensons qu'il serait intéressant de publier les observations que l'on pourrait recueillir sur ce sujet si curieux, même au point de vue pratique, en ne négligeant point d'observer les malades sous le point de vue auquel nous venons de nous placer.

Ce n'est pas du reste ce que semblent avoir fait les auteurs jusqu'à présent, car nous avons trouvé dans les journaux étrangers de cette année quelques observations dans lesquelles les auteurs ne paraissent pas avoir eu notion du problème que soulevaient les faits observés par eux. Tels sont par exemple les cas suivants :

Naissance d'un enfant complètement décomposé. — REIMANN. (*Centralb. für Gynäk.* 1884 p. 880).

Il s'agit dans cette observation d'une femme de 45 ans qui a déjà accouché 8 fois. Elle a une fistule vésico-vaginale que l'on a vainement tenté d'opérer deux fois.

Elle expulse quelques os, phénomène qui s'accompagne d'une violente hémorrhagie. L'auteur voit la malade à ce moment et il sent en pratiquant le toucher utérin, un os plat qui répond juste à l'orifice interne du col. L'auteur extrait alors de la cavité utérine plusieurs os (vertèbres, côtes, os du bassin) paraissant provenir d'un fœtus âgé de 6 mois; sur les os du bassin étaient encore attachés quelques débris musculaires. La malade avait une fistule vésico-utérine qui fut alors reconnue.

La malade avait fait trois ans auparavant une fausse couche,

il y a donc tout lieu de penser que la rétention ne dépasserait pas deux ans et demi.

L'auteur pense avoir eu affaire ici à un phénomène très exceptionnel, duquel on n'aurait encore publié que fort peu d'exemples.

Nous pourrions cependant multiplier ces exemples, nous nous contenterons d'indiquer seulement les quelques observations qui nous ont paru les plus intéressantes à consulter. On lira avec intérêt sur ce point les observations suivantes :

RICHARDSON. — **Grossesse gémellaire avec un fœtus flétri.** (*Obst. Soc. of Philad.*, 3 mars 1881).

SCHRAMM. — **Enfant retenu dans la cavité utérine et se fragmentant de lui-même.** (*Protokolle der Moskauer med. Gesellschaft*, 1880).

SOLOWIEW. — **Enfant retenu dans la cavité utérine et détruit en partie.** (*Schmidt's Jahrbücher* 1875; n° 12).

II. — Paralysie du sphincter de l'anus par suite d'une distension extrême pendant le travail. — **SMITH.** (*Obst. Soc. of Philadelphia*, 2 décembre 1880.)

Les tissus étaient rigides et le vagin était très petit. On applique le forceps et on ne parvient à abaisser la tête du fœtus qu'avec les plus grandes difficultés.

Une déchirure du périnée étant devenue imminente, l'accoucheur retire le forceps et il introduit trois doigts dans le rectum, les appliquant contre la convexité de la tête du fœtus, et accrochant ainsi en quelque sorte la voûte orbitaire.

Il cherche par des pressions appropriées à défléchir la tête, et, en effet, il arrive à énucléer cette partie fœtale sans faire la moindre déchirure de la fourchette, mais il y avait une fissure du rectum, au niveau de la partie correspondante à la paroi recto-vaginale, au point précis où étaient appliqués les doigts. De plus, on vit survenir pendant les quelques jours qui suivirent l'accouchement, de la paralysie du sphincter anal, paralysie qui disparut sous l'action des stimulants.

Clenann, montre qu'il faut tenir grand compte du fait précédent, car dans un cas qu'il a eu l'occasion d'observer, il y avait eu pendant le travail une déchirure du périnée, mais qui n'atteignait pas le sphincter anal, et cependant il y avait eu consécutivement une paralysie du sphincter de l'anus, paralysie qui avait disparu au bout de 10 jours.

Nous n'avons jamais observé de cas analogues, cependant il

serait bien intéressant de rechercher s'il suffit en réalité d'une distension exagérée du périnée pendant le dégagement de la tête pour produire de la paralysie du sphincter, dans des cas où, bien entendu, il n'y aurait pas eu de déchirure. Nous avons quelque peine à le croire, car généralement, à moins de déchirure profonde atteignant le sphincter, nous n'avons jamais observé de paralysie de l'orifice anal.

Il nous semble que dans le cas actuel, il faudrait accuser surtout les manœuvres qu'a cru devoir faire l'auteur pour faciliter le dégagement de la tête. Et, en effet, il est noté dans l'observation qu'il y avait une fissure sur la paroi du rectum en un point qui correspondait à celui sur lequel étaient appliqués les doigts. Il est bien possible que cette fissure fût tout simplement l'indice d'une déchirure du corps périnéal n'ayant pas atteint la peau mais ayant sectionné tous les muscles de cette région.

On oublie, du reste, trop souvent qu'il est tout à fait exceptionnel de voir une déchirure du périnée débiter par la fourchette pour s'étendre ensuite sur le raphé médian. Quand nous voyons ce phénomène se produire la déchirure du corps périnéal s'est déjà effectuée car elle commence toujours par l'anneau vaginal, ou par les parties profondes.

Cette observation est surtout intéressante car elle montre combien il faut se défier de la manœuvre qu'a faite l'auteur, et combien il ne faut la pratiquer qu'avec prudence et à bon escient.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Topographie de la ponction des kystes de la face convexe du foie.

(Extraits d'une communication faite au Congrès de 1881, de l'Association pour l'avancement des sciences, par M. C. Gros, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.)

§ I. — M. Gros donne le résumé des opérations qu'il a pratiquées chez sept malades, atteints de kystes du foie. Il a employé la méthode, préconisée par Jaccoud, qui consiste à faire la ponction capillaire, en vidant le kyste aussi complètement que possible, et, quand le kyste devient purulent, à plonger un gros trocart, à placer une sonde à demeure et à pratiquer, chaque jour, des lavages avec un liquide antiseptique.

Il cite les perfectionnements apportés par M. le professeur Verneuil et par M. Marc Sée (*Union médicale* du 5 avril 1881), lorsqu'il est nécessaire de recourir aux lavages.

§ II. — Chez un malade atteint de kyste du foie volumineux, avec fluctuation dans le sixième espace intercostal M. Gros introduisit l'aiguille n° 1 de l'appareil Dieulafoy dans le point fluctuant. L'aiguille fut agitée de mouvements d'oscillation, qui firent admettre à l'opérateur qu'elle avait pénétré dans le kyste en traversant le poumon.

Ce fait amena M. Gros à étudier l'anatomie chirurgicale de la région hypochondriaque droite, afin de voir quels étaient les points de la région permettant de pénétrer dans le foie sans traverser la plèvre ni léser le poumon.

Il a déterminé ainsi une zone de forme triangulaire, qui va s'élargissant, de haut en bas et d'avant en arrière, ayant pour base une ligne s'étendant de l'extrémité antérieure de la onzième côte à 2 centimètres environ en arrière de la douzième et ayant pour sommet l'extrémité antérieure du septième espace intercostal. On peut ainsi atteindre un kyste du foie en traversant les attaches du diaphragme dans les 7^e et 8^e espaces intercostaux; les attaches du diaphragme et les fibres aponévrotiques communes au diaphragme et aux muscles transverses de l'abdomen, dans les 9^e, 10^e et 11^e espaces. Inférieurement cette zone est très large et a une étendue transversale de 7 centimètres dans le 9^e espace, de 7 centimètres dans le dixième espace.

§ III — En percutant la région hypochondriaque droite aux deux temps de la respiration, M. Gros a constaté les déplacements de poumon dans la cavité thoracique pendant les mouvements respiratoires étendus.

En percutant sur la ligne axillaire à la fin d'une longue inspiration, la sonorité existe jusqu'au dixième ou onzième espace intercostal; par contre, à la fin d'une longue expiration il y a matité hépatique jusqu'aux septième et sixième espaces.

En percutant sur la ligne mammaire dans le sixième espace, on trouve de la sonorité dans l'inspiration, de la matité hépatique dans l'expiration.

D'après ces expériences, on est amené à conclure qu'il y a indication, pour ne pas blesser le poumon, à ne ponctionner dans le sixième espace et au-dessous, qu'à la fin d'une longue expiration.

Les conclusions de ce travail peuvent se résumer comme suit :

1° Quand on est appelé à ponctionner un kyste du foie, si la fluctuation existe dans un des points de la zone indiquée, c'est lui que l'on devra choisir à l'exclusion des points situés en dehors de cette zone, alors même que la fluctuation y serait également perçue; on évitera ainsi la lésion de la plèvre et du poulmon.

2° Dans le cas où la fluctuation n'existera que dans les parties de la paroi thoracique qui recouvrent la plèvre, on devra, pour éviter les lésions du poulmon, tenir compte des mouvements d'ascension et d'abaissement de l'organe dans les deux temps de la respiration et ne plonger l'aiguille dans le thorax qu'après avoir fait faire au malade une expiration profonde et prolongée.

Une discussion intéressante s'est engagée à propos de la communication de M. Gros; nous la résumons en quelques mots.

M. Hérard préfère le procédé de Récamier, qui, en provoquant des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, met mieux que la simple ponction, même avec aspiration, à l'abri de l'épanchement du liquide dans le péritoine: cet épanchement n'est d'ailleurs jamais innocent.

M. Gayet (de Lyon) apprécie l'observation de M. Hérard. Il a vu la péritonite suivre les ponctions.

M. Rochard rappelle la pratique des chirurgiens anglais à Shang-Haï, dans le traitement des abcès du foie, pratique, qu'il a signalée l'an dernier au Congrès de Reims, et, plus récemment, à l'Académie de médecine de Paris. Ces chirurgiens se préoccupent peu d'avoir des adhérences; grâce aux précautions antiseptiques de Lister, ils ouvrent impunément ces grandes collections.

M. Hérard suppose que, lorsqu'il y a des abcès du foie, il existe des adhérences entre cet organe et la paroi abdominale.

M. A. Bertherand, que sa longue pratique militaire devait tenir en grande circonspection à l'endroit des plaies pénétrantes de l'abdomen, a été frappé de voir, à Mexico, le professeur Ximènes ouvrir directement et largement les abcès du foie au bistouri, et les guérir, il y a une quinzaine d'années, alors qu'il n'était nullement question de listérisme. Encouragé par l'exemple, il a lui-même ouvert, de cette manière, un abcès, duquel il est sorti, en plusieurs jours, environ 7 litres de liquide, et le malade put se lever au bout de quinze jours. Comme M. Hérard, il pense que, dans l'espèce, il existait des adhérences,

adhérences dont la formation est d'autant plus admissible, que les abcès du foie ont une genèse toujours longue et pour ainsi dire souterraine dans leur évolution.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

Séance du jeudi 15 novembre 1881.

Présidence de M. LEGUEST.

La correspondance contient une lettre de M. J.-B. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Dans cette lettre, M. Dumas annonce qu'il vient de former un comité, composé de membres de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, de la Faculté, de l'École normale. Ce comité est formé en vue de recueillir des souscriptions pour offrir à M. Pasteur une médaille rappelant ses beaux travaux. M. Dumas provoque l'adhésion des membres de l'Académie, *l'adhésion unanime*, à cette manifestation *spontanée* en l'honneur du *génie* de M. Pasteur, et en reconnaissance des grandes découvertes opérées par ce *génie en faveur de l'humanité*.

Il y a dans les termes que nous venons de souligner des choses dont la grosseur est telle que, malgré l'intention où nous étions de garder le silence au milieu du bruit assourdissant suscité autour de M. Pasteur, nous nous voyons forcé à nous départir de notre réserve.

M. Pasteur est candidat à l'Académie française. M. J.-B. Dumas a estimé qu'il ne suffisait pas à représenter dans ce sénat d'illustrations la science contemporaine, et qu'il manquait un second chimiste à la gloire de la Compagnie fondée par Richelieu. A-t-il tort ou raison ? C'est affaire à décider entre la Compagnie et M. Dumas. Bornons-nous à constater que la candidature a soulevé une certaine opposition. A cela rien que de très naturel : on conteste tout en ce monde, et il n'y a que M. Pasteur et ses amis qui puissent s'étonner de rencontrer des dissidents. Pour répondre aux opposants ou plutôt pour les écraser, on a imaginé de rééditer dans la réunion des cinq Académies un éloge, revu et augmenté, de M. Pasteur par M. Bouley. La Société d'agriculture en avait eu la primeur. Pour l'approprier au public de l'Institut, quelques additions et re-

touches ont suffi. Cependant, il a fallu, nous assure-t-on, en retrancher certain passage où le style de M. Pasteur était mis au niveau de celui de Pascal et de Bossuet. Un homme d'esprit, membre de l'Académie française, a protesté contre la comparaison : « M. Pasteur écrit en français, je consens à le reconnaître; voudrait-on qu'il écrivit en iroquois ou en auvergnat? Mais je demande à être haché en morceaux plutôt que d'avouer que c'est un styliste, un écrivain, et qu'il a quoi que ce soit de commun avec nos grands auteurs. »

L'éloge de M. Pasteur par M. Bouley, loin d'écraser les dissidents, les a fait crier plus fort. On veut les réduire au silence. M. J.-B. Dumas entre en scène. C'est la vieille garde qui donne.

Voyez quel déploiement de forces; quel soin de préparer la victoire, en ne laissant rien au hasard. On fait à l'Académie cette fière déclaration : « Ne contestez plus le génie, le bienfaiteur de l'humanité; ouvrez les yeux à la lumière; écoutez ces acclamations parties de tous les points de l'horizon scientifique; c'est la Sorbonne, c'est l'École normale, c'est l'Institut, c'est l'Académie de médecine, qui vous pressent d'accepter le Maître; votre résistance serait une faute, un crime peut-être. »

Comment imaginer qu'après cela l'Académie française hésite? Celui de ses membres qui recevra M. Pasteur (M. Marmier, je crois) n'aura plus qu'à lui présenter les excuses de ses confrères pour avoir tardé si longtemps à découvrir un pareil génie.

Nous dirons simplement que si l'intention de M. J.-B. Dumas à l'égard de son ami est excellente, il ne nous paraît pas que le fait réponde à l'intention. Nous croyons qu'il existe une pudeur de l'amitié : on peut flatter les indifférents ou ceux qu'on exploite, mais la flatterie est indigne de l'amitié. M. J.-B. Dumas n'a pas voulu flatter M. Pasteur; il a dit ce qu'il pensait, sans doute. Alors il a manqué de prudence. On ne donne pas aussi fortement « du génie » sur le nez à un homme de son vivant. C'est la mort qui consacre les génies, et les apothéoses faites sur le vif n'ont jamais, ou presque jamais, été ratifiées par la postérité : elles sont trop souvent ou ridicules ou odieuses.

Le mot de « génie » est malheureux.

Mais que dire du titre de bienfaiteur de l'humanité décerné à celui qui ne s'est occupé, au point de vue pratique, que de la fabrication de la bière, de la conservation des vins, de la gué-

raison des vers à soie, par des procédés aujourd'hui totalement abandonnés, et du massacre des moutons et des bœufs jusqu'au jour où il a emprunté à M. Toussaint l'idée, et, en grande partie, le moyen de les vacciner. Nous cherchons, dans l'hygiène, dans la clinique, dans la chirurgie, dans l'industrie séricicole ou vinicole, les conquêtes humanitaires de M. Pasteur, et nous ne voyons rien qui soit de nature à mériter le titre pompeux de bienfaiteur de l'humanité. Attendons au moins quelques ans pour savoir s'il méritera celui de bienfaiteur des bêtes.

M. Dumas n'est pas un solliciteur ordinaire; non seulement, il n'entend pas être éconduit, mais, de plus, il veut que tout le monde adhère, il veut l'unanimité. Allons, M. Dumas, tenez un peu compte de la faiblesse humaine, contentez-vous d'une bonne majorité. Par le temps qui court, une bonne majorité n'est pas à dédaigner. Vous l'aurez, pour Dieu! veuillez vous en contenter.

Adhérez, messieurs, adhérez tous, dit la lettre, adhérez à cette manifestation *spontanée*. Spontanée! Mais, qui y songeait? ce n'est ni moi, ni vous, ni cet autre. *Spontanée* est une perle.

Osons le dire: l'Académie de médecine a reçu la lettre comme on reçoit une douche, avec un mélange indéfinissable de surprise et d'émoi. On s'entre-regardait avec ébahissement, en silence. Les Pastoriens, prévenus de l'explosion, guettaient les attitudes. L'attitude générale nous a paru celle du patient qui reçoit sur la tête une pluie glacée, et, tout grelottant, tout transi, ébauche un sourire et murmure, tandis que les dents lui claquent « Dieu! que c'est bon! »

D'autres plus indépendants disaient: « C'est un peu fort, peut-être. — C'est une apothéose. — A quand la statue? — Nommons-le Président de la République. »

Dans la section de pathologie médicale, signalons deux candidats, MM. Cadet de Gassicourt et Mauriac; dans la section des Associés libres se présentent aussi MM. Maximin Legrand et de Ranse.

M. de Cyon, ancien professeur de physiologie, rédacteur en chef du *Gaulois*, adresse à l'Académie, un article intitulé, « la Guerre à Dieu et la Morale laïque. Réponse à M. Paul Bert. »

M. Alph. Guérin fait hommage d'un article dans lequel il s'est appliqué, dit-il, à caractériser l'infection purulente et

l'infection putride. La première se manifeste d'ordinaire quand l'agent septique influence les os; la seconde se produit toujours quand l'agent septique s'attaque aux membranes sereuses.

M. Leroy de Méricourt fait l'éloge des conserves de sardines, dont la marine consomme au moins 32,000 kilogr., par an, et dont les hommes se trouvent bien. Jamais elles n'ont produit un seul accident saturnin.

M. Gauthier maintient les remarques et les chiffres qu'il a produits; le plomb ne se présente pas en quantités inquiétantes dans l'eau, les siphons, les conserves de légumes, mais dans certaines boîtes de conserves à l'huile ou à la graisse, il atteint jusqu'à la proportion de 1 décigr. par kilogr. C'est là une quantité dangereuse.

M. Marotte communique l'observation d'une femme de quarante ans qui offre les phénomènes suivants: trouble de la vision, crises épileptiformes, suivies de coma stertoreux avec immense prostration au réveil, précédées d'une sorte d'aura hystérique, faiblesse momentanée des membres inférieurs. M. Marotte croit reconnaître là une forme fruste, inconnue jusqu'ici de de l'ataxie locomotrice; le mal a eu son point de départ, occasionnel sans doute, dans un usage intempestif des eaux de Saint-Sauveur.

M. Léon Colin, au nom de la section d'hygiène, consulté par le Ministre du Commerce sur l'hygiène des ouvriers terrassiers employés dans les régions du littoral, a rédigé un rapport très intéressant, applaudi par l'Académie. Il y demande la mise en pratique des mesures suivantes:

- 1^o La fragmentation du travail;
- 2^o Le choix des ouvriers parmi les hommes sains et vigoureux, de préférence parmi les habitants de la région;
- 3^o La diminution de la durée du contact du travailleur avec le sol, aux heures extrêmes de la journée;
- 4^o L'installation pendant la nuit des ouvriers au milieu des centres de population voisins;
- 5^o Une alimentation spéciale; un plat chaud et substantiel le matin avant le travail;
- 6^o Le transport immédiat des fiévreux à l'hôpital; pas de médication préventive;
- 7^o L'allumage de grands feux, matin et soir, sur les chantiers;
- 8^o Au besoin, l'inondation des travaux qui seraient des foyers

actifs d'impaludisme, et l'emploi de la culture intensive dans les terrains fraîchement remués.

Sagement, très sagement le rapport a évité de recommander, en ce qui concerne la genèse de la *malaria*, l'hypothèse des miasmes figurés; mais non moins sagement il s'est déclaré contre les fanatiques de la microbie qui voient partout le microbe, et expliquent tout par un microbe, leur microbe. Le microbe de l'impaludisme est encore à découvrir, a dit M. L. Colin.

Société de chirurgie.

Séance du 16 novembre 1881.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

M. Verneuil dépose un mémoire d'un membre correspondant sur la *pustule maligne*.

M. Monod offre, au nom du Dr Kerel, de Marseille, une observation sur un *kyste dermoïde de l'ovaire*.

Renvoyé à une commission.

Rapport. — **M. Terrillon**, au nom d'une commission dont il a fait partie avec MM. Delens et Marc Sée, lit un rapport sur une observation de thyroïdectomie par **M. Richelot**. Le sujet de cette observation est une femme de 25 ans qui était affectée depuis l'âge de 11 ans d'un goître resté longtemps stationnaire mais ayant commencé à croître entre 16 et 17 ans. Il y a six ans, elle fut traitée à la Charité par la ponction suivie d'une injection iodée, puis par les caustiques et le drainage. Il se forma un abcès qui mit la vie en danger. La malade put néanmoins se considérer comme guérie pendant trois ou quatre ans, au bout desquels apparurent des symptômes alarmants : douleurs abdominales, métrorrhagies, voix faible, gêne croissante de la respiration. La tumeur était alors constituée par trois lobes dont le moyen était kystique et le droit plus saillant que le gauche. Elle touchait le sternum en bas, mais ne semblait pas plonger dans le médiastin. Il n'y avait rien du côté des organes respiratoires thoraciques. Comme ce goître était nettement suffocant et que les symptômes s'aggravaient en même temps que la tumeur augmentait, M. Richelot résolut de l'enlever.

L'opération eut lieu le 8 septembre 1880. M. Richelot fit une incision courbe à convexité inférieure, rasant le sternum;

puis la tumeur fut isolée et pédiculée à la partie inférieure et supérieure et les pédicules coupés entre deux ligatures à la soie préparée. La trachée décrivait une courbure latérale, la tumeur en fut détachée au moyen du bistouri et de la spatule. La quantité de sang perdu ne fut pas plus considérable que pour une amputation de jambe ordinaire. On fit la réunion de la plaie en ménageant trois ouvertures déclives donnant issue à des drains et aux fils de soie des gros vaisseaux, enfin on appliqua un pansement de Lister. L'opération dura deux heures en tout.

Aussitôt après l'opération on remarque une aphonie complète, le soir, la température était à 39° et le 24 septembre la malade pouvait se lever. La guérison fut lente et sans accidents; elle était complète à la fin de la quatrième semaine. L'aphonie existait toujours; au laryngoscope les cordes vocales apparaissaient immobiles; deux mois après elles reprirent quelques mouvements et, dans le courant du mois de janvier suivant, la voix revint définitivement.

La thyroïdectomie, ajoute M. Terrillon, a eu ses vicissitudes comme l'ovariotomie. Malgré la réaction tentée en sa faveur par Michel de Nancy et les succès de Billroth, elle a eu du mal à être acceptée en France. Aujourd'hui on l'admet et on la pratique sans perdre à coup sûr ses opérés comme autrefois. A quoi cela tient-il? Assurément aux antiseptiques et à l'application des moyens perfectionnés d'hémostase, car l'emploi des pinces hémostatiques met à l'abri des hémorrhagies qui, auparavant, étaient le plus grand danger de ces sortes d'opérations.

Les indications de la thyroïdectomie sont déterminées les unes par des accidents de suffocation, les autres par des raisons d'ordre esthétique. Quand les procédés ordinairement employés ont été inutilement mis en pratique, on est autorisé à intervenir par l'extirpation, et M. Tillaux a obtenu des succès dans le goître exophtalmique qui peut être assimilé au goître suffocant. Au reste, toutes ces considérations sont fort bien exposées dans la *Thèse de M. Boursier*.

Un point intéressant est l'aphonie passagère signalée chez la malade de M. Richelot. Les observations de ce genre ne sont pas très rares, et dans quelques-unes même, on la trouve notée avant l'opération.

D'où vient-elle? On peut croire d'abord que les nerfs récurrents ont été intéressés; mais le retour de la voix exclut cette

idée. Cependant on a observé des lésions du récurrent (Dupuytren, Billroth). Quand le goître est unilatéral, comme cela s'est rencontré, on ne peut néanmoins admettre la paralysie des deux récurrents. D'un autre côté, on ne peut songer au resoudage des deux bouts du nerf alors qu'on en aurait enlevé toute la partie comprise dans la tumeur.

En somme, l'explication de cette aphonie n'est pas toujours facile.

Un auteur allemand a émis l'hypothèse qu'elle serait due à la section de la branche externe du nerf laryngé supérieur, mais rien ne le prouve. En terminant, M. Terrillon propose des remerciements à l'auteur, le dépôt aux archives de son rapport et l'inscription à la liste des candidats au titre de membre titulaire.

M. Monod a opéré à l'Hôtel-Dieu une malade qui avait une hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde. Il a observé à la suite, comme M. Richelot, du râle trachéal qui n'a duré qu'un jour. Peut-être pourrait-on incriminer le refroidissement de la trachée mise à nu. La guérison a eu lieu en 15 jours.

La malade est présentée.

Rapport. — **M. Guéniot** présente un rapport sur un mémoire du *D^r Eustache* (de Lille) sur le *traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin par le procédé de M. Le Fort*.

M. Eustache a employé cette méthode dans cinq cas. Les deux premières malades ont été opérées rigoureusement suivant les procédés indiqués par M. Le Fort: avivement de 5 à 6 centimètres de long et réunion de la paroi antérieure à la postérieure. Dans les 2 cas il y a eu insuccès, ce qui tient, dit M. Eustache, à ce que l'avivement est ainsi trop étroit et à ce qu'il est difficile d'extraire sans tiraillements les fils métalliques des sutures.

Dans les trois autres opérations M. Eustache a modifié le procédé et a eu 3 succès. Il a fait un avivement de 4 à 5 cent. de large, comprenant, en long tout le vagin et il a remplacé les fils métalliques par des sutures au catgut.

M. Guéniot estime que le premier insuccès peut bien être dû, en partie, à l'indocilité de la malade notée dans l'observation.

Dans le second cas, la malade avait été opérée un an auparavant d'un allongement hypertrophique du col dont on avait

retranché 5 centimètres. Un premier avivement avait échoué, le second tenté par M. Eustache ne fut pas plus heureux.

Dans les cas suivis de succès les malades ont été revues six mois après; ce n'est pas assez, ajoute M. Guéniot, pour savoir si la guérison se maintiendra.

On vote des remerciements à l'auteur et le dépôt de son mémoire aux archives.

M. Després demande si on a fait porter une ceinture aux opérées; sur la réponse négative du rapporteur, il affirme que l'on a fait alors des opérations inutiles. Car le prolapsus de l'utérus est dû au relâchement du périnée et toute opération qui ne rend pas leur tonicité aux muscles de la région est absolument vaine. On peut obtenir des succès, mais ils sont momentanés, l'affection se reproduit. La meilleure opération est l'application d'une ceinture avec une pelote périnéale. Si on a à traiter un prolapsus qui remonte à 7 ou 8 ans, comme cela arrive souvent, et qu'il n'y ait pour ainsi dire plus de périnée, on peut suturer la partie postérieure de la vulve afin de permettre l'application de la pelote périnéale, mais aucun des moyens basés sur le rétrécissement du vagin, ceux de M. Le Fort et de Marion Sims, entre autres, n'ont de résultat durable.

M. Le Fort. — M. Eustache me semble avoir mal compris le procédé que j'ai préconisé : j'avive aussi haut que possible, et je crois qu'un avivement de 2 cent. de large suffit dans beaucoup de cas. On peut faire les ligatures au catgut, mais il se résorbe trop vite; je préfère employer les fils d'argent dont je fais sortir les extrémités au dehors et que je laisse en place jusqu'à ce qu'ils tombent.

La chute de la matrice commence d'abord par une cystocèle vaginale, la paroi antérieure du vagin bombe d'abord en bas et en avant, puis l'utérus descend peu à peu. Si l'on empêche cette paroi antérieure d'aller en avant en la suturant à la postérieure, l'utérus ne descend plus.

On ne réussit pas fatalement; j'ai eu aussi un insuccès dû à l'indocilité de la malade, et M. Tillaux a eu une mort par péritonite, ce qui tient, je crois, à ce qu'il avait avivé trop profondément.

Quant à la méthode de Sims qui consiste à aviver la paroi antérieure du vagin pour obtenir une cicatrice qui dévie l'organe, elle n'a pas de rapport avec celle que j'ai fait connaître.

M. Lucas Championnière. — Une seule fois j'ai fait

l'opération de Sims et j'ai obtenu un bon résultat ; mais je préférerais celle de M. Le Fort. Je rappellerai à M. Després que le plus souvent quand on en vient à une opération, c'est que les autres moyens, ceinture, etc., ont échoué. Au reste, rétrécir le vagin ou dévier l'utérus constituent encore le meilleur moyen pour soutenir l'organe.

M. Després. — Je maintiens que la chute de l'utérus est due à l'insuffisance des muscles du périnée, principalement du releveur de l'anus. L'utérus est maintenu en place par ce muscle, le sphincter de l'anus et celui du vagin ; il repose même sur le sacrum quand le rectum est vide.

Il suffit de faire tousser les malades pour voir que le prolapsus tient à la parésie des muscles périnéaux. Seule la ceinture, avec une pelote mise sur le périnée, et non dans le vagin, peut y remédier.

M. Trélat. — Jamais l'utérus n'a été maintenu normalement comme le dit M. Després. Il est retenu en place par ses liens supérieurs, et s'il descend, c'est à la suite du relâchement de ces liens.

M. Guéniot. — En effet, une femme peut ne plus avoir de périnée sans avoir pour cela un prolapsus utérin, bien que la rupture du périnée dans l'accouchement favorise le prolapsus.

L'opération de M. Le Fort est très utile.

M. Kirmisson lit un travail intitulé :

Remarques sur l'ablation des tumeurs du sein.

Dans les tumeurs malignes, il existe une zone suspecte entre la tumeur et les ganglions auxquels se rendent les lymphatiques de la région du sein, il faut enlever toute cette zone.

Pour cela, il convient, dans les cas où on ne sent pas, avant l'opération, de ganglions dans l'aisselle, de prolonger quand même l'incision jusque-là, en passant sous le bord du muscle grand pectoral, puis d'enlever le tissu cellulaire de cette région et de l'aisselle, après avoir lié les vaisseaux qui forment comme un pédicule avant de se jeter dans les gros troncs axillaires. De cette façon, on enlève tous les ganglions et tous les lymphatiques qui s'y rendent, car on a vu, alors que la tumeur du sein et la tumeur ganglionnaire avaient été enlevées séparément, la récurrence se faire sur le trajet des troncs lymphatiques.

Dans trois cas, à la Maison de Santé, M. Kirmisson a procédé de la sorte et a pu enlever de l'aisselle des ganglions qu'on ne sentait pas au toucher avant l'opération, mais qui,

néanmoins, étaient gros comme des pois ou des haricots et manifestement cancéreux, ainsi que l'a démontré l'examen histologique.

M. Nicaise présente un malade qui était atteint d'une hydarthrose des deux genoux. C'est un jeune homme de dix-huit ans, qui, depuis quatre ans, avait été en vain traité pour cette affection par tous les moyens habituellement mis en usage. M. Nicaise, après avoir inutilement essayé la teinture d'iode, la compression, les vésicatoires, etc., voyant que le liquide ne faisait que diminuer pour reparaître, se décida à une opération radicale.

Le 15 juin, il fit l'arthrotomie du genou gauche, le plus volumineux. Par l'ouverture de l'articulation, il fit une injection phéniquée au 40°, puis mit un drain qui fut raccourci le lendemain. Le membre était maintenu dans une gouttière, et le dix-neuvième jour, le malade marchait.

On attendit plusieurs mois avant d'opérer le second genou et l'arthrotomie ne fut faite à droite que le 18 octobre, par le même procédé que la première fois. Le drain fut ôté au bout de 4 jours et le malade se levait le 15^e jour.

L'hydarthrose était simple ; il n'existait que de l'épaississement de la synoviale. Aujourd'hui il ne reste aucune raideur articulaire. La méthode antiseptique a été appliquée dans toute sa rigueur.

M. Marc Sée a obtenu de bons résultats avec la compression par une bande de caoutchouc alors que tous les autres moyens avaient échoué.

M. Delens rappelle que Chassaignac faisait dans ces cas des injections intra-articulaires avec de la teinture d'iode étendue d'eau au tiers ou à moitié. Il a vu ainsi 7 ou 9 cas guérir sans aucun accident.

M. Ledentu a pratiqué des injections phéniquées au 20° dans deux cas de ce genre ; une fois, entre autres, chez une jeune fille atteinte d'une hydarthrose double intermittente qui a parfaitement guéri. La ponction a été faite avec un trocart.

M. Nicaise. — J'ai cru prudent de mettre un drain pour éviter la stagnation des liquides dans une articulation enflammée ou du moins irritée, d'autant plus qu'on m'avait reproché de ne pas l'avoir fait chez un malade que j'avais opéré d'un corps étranger du genou.

Le jeune homme que je vous présente a eu un phénomène

curieux le lendemain de chacune de ses deux opérations. Il a été pris d'une douleur vive dans l'aîne et sur le trajet des lymphatiques de la cuisse. Il n'y avait pas de rougeur, mais les ganglions inguinaux étaient augmentés de volume et douloureux. Le tout est promptement rentré dans l'ordre sans aucune intervention.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Société médicale des Hôpitaux

Séance du 12 novembre 1884.

Présidence de M. H. Guéneau de Mussy.

La séance est ouverte à 3 h. 1/2. — Lecture du procès-verbal de la séance précédente.

M. Du Cazal lit une *étude critique sur les microbes*, dans laquelle il résume ce qui a été fait jusqu'à ce jour; conclut qu'il n'y a que sur le choléra des poules et le charbon que la science soit fixée, grâce à M. Pasteur; que pour le reste, il faut plus que jamais s'attacher à l'observation et à la méthode expérimentale. Le ou les microbes de la fièvre typhoïde, des fièvres intermittentes et éruptives ne sont pas encore bien connus, mais pourraient bien l'être dans un avenir prochain, et on peut prévoir qu'un jour viendra où sera faite une révolution et une simplification complète de l'étude étiologique d'un grand nombre de maladies.

M. Millard présente un malade atteint de tuberculose miliaire aiguë du pharynx. C'est un jeune homme de 17 ans, d'aspect chétif, atteint d'affections chroniques de la gorge depuis son enfance. Les phénomènes principaux actuels sont de la douleur de la région cervicale, de la tuméfaction des ganglions, de la dysphagie. Il se plaint, de plus, vivement d'une douleur très intense de l'oreille droite. Le voile du palais, les amygdales présentent des inégalités, du boursofflement de la muqueuse, enfin un semis de points jaunes sur lesquels a insisté M. Trélat. MM. Féréol et Guyot n'ont pas hésité à porter le même diagnostic que M. Millard. Il n'y a guère que le muguet qui puisse, en effet, prêter à confusion. Le dépérissement est rapide. Quelques jours après l'entrée, un écoulement de pus par l'oreille est venu confirmer le diagnostic d'otite moyenne tuberculeuse annoncée par les douleurs. Il n'y a rien au testicule, et au sommet du poumon les signes stéthoscopiques sont obscurs. Dans des cas de ce genre, on a

proposé en Allemagne d'exciser les parties atteintes avec des ciseaux.

M. Besnier. — A propos de cette présentation, je rappellerai la communication de M. Trélat à la dernière séance de la Société de Chirurgie. J'avais fait le diagnostic d'ulcère tuberculeux de la langue à partir du moment où la maladie a été confirmée. Ce diagnostic est facile pour les médecins qui en ont déjà vu. Dans aucune autre affection on ne voit des douleurs aussi vives; elles contrastent avec le caractère indolore des lésions semblables. De plus, il y a encore comme point de repère le fond jaune et les granulations caractéristiques.

M. Millard. — En effet, la douleur vive est un bon signe, et mon malade supporte difficilement l'examen de la gorge. Sa dysphagie m'obligera probablement à le nourrir au moyen de la sonde.

M. Du Cazal. — Il existe pour amener l'anesthésie du pharynx un très bon moyen, ce sont les attouchements avec la *teinture de coca*.

M. Besnier lit son rapport trimestriel sur les maladies régnantes; il comprend le troisième trimestre de 1881 pendant lequel la mortalité a dépassé de 640 celle des périodes similaires des années précédentes.

La *pneumonie* et la *pleurésie* décroissent.

La *diphthérie* toujours grave et intense subit une atténuation annoncée d'avance, mais réclame plus que jamais des mesures énergiques.

La *variole* décroît. La *scarlatine* présente des écarts considérables. Néanmoins, elle devient un peu plus fréquente et plus grave à Paris, bien que les décès dont elle est cause soient trois fois moins nombreux à Paris en neuf ans qu'ils ne le sont à Londres en une seule année, sans qu'on puisse bien saisir la cause de cette énorme différence entre deux capitales en rapports aussi fréquents.

La *fièvre typhoïde* a présenté une des épidémies les plus graves qu'on ait vues à Paris. La mortalité est de 25 0/0 supérieure à celle des années précédentes. Il faut y joindre les épidémies observées parmi le corps expéditionnaire de Tunisie et sur lesquelles des renseignements précis seraient à désirer. De même, les médecins militaires rendraient de grands services en observant scrupuleusement les fièvres typhoïdes pendant les grandes manœuvres.

Présentation de malade :

M. Féréol présente de nouveau le malade qu'il a déjà amené devant la Société à la séance du 13 mai dernier. On se souvient qu'il était porteur d'une amygdalite chronique à répétition sur laquelle étaient apparues à un moment donné des ulcérations en même temps que survenait une roséole syphilitique très nette; le tout accompagné de gale. Le malade, qui avait déjà subi un commencement de traitement mercuriel, entendant parler d'ablation, eut peur et quitta le service de Beaujon. Le traitement l'avait déjà, au bout d'un mois, fort amélioré; il parcourut les hôpitaux de Paris, où l'on fut unanime à lui ordonner le traitement antisyphilitique, et revint enfin dans le service de M. Féréol. Aujourd'hui il est guéri; ses amygdales sont rentrées dans l'état normal, seule la roséole a résisté longtemps; mais on sait qu'il en est ainsi quand elle coïncide avec l'éruption de la gale.

M. Martineau. — J'avais pu dire au début qu'il s'agissait d'une hypertrophie syphilitique, parce qu'il m'arrive d'en observer souvent chez les femmes de Lourcine dans les deux premiers mois de l'invasion syphilitique.

M. Besnier. — Je connais ces sortes d'hypertrophies; mais elles ne sont pas aussi marquées qu'elles étaient chez ce malade.

M. Martineau. — Je l'avoue, mais elles sont fréquentes et notables.

M. Debove. — Je vous apporte sur le *traitement de la phthisie par la sonde stomacale* des renseignements plus complets que je n'avais pu le faire à la dernière séance.

Pour expliquer le résultat de ce traitement ne pourrait-on pas admettre qu'il existe dans l'état physiologique deux facteurs unis, la capacité digestive et la sensation de faim, qui sont, au contraire, désunis dans la phthisie pulmonaire? Alors le malade peut fort bien digérer, mais éprouve du dégoût pour les aliments. Il s'agit de supprimer le dégoût, et, pour cela, supprimer le contact des aliments avec les premières voies digestives. Les thérapeutes conseillent d'exciter l'attrait vers les aliments au moyen des digestifs, des amers, etc.; mais nous savons tous combien peu souvent leur emploi est suivi d'un résultat satisfaisant. Tout cela est basé sur la théorie, dira-t-on, mais la médecine procède le plus souvent ainsi par théories que l'on cherche à justifier par des faits. Ne sait-

on pas d'ailleurs que l'administration des médicaments sous forme capsulaire, en supprimant leur goût les rend plus agréables et plus faciles à ingérer par les malades.

Le premier sujet traité comme je vous l'ai déjà exposé, a présenté une augmentation de poids de 80 gr. par jour. Il n'a eu que deux accidents : le premier, une légère diarrhée due à ce que l'on avait administré du tapioca, le second à ce que le malade, pouvant sortir pour la première fois depuis longtemps, avait ingéré une assez grande quantité de rhum, d'où indigestion et diarrhée. Aujourd'hui, après six semaines de traitement, l'augmentation est de 82 gr. par jour, il n'y a plus de sueurs, plus d'insomnies, la température est normale matin et soir et le malade reste levé une grande partie de la journée. Quant aux signes cavitaires, ils sont restés stationnaires.

Le second sujet avait une affection beaucoup moins avancée. Il n'existait que des craquements, de l'amaigrissement et des sueurs. Au bout de 12 jours de traitement, l'augmentation de poids était de 190 gr. par jour, les forces étaient augmentées au dynamomètre et le malade avait pu faire une longue course ; les râles étaient moins nombreux.

Son urine a été analysée par M. Yvon. Nous y avons trouvé l'urée augmentée de 16 à 34 gr. La quantité d'urine était diminuée, ce qui est dû probablement à ce que le malade n'ayant plus de sueurs avait moins soif et buvait moins. L'albumine, au contraire, était augmentée ; doit-on attribuer cela à la nourriture par les œufs.

Le troisième sujet était arrivé à la période ultime de la phthisie, cavernes, laryngite tuberculeuse, diarrhée depuis des mois, etc. Chez lui y a eu diminution de 50 gr. de poids par jour ; mais nous ne savons pas de combien était cette diminution avant le traitement. Les sueurs ont cessé ainsi que la diarrhée et le sommeil est revenu.

Ces trois malades ont présenté du retour de l'appétit, ils ont récupéré la sensation de la faim et demandent instamment la sonde dès que l'heure du repas est arrivée. Le lavage préalable de l'estomac a été fait chez le premier et le troisième malades, mais il paraît peu important. Les aliments ont été le lait et les œufs surtout ; on a pu encore administrer des médicaments, le sous-nitrate de bismuth, par exemple.

L'amélioration n'est pas due au passage d'un mauvais milieu hygiénique, la vie en ville des pauvres dans un meilleur,

les salles d'hôpital, puisque tous trois étaient depuis longtemps déjà dans le service.

Cette application de la sonde stomacale pourrait être étendue à d'autres maladies que la phthisie. Je l'ai mise en usage chez une diphthérique qui ne s'alimentait plus et qui a repris à vue d'œil.

Dans un cas d'ulcère simple de l'estomac un malade, à qui le lait était devenu odieux, put en absorber de nouveau de grandes quantités et le tolérer, au point d'augmenter de 3 Kil. en 9 jours.

Pour éviter des sondages trop fréquents, on se trouvera bien d'ajouter à du lait pur du lait concentré, de façon à administrer deux litres de lait en un seul.

M. Dujardin-Baumetz. — Les résultats obtenus par M. Debove méritent la plus sérieuse considération et dans la prochaine séance je me promets de vous communiquer ceux que j'ai observés par cette méthode.

L'assemblée se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hillairet.

La séance est levée.

F. A. RUE.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies des voies urinaires (1)

Les traités généraux un peu complets consacrés à la pathologie chirurgicale, ne sont pas bien récents et celui de Follin, continué par Duplay, est loin de toucher à son terme. Aussi faut-il réserver bon accueil au second volume du *Traité des maladies des voies urinaires*. Il y a déjà nombre d'années que Voillemier avait commencé la publication de cet ouvrage, en faisant paraître le premier volume où il a si bien étudié les *maladies de l'urèthre*; mais la mort est venue surprendre le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, avant qu'il ait pu mettre la dernière main à son œuvre. C'est un de ses élèves et amis, M. Le Dentu, qui a accepté avec reconnaissance, d'utiliser les matériaux déjà réunis et de nous donner le tome II consacré aux *maladies de la prostate et de la vessie*. Nous ne voulons pas nous appesantir sur le premier volume qui a obtenu, lors de son apparition, un si

(1) Tome I^{er}, *Maladies de l'urèthre* par L. Voillemier avec 87 figures dans le texte; tome II, *Maladies de la prostate et de la vessie*, par Voillemier et Le Dentu, avec 120 figures dans le texte. Librairie G. Masson.

grand et si légitime succès. Rappelons seulement que l'auteur y débute par l'urétrite, la plus fréquente, sans contredit, de toutes les maladies de l'urèthre. La muqueuse de ce canal est peut-être de tous les organes de l'économie celui qui reconnaît le plus d'occasions et de fréquences d'inflammations. Car sans parler des causes générales ou traumatiques, il suffit de signaler les affections vénériennes et syphilitiques, sans oublier tous les accidents amenés par les maladies des organes voisins ou provoqués par les opérations que l'on exécute sur la vessie. Aussi les chapitres suivants sont-ils consacrés aux sondes, au cathétérisme et aux bougies. L'auteur s'y montre excellemment praticien et pratique, n'oubliant pas qu'il écrit pour instruire. Il peut alors aborder le chapitre si intéressant des rétrécissements, auquel il a accordé plus de deux cent cinquante pages dont les quatre cinquièmes pour le traitement. La dilatation, la cautérisation, l'uréthrotomie interne et externe y sont tour à tour examinées et appréciées, suivant les cas et l'application qu'il convient d'en faire. Citons encore le chapitre intitulé : Poches urinaires, infiltration d'urine, abcès urinaires, fistules urinaires. La lecture de ce volume montre que Voillemier a réussi à donner à son œuvre un caractère essentiellement pratique. Versé dans la littérature chirurgicale, il a restitué à ses prédécesseurs bien des procédés remis en honneur de nos jours, comme des nouveautés. Pour ne point perdre son temps et celui de son lecteur dans la réfutation de théories surannées ou d'opérations imaginées dans le seul but d'attirer l'attention sur leurs inventeurs, il les a passées sous silence, préférant décrire, dans leurs moindres détails, les procédés opératoires auxquels il reconnaissait une véritable valeur.

C'est en s'inspirant de ces idées et de cette manière de faire, qui est la bonne quand on veut être et rester didactique, que M. Le Dentu a réussi à compléter heureusement l'œuvre de son maître, car ce second volume lui appartient pour une bonne part, Voillemier n'ayant laissé que des notes et quelques chapitres incomplètement rédigés. Cependant, il est facile de le reconnaître dans la manière dont sont traitées les *tumeurs bénignes de la prostate*, plus généralement connues sous le nom d'*hypertrophie*. Trois groupes de questions font l'objet de ce second volume. Le premier est relatif à la prostate et aux nombreuses affections traumatiques, inflammations, tumeurs, etc., dont elle est si fréquemment le siège. Dans le second, nous trouvons tout ce qui concerne la vessie. Mais l'abondance des matières est telle que l'auteur a eu l'heureuse idée de nous les présenter avec une distribution méthodique qui en facilite singulièrement l'étude et la compréhension. Le lecteur voit successivement se dérober sous ses yeux, les contusions,

blesures, ruptures traumatiques, inflammatoires aiguës et chroniques, suppurations vésicales et prévésicales ; les altérations matérielles en rapport avec les difficultés de la miction, telles que l'atrophie, l'hypertrophie, les cellules et les poches vésicales. En avançant dans cette nomenclature, nous rencontrons la gangrène avec les ulcérations et les ruptures spontanées qu'elle entraîne, puis les divers troubles qui dépendent de la sensibilité et de la motilité et où sont tour à tour étudiées, l'irritabilité vésicale, la névralgie et le spasme, ce qui amène l'examen des troubles inverses, l'atonie, la paralysie et l'incontinence essentielle. C'est à la suite des spasmes que l'auteur a placé, comme une dépendance assez naturelle, ce qui concerne les valvules du col. Des faits curieux et rares nous sont révélés à propos de varices, kystes, trichiasis, tumeurs érectiles et myomes. Enfin après les productions solides, tuberculose et cancer, nous trouvons les calculs et les corps étrangers dont la réunion, peut-être choquante, si l'on ne regarde que la nosologie, s'explique très bien, si l'on ne fait attention qu'aux moyens d'en débarrasser la vessie. Les pages consacrées à cet organe occupent, comme on le voit, une bonne partie du volume.

Nous approuvons l'auteur d'avoir réuni dans une troisième partie quelques chapitres de séméiologie dont nombre de praticiens lui sauront gré. Ils sont intitulés : Hématurie, complications rénales, paraplégies urinaires, accidents fébriles, septicémie urinaire et urémie.

M. Le Dentu a suivi la marche tracée par Voillemier, n'apportant d'observations personnelles ou étrangères qu'autant qu'elles entraînent l'esprit en faveur de l'opinion exprimée. N'oublions pas qu'il a emprunté à la littérature médicale étrangère tout ce qui lui a paru susceptible d'intéresser le lecteur français. Nous devons encore dire un mot des nombreuses figures répandues dans ces deux volumes. Elles ont trait à l'anatomie pathologique ou normale ainsi qu'à la représentation des instruments si variés dont se compose l'arsenal du médecin des voies urinaires. Elles sont d'un grand secours pour l'intelligence des diverses altérations pathologiques et opérations souvent fort délicates qu'elles réclament. Nous avons déjà dit que les auteurs ne négligeaient aucun détail, chaque fois qu'il s'agissait du manuel opératoire. Malgré sa brièveté, cette rapide analyse suffira, nous l'espérons, à montrer que nous sommes en présence d'un traité sérieux et complet où les travailleurs pourront puiser les éléments d'une solide instruction spéciale. D^r Y...

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.



NOTA. — Nous publierons prochainement, à cette place, une série d'articles sur Cl. Bernard et la méthode expérimentale, par le Dr Edouard Fournié.

APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE. — M. P. Bert et l'expérimentation, par le Dr Edouard Fournié. — Le nouveau ministre de l'instruction publique appartient à cette classe d'expérimentateurs terribles qui opèrent, non pour soumettre à l'épreuve des théories ou des idées préconçues, mais bien pour voir ce qui ressortira d'une expérience fortuite et dans l'espérance peut-être qu'un hasard heureux produira sous leurs yeux un de ces faits retentissants qui suffisent à la gloire d'un savant.

M. P. Bert n'a pas encore trouvé le fait scientifique, mais, en attendant, et pour prendre patience, il a accepté un portefeuille.

Cette grave nouvelle ne pouvait nous laisser indifférent, car si M. P. Bert applique aux hommes et aux choses de son département les procédés d'expérimentation dont il est coutumier, c'en est fait de l'instruction publique en France.

Mais, je n'ai plus trouvé qu'un horrible mélange

D'os et de chairs meurtris et trainés dans la fange.

Heureusement, on a eu l'idée d'adjoindre les cultes à l'instruction publique, dans le but probablement de ne pas laisser chômer les travaux du laboratoire : pendant que les fours, les creusets, les grilloirs, les cloches à compression seront occupés par le clergé, les religieux et les religieuses, les biens de mainmorte, etc., l'Université pourra respirer à l'aise et attendre le moment, qui ne saurait tarder, où la bonne déesse, du bout de sa baguette, fera disparaître le décor carnavalesque et l'engloutira dans les profonds abîmes avec un fracas tonitruant.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de ces prophéties, passons et appliquons-nous à examiner le titulaire de l'instruction publique et des cultes au point de vue scientifique. La fonction mérite bien cet honneur, et nos lecteurs, bien qu'ils soient habitués à lire ici les choses les plus instructives et les plus sérieuses, ne nous en voudront pas d'avoir modifié, pour une fois, nos habitudes sur ce point.

M. P. Bert a une façon à lui de comprendre et de pratiquer l'expérimentation. Peu importe que l'expérience ait un but utile et profitable à l'humanité. Avant tout, il faut qu'elle soit drôle, bizarre, qu'elle tire l'œil en un mot. C'est ainsi que, profitant des expériences déjà pratiquées en vue de la greffe animale (autoplastie, etc.), M. P. Bert eut l'ingénieuse idée de couper la queue à un rat et de lui greffer cet appendice sur le dos;

C'est ainsi encore que, éclairé par les travaux de ses devanciers sur les influences nuisibles ou thérapeutiques de la rarefaction de l'air sur les hautes montagnes ou dans la cloche à plongeur (1), il passa deux ans de sa vie à comprimer ou à déprimer de l'air dans une cloche où il emprisonnait de petits animaux.

Ces expériences étaient peut-être drôles, du moins l'expérimentateur le croyait puisque, pendant deux ans et toutes les semaines, il en remplit les comptes rendus de l'Institut, mais le résultat en fut bizarre, inattendu et par-dessus tout déplorable (2). M. P. Bert, en effet, concluait, d'une part, que l'oxygène doit être considéré comme le poison le plus mortel (le pain à haute dose ne l'est pas moins) et de l'autre, il mettait dans les mains confiantes de Crocé-Spinelli et de ses malheureux compagnons un ballon d'oxygène destiné, selon lui, à annihiler l'influence fâcheuse de l'air raréfié. On sait ce qu'il en advint.

Enfin, pour clore la liste des expériences à effet de M. P. Bert, il nous reste à parler de la communication qu'il adressait à la dernière séance de l'Institut. Cette communication, examinée avec un soin tout particulier, sera, vis-à-vis de nos lecteurs, la justification de notre jugement et de notre critique. Elle est intitulée : *Sur la zone maniable des agents*

(1) Jourdanet. *Influence de la pression de l'air sur la vie de l'homme — Climats d'altitude et climats de montagne.*

(2) Nous publiâmes, à cette époque, une série d'articles sur ce sujet, dans la *Gazette des Hôpitaux* (1874-1875).

anesthésiques, et sur un nouveau procédé de chloroformisation.

Bon Dieu ! qu'est-ce que cela peut bien être une zone maniable ?

O mânes de Littré ! vous frémissez en entendant un tel langage ; vous déplorez que le premier coup porté à ce dictionnaire de la langue française, l'effort et l'honneur de votre vie parte précisément du grand-maître de l'université, du défenseur naturel de votre œuvre. Il faut en prendre son parti, nous vivons dans un moment où l'on gueule et où l'on manie la zone. Après tout, la locution est euphonique et puisque l'illustre Wagner prétend parler avec des combinaisons de sons, nous ne voyons pas pourquoi on n'adopterait pas un langage qui se bornerait à caresser agréablement les oreilles.

Manier la zone ! Est-ce assez joli ? Quoique vous en disiez, cette locution fera son tour de Paris et son tour de France, cet hiver.

Il est certain, d'ailleurs, qu'on n'en emploiera pas d'autre dans les salons de la rue de Grenelle. Les mots, *ceinture*, *tour de taille* seront bannis. Pouah !

L'honneur de votre zone maniable pour une contredanse, murmurerà l'adolescent à l'oreille de l'ingénue. Puis, par-ci, par-là : Mes yeux éblouis ne sauraient se détacher de votre zone maniable.... votre zone maniable sur mon gilet et 52 tours de valse.... votre zone maniable voudrait-elle m'accompagner dans cette embrasure.... Ah ! trois fois heureux le jour où je pourrai mesurer votre zone maniable... et ainsi de suite.

La locution fameuse ne tardera pas à devenir officielle, et MM. les inspecteurs, chargés de rendre compte de leur mission dans les couvents de femmes, s'exprimeront à peu près en ces termes : Excellence ! nous nous sommes présentés, d'après vos ordres, à l'asile X. pour explorer les zones maniables des sœurs ; mais il nous a été impossible d'atteindre les susdites zones ; reçus par elles comme on reçoit un *paltoquet*, nous avons placé un *scellé* provisoire sur leur maison, espérant que votre Excellence ne tardera pas à les faire déguerpir. Signé : X.

En médecine, la zone maniable s'imposera bien mieux encore. Jusqu'ici nous disions : l'opium, le kermès, le chloroforme peuvent être donnés de telle dose à telle dose (dose maniable), selon les âges, le tempérament, le sexe et les idiosyncrasies.

Novembre, T. II, 1881.

63

Tout cela, des bêtises ! Il n'y a que des *zones maniables* : la zone de l'opium, du kermès, du chloroforme, et cela suffit.

Pauvre Littré ! Cette perspective de la zone maniable omnipotente vous laisse triste et morose. C'est que vous ne voulez pas entrer dans le grand mouvement qui nous entraîne et nous ahurit. Vous répondez toujours qu'on *parcourt*, qu'on *étudie*, qu'on *embrasse* une zone mais qu'on ne la *manie pas*. Erreur ! triple erreur ! abominable rêve ! Continuez, si bon vous semble, de suivre péniblement la zone du purgatoire qui vous sépare du paradis. Quant à nous, qui vivons dans la zone du *pouvoir*, nous voulons posséder cette zone, la *sentir*, la *toucher*, la *manier*, la *manger*. Vous voyez bien qu'à cette conception nouvelle il fallait un mot nouveau, il est trouvé.

Après cette explication nécessaire et qui ne détruit pas, néanmoins, l'étonnement où nous a plongé la locution *zone maniable* pour indiquer les doses auxquelles on peut administrer utilement les anesthésiques sans danger pour la vie ; nous examinerons au fond la communication de l'auteur.

Pour M. P. Bert, la *zone maniable* est donc l'intervalle compris entre la dose anesthésique et la dose mortelle, et c'est l'étude de cette zone qui fait l'objet de sa communication.

« Un fait singulier, dit-il, — il y a toujours du singulier dans les expériences de M. P. Bert, — c'est que, dans tous les cas, la dose mortelle est précisément le double de la dose anesthésique. »

A l'appui de cette affirmation singulière, M. P. Bert donne le résultat de nombreuses expériences qui sont loin de confirmer l'exactitude de la proposition. C'est ainsi que le chloroforme endort à 9 et il tue à 19 ; l'éther endort à 48 et tue à 40. Ces chiffres ne représentent pas *précisément* la moitié les uns des autres. M. P. Bert se charge, d'ailleurs, de mesurer lui-même la confiance qu'il faut leur accorder, lorsque, quelques lignes plus loin, il dit : « La *zone maniable* est, en effet, singulièrement étroite, et quelques gouttes de liquide de plus peuvent faire passer le mélange respiré de la dose active à la dose mortelle (1). »

Il est évident que, s'il ne faut que quelques gouttes pour transformer l'anesthésique en poison mortel, ce n'est pas *précisément* le double de l'agent anesthésique qui tue.

Mais ceci, après tout, n'est qu'un fait singulier comme l'auteur l'avoue lui-même, passons à un autre.

(1) *Comptes rendus*, page 769.

M. P. Bert, ayant remarqué qu'un mélange d'air et de chloroforme, titré 5 ou 6 reste constamment inoffensif, tandis que le même mélange titré à 30 « tue raide l'animal » en a conclu que l'action du chloroforme dépend, non de la *quantité* qu'on respire, mais de la *tension* dans l'air inspiré.

Cette assertion est d'autant plus grave que M. P. Bert s'appuie sur elle pour condamner l'usage si simple de la compresse et préconiser à sa place un réservoir en zinc de deux ou trois cents litres dans lequel on préparerait le mélange d'air et de chloroforme, à la *tension voulue*, avant d'opérer.

Moins confiant que Crocé-Spinelli, ayant de plus la responsabilité de nos malades, nous avons le devoir d'examiner de près cette question.

Trois causes peuvent modifier la *tension* des vapeurs non saturées : la *quantité*, la *température* et la *pression*. Or, dans les expériences de M. P. Bert, une seule chose varie : la *quantité*; donc il n'est pas permis d'établir une distinction fondamentale au point de vue de l'action anesthésique, entre la *quantité* et la *tension*, l'une n'allant pas sans l'autre et dans des proportions mathématiques.

Faites évaporer 5 grammes d'éther dans un espace limité, non saturable par cette dose, et vous aurez une tension égale à 5; ajoutez cinq grammes de plus et la tension sera égale à 10; si vous saturez l'espace limité, l'addition d'une nouvelle quantité d'éther ne fera pas varier la tension. Telle est la vérité physique la plus élémentaire.

Que veut donc dire M. P. Bert par sa fameuse distinction entre la *quantité* et la *tension*?

De deux choses l'une : ou bien il n'a pas compris la portée et la valeur des mots *quantité* et *tension*, ou bien il a voulu frapper l'imagination des lecteurs qui ne vont pas toujours au fond des choses, préférant accepter une expression qu'ils ne comprennent pas très bien plutôt que d'y aller voir.

Dans le premier cas, M. P. Bert a commis une grave erreur en accordant à la *tension* une prépondérance qui revient de droit à la *quantité*, car, dans les circonstances où il a expérimenté, la *tension* est la conséquence immédiate de la *quantité* et l'une ne va pas sans l'autre. Si la *quantité* est faible, la *tension* est faible, et de même si la *quantité* est forte, la *tension* est forte.

Il en est de ces dosages gazeux, quant à leur action sur l'organisme, comme des dosages d'alcool ingéré dans l'estomac.

Buvez une bouteille de vin pur et vous serez ivre ; mais si vous ajoutez au vin une double quantité d'eau, le breuvage restera inoffensif.

Telle est la raison pour laquelle M. Bert a pu faire inhaler beaucoup de chloroforme, sans inconvénient, dans des titrages faibles, alors que le même agent, dans des titrages plus forts, pouvait tuer l'animal.

Ce n'est pas une affaire de tension, comme le croit M. Bert, c'est une question de proportion de quantité dans les mélanges.

Si M. Bert s'est volontairement trompé et qu'il ait simplement voulu en imposer, en introduisant dans la question des expressions dont le sens est peu familier au commun des mortels, il y a parfaitement réussi et nous pouvons lui donner une satisfaction précieuse en lui apprenant que le président de l'Institut lui-même, s'est laissé prendre à cette fantasmagorie des mots.

En effet, nous avons entendu M. Wurtz, après la séance, dire à son entourage : « Ne trouvez-vous pas qu'il y a toujours quelque chose de nouveau, de précis dans les communications de M. P. Bert ? Aujourd'hui, sous une forme saisissante, il nous apprend que l'influence anesthésique se résout en une affaire, non de quantité, mais de tension ! »

Reste à savoir si M. Wurtz, complaisant par habitude, a voulu décocher une gracieuseté à son Excellence, ou bien si, malgré lui, il a donné la preuve qu'on peut être bon chimiste, président de l'Institut et ignorer, en même temps, les lois les plus simples de la physique élémentaire. Ceci est son affaire et non la nôtre.

La théorie de M. P. Bert sur l'action des anesthésiques repose donc sur une erreur. Mais, au moins, le procédé qu'il propose, à l'exclusion de tout autre, pour anesthésier les pauvres malades, présente-t-il un avantage pratique ? Hélas ! nous ne pouvons pas même lui accorder ce mérite. Voyez-vous un chirurgien traînant à sa suite un appareil en zinc de deux ou trois cents litres !

Mais, passons sur cet inconvénient.

Le malheureux chirurgien, ainsi outillé sous prétexte de sécurité (Ah ! le bon billet !), s'expose aux plus graves mécomptes.

La fameuse tension, en effet, est d'une sensibilité inouïe à l'influence de la température et de la pression, et à ce point que le mélange, représentant 10 en sortant du laboratoire,

pourra, en arrivant chez le malade, représenter 20. Il faut s'attendre de plus à ce que le titrage du mélange ira en s'abaissant à chaque respiration du malade.

Et puis, comment tenir compte, avec ce procédé, des idiosyncrasies, des âges, des sexes, des tempéraments?

Ah! on voit bien que M. P. Bert n'est qu'un féroce expérimentateur qui n'a jamais eu affaire qu'à des bêtes.

Il nous a paru utile de le prouver au moment où il se propose d'appliquer ses procédés, sur une vaste échelle, aux grands faits de l'instruction et de la religion.

REVUES CLINIQUES

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur une modification au procédé ordinaire de la résection tibio-tarsienne dans certains cas de fractures compliquées du cou-de-pied, par M. DEMOUS (1).

Messieurs, le 20 septembre dernier, dit M. Polaillon, je vous ai entretenu d'un procédé particulier pour la résection tibio-tarsienne, procédé qui consiste essentiellement dans la conservation de la malléole externe. Je vous ai montré, en même temps, un blessé que j'avais opéré par ce procédé et dont le pied avait recouvré sa forme, sa solidité et en partie ses mouvements.

Depuis cette époque, M. Demous, chirurgien de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, a adressé à l'Académie une observation accompagnée de réflexions, où il annonce qu'il a pratiqué une opération semblable à la mienne un an et demi avant moi.

M. Demous soulève donc une question de priorité, qu'il faut trancher en sa faveur, si les faits lui donnent raison.

Voici d'abord l'observation de notre honorable confrère.

Un cultivateur, âgé de 52 ans, tombe de sa charrette, le 6 août 1879, et se fracture les deux os de la jambe gauche, près de l'articulation tibio-tarsienne. Un appareil est appliqué. Un mois et demi après l'accident, le malade entre à l'hôpital Saint-André.

(1) Nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'intéressant rapport que M. Polaillon vient de faire sur ce travail dans la dernière séance de l'Académie de médecine.

« Je constate, dit M. Demous, l'existence d'une plaie transversale, située au niveau de la malléole interne. L'articulation tibio-tarsienne est ouverte. La malléole interne est arrachée, et le fragment supérieur du tibia fait saillie à travers la plaie. Le péroné est fracturé à deux travers de doigt au-dessus de la malléole externe. (Notons qu'il n'y avait pas encore un cal osseux.) Le pied est renversé en dehors.

» Le 25 septembre 1879, je pratique la résection fibio-tarsienne. Je pratique une incision le long de l'extrémité inférieure du tibia; cette incision ouvre très largement de ce côté l'articulation tibio-tarsienne. Je détache et j'incline complètement le sommet fracturé de la malléole interne, qui était restée attachée au ligament latéral interne. Puis, au moyen d'une petite scie, je résèque le fragment inférieur du tibia, en partant à un demi-centimètre au-dessus de sa surface articulaire.

» Ceci fait, je fais une incision verticale le long du péroné, au niveau du foyer de la fracture de cet os (il n'y avait pas encore un cal osseux), et je résèque les deux fragments de cette fracture dans une étendue totale exactement semblable à celle de la résection du tibia. Je laisse en place la malléole externe. Je suture complètement l'incision faite sur le péroné. Je suture la plus grande partie de l'incision interne, en laissant seulement une ouverture pour le passage d'un drain que j'introduis jusqu'au contact de la malléole péronière.

L'astragale était intact. La couche cartilagineuse supérieure fut enlevée au moyen du ciseau et du maillet.

Pansement de Lister. Immobilisation.

« Revu ces jours derniers, le malade est parfaitement guéri. Son pied est droit et solide. Il y a seulement dans la marche une tendance visible à l'inclinaison sur le bord externe. Il a repris toutes ses occupations.

Telle est l'opération de M. Demous. Comme elle n'avait pas été publiée, j'avais de bonnes raisons pour ne pas la connaître, lorsque j'ai fait ma communication à l'Académie. M. Demous dit en avoir donné les détails à la Société de médecine de Bordeaux, le 11 juin 1880. Mais dans le compte rendu de cette séance (*Journal de médecine de Bordeaux*, numéro du 19 juin 1880), on ne trouve que cette indication sommaire :

« M. Demous. Je présenterai prochainement à la Société un malade auquel j'ai réséqué la malléole interne fracturée, et le péroné dans la fracture elle-même, conservant ainsi la malléole externe. »

L'idée de conserver la malléole externe dans les résections tibio-tarsiennes, exécutées pour remédier aux déformations consécutives à certaines fractures du cou-de-pied, n'appartient pas, d'ailleurs, à M. Demous. On doit l'attribuer à notre éminent collègue, M. Richet. Et même si l'on voulait compulser toutes les observations de résection tibio-tarsienne publiées en France et à l'étranger, peut-être découvrirait-on qu'avant M. Richet, quelque chirurgien, trouvant la malléole péronière intacte, a conçu et exécuté le projet de la laisser attachée à l'astragale; mais cette conception, si elle a existé, ne s'était pas répandue et était restée stérile, pour la médecine opératoire.

En 1874, M. Richet eut à soigner à l'Hôtel-Dieu un homme de 43 ans, qui avait subi, cinq mois auparavant, une fracture des deux os de la jambe avec luxation du pied en dehors. Le pied, porté en arrière, s'était renversé sur son bord interne.

Il était très mobile dans cette position vicieuse. La malléole externe, saillante sous la peau, était presque horizontale.

L'astragale était venu se placer au-dessous d'elle, après avoir remonté le long de la face externe du tibia.

La malléole interne faisait une forte saillie en dedans, et tout le poids du corps portait sur elle, les téguments étaient ulcérés à ce niveau.

M. Richet se décida pour la résection tibio-tarsienne et procéda à l'opération de la manière suivante, le 4 juillet 1874: incision en T au niveau de la partie interne de l'articulation tibio-tarsienne; dégagement de l'extrémité inférieure du tibia, en écartant les parties molles, y compris le périoste; fracture assez facile du péroné vicieusement consolidé; section du tibia à une hauteur de 4 centimètres environ avec la scie à chaîne; réduction du pied qui est placé dans l'axe de la jambe. Après quelques accidents inflammatoires le malade guérit.

C'est le souvenir de cette observation publiée dans la Thèse de M. Echeverrier sur la *résection tibio-tarsienne dans les luxations compliquées* (Thèse pour le Doctorat n° 372; Paris 1874; p. 46), qui m'a conduit à conserver la malléole externe dans un cas analogue. M. Richet a réalisé cette conservation en brisant artificiellement le péroné au-dessus de la malléole.

M. Demous et votre rapporteur sont arrivés au même but en le sectionnant.

On peut discuter sur la question de savoir si l'ostéoclasie du péroné vaut mieux que l'ostéotomie de ce même os. L'ostéoclasie remplit l'indication à moins de frais. Elle me paraît pré-

férable lorsque le col du péroné est peu solide, et elle aurait pu être appliquée avec avantage dans le cas de M. Demous, puisque son blessé avait un col incomplètement ossifié. L'ostéotomie est, au contraire, la seule ressource lorsque le cal est ancien, irrégulier, dur, impossible à rompre, sans s'exposer à produire des délabrements considérables.

Si l'idée première de la conservation de la malléole externe dans la résection tibio-tarsienne ne m'appartient pas, pas plus qu'à notre confrère de Bordeaux, qu'il me soit cependant permis de dire que nous avons contribué à la répandre. En particulier, notre rapporteur a choisi cette tribune pour proposer un procédé afin de régler la marche de l'opération, et il nous a montré, sur un opéré, l'excellent résultat qu'on en peut attendre.

Ce procédé diffère de celui que M. Demous lui oppose. Je tiens à le faire remarquer en terminant. M. Demous dénude, dans un premier temps, l'extrémité inférieure du tibia et la résèque. Cette manière de faire se comprend sans peine, quand on veut détruire toutes les connexions qui unissent le tibia à l'astragale pour fracturer plus commodément le péroné, comme l'a fait M. Richet. Mais réséquer d'abord le tibia, et réséquer ensuite, dans un second temps, le péroné au-dessus de la malléole externe, c'est se créer de grandes difficultés et s'exposer à léser les tendons, les vaisseaux et les nerfs de la région du cou-de-pied.

Dans mon procédé, au contraire, je sectionne d'abord le péroné au-dessus de la malléole externe, je dénude, dans un second temps, l'extrémité inférieure du tibia; cela fait, rien n'est plus facile que de luxer le pied en dehors, de faire saillir les deux os de la jambe et de les couper par un trait de scie, exactement au même niveau, sans risquer de couper ou de léser les nombreux tendons qui entourent l'articulation du pied.

Quoi qu'il en soit, l'observation de notre honorable confrère de Bordeaux présente un vif intérêt, parce qu'elle confirme l'utilité de la conservation de la malléole externe dans la résection de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe.

**REVUES D'HYGIÈNE, DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE MATIÈRE MÉDICALE**

HYGIÈNE. — Épidémie de diphthérie attribuée à des émanations putrides. — Le docteur Hélot (1), de Bolbec, rapporte un fait qui, sans éclairer bien vivement la question si obscure de l'étiologie de la diphthérie, n'en est pas moins intéressant.

Un tripiér, habitant un village, très salubre, du pays de Caux, avait pour habitude de jeter dans une mare, voisine de sa maison, les détritux et les eaux chargées de matières animales qui avaient servi aux lavages qui se pratiquent dans son métier. Cette mare devint bientôt tellement infecte, que les chevaux, surpris par l'odeur, s'emportaient quelquefois, en passant dans le chemin qui longeait ce réservoir.

Les voisins s'en étant plaints, la mare fut vidée, mais les eaux en furent répandues à titre d'engrais, sur les terres d'un cultivateur des environs. Bientôt éclata dans le village une terrible épidémie de diphthérie qui débuta par la famille de ce fermier, et ne prit fin qu'au bout de six mois, après avoir fait de nombreuses victimes.

Le tripiér, cause de tout le mal, étant allé habiter un autre point du territoire de la commune, ne tarda pas à retomber dans ses errements passés. Il construisit près de sa nouvelle demeure une seconde fosse dans laquelle les eaux chargées de détritux croupirent de plus belle. Au bout de onze ans, ce réservoir fut vidé et le contenu en fut, comme la première fois, employé en arrosage.

Nouvelle épidémie, suivant la même marche que la première. Mais l'administration municipale étant intervenue pour faire cesser les arrosages, les ravages se limitèrent et les victimes furent moins nombreuses.

Il y a, dans ce fait, un enseignement de prophylaxie qui mérite d'être noté.

Troubles nerveux oculaires provoqués par l'ingestion de saucisses avariées. — On avait déjà signalé des accidents de cette nature succédant à l'ingestion de saucisses altérées et la description des troubles survenus dans ces conditions est remarquable par la parfaite analogie des symp-

(1) *Revue d'hygiène.*

Novembre, T. II, 1881.

tômes observés dans les différents cas. Leber qui a eu souvent l'occasion d'observer des faits semblables, donne de cette intoxication la description qui suit (1) :

« Une demi-heure environ après leur repas de l'après-midi, composé de soupe au beurre et au lait et de saucisse rouge, trois personnes : le père, la mère et le fils, éprouvèrent du malaise, vomirent, puis ressentirent le même jour, une grande lassitude dans les membres et une grande sécheresse dans la gorge, avec une soif ardente.

Ces sensations allèrent s'exagérant jusqu'au lendemain : alors la sécrétion salivaire cessa complètement... puis survinrent de la raucité de la voix, une toux sèche, saccadée, de la constipation, de la stupeur, de l'indécision dans la marche, et enfin des troubles très remarquables du côté des yeux, ptosis diplopie, mydriase. Les sécrétions nasales et lacrymales étaient complètement abolies ; la peau était pâle et sèche. L'enfant, âgé de 12 ans, chez lequel le ptosis était complet, particulièrement à gauche, succomba le lendemain, présentant tous les signes d'un œdème pulmonaire. A l'autopsie, on ne trouva ni lésion organique, ni trichines. Les troubles oculaires étaient apparus chez lui, au second jour de la maladie ; deux jours après, ils avaient atteint leur maximum d'intensité, ils durèrent plus que tous les autres symptômes.... Chez le père et la mère, dix-huit jours après les accidents toxiques, il existait encore une paralysie complète de l'accommodation des deux yeux avec mydriase. Les instillations d'ésérine firent merveille et amenèrent la guérison des yeux en trois semaines.

On remarquera les nombreuses analogies qui existent entre les accidents relatés ci-dessus et l'empoisonnement par l'atropine. Quelques points diffèrent cependant et permettent d'établir une distinction.

THÉRAPEUTIQUE. — De l'emploi de quelques révulsifs. — Dans une récente séance de la Société de thérapeutique, M. Constantin Paul a fait une communication relative aux propriétés révulsives de l'essence de térébenthine et de l'oakum employés à l'extérieur. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on emploie l'essence de térébenthine comme topique.

Les chirurgiens faisaient entrer cet agent dans le pansement de certaines plaies douloureuses, des plaies par arrache-

(1) *Archiv für Ophthalmologie. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

ment, et en médecine on retire depuis longtemps des résultats utiles de l'usage externe de la térébenthine dans le traitement des douleurs articulaires, des névralgies, et, en particulier, de la sciatique. Trousseau, au dire de M. Dumontpallier, la préconisait contre les douleurs de l'ataxie locomotrice, et voici comment il procédait : il faisait tremper dans l'essence de térébenthine et exprimer ensuite de longues bandes de flanelle qu'il disposait le long du rachis, et qu'il repassait à l'aide d'un fer chaud. Mais souvent l'effet dépassait les limites de la rubéfaction. Il y avait phlyctène et vésication. M. Vidal et M. Féréol ont retiré de sérieux avantages de badigeonnages faits au niveau de l'abdomen à l'aide d'un pinceau imbibé d'essence de térébenthine, dans nombre de cas de péritonite subaiguë. L'opération terminée, la région recouverte d'ouate, était enveloppée de taffetas gommé.

C'est plutôt les affections douloureuses superficielles et résolutives appartenant, la plupart du temps, au rhumatisme que M. Paul combat par ce moyen. « Ces douleurs sont souvent mobiles et après avoir disparu d'une région, elles envahissent la région voisine; on les poursuit ainsi de place en place, avec succès; quand elles sont fixes, on y revient plusieurs fois. Les affections qu'on combat avec le plus de succès, sont les dermalgies, puis les myodynies sous forme de lumbago, de pleurodinie, de torticolis. » Puis viennent les points douloureux de la névralgie, sciatique ou intercostale de l'hystérie, etc.

Le *modus faciendi* est bien simple : il suffit de placer sur le point douloureux un morceau de flanelle imbibé d'essence de térébenthine et préalablement exprimé, puis de le recouvrir de taffetas gommé.

En mélangeant, par parties égales, l'alcool et l'essence de térébenthine, on obtient un mélange très inflammable. En mettant le feu à une roudelle de flanelle ou de linge imprégné de cette préparation, on peut rapidement, et sans frais, obtenir une vésication suffisamment énergique et prompte, pour remplacer utilement à la région précordiale le marteau de Mayor.

Quant à l'oakum, c'est surtout dans les affections chroniques des articulations qu'il trouve son application. Les lecteurs de la *Revue* connaissent, par un précédent article, la nature et le mode d'emploi de cet agent nouvellement introduit dans la thérapeutique française, — et depuis longtemps déjà en honneur chez nos voisins les Anglais.

Traitement du vaginisme par les pulvérisations étherées d'iodoforme. — Il est une forme de vaginisme, qui reconnaît pour cause la présence, au voisinage de l'anneau vulvaire, de légères érosions, qui provoquent un spasme musculaire, bien différent de celui qui constitue le vaginisme essentiel, véritable névrose, celui-là. Celui dont nous parlons offre avec la fissure à l'anus, étiologiquement et au point de vue symptomatique, une analogie singulière. Le seul moyen de guérir rapidement cette infirmité consiste à supprimer sa cause. Or les érosions, dont nous parlons, sont difficilement accessibles. C'est pour remédier à cet inconvénient que M. Dujardin-Beaumetz a recours au moyen préconisé par M. Lailler contre les ulcérations tuberculeuses de la langue. Il fait dissoudre de l'iodoforme dans l'éther et pratique, à l'orifice du vagin, des pulvérisations de cette solution.

Le titre de cette solution varie avec le but qu'on se propose : bien supportée à 1 0/0, elle devient caustique à 5 0/0.

Pour rendre la poudre d'iodoforme plus adhérente, on peut faire ajouter un peu d'huile à la préparation, ce qui n'en empêche pas la facile pulvérisation.

Changement de la coloration des cheveux sous l'influence des injections de pilocarpine. — Nous avons signalé récemment les observations nombreuses qui attestent l'efficacité des injections de pilocarpine dans certaines calvities.

Prentiss publie un nouveau fait qui concorde avec les résultats jusqu'ici obtenus, au point de vue de l'influence de la pilocarpine sur la croissance des cheveux ; mais, dans ce cas, un résultat inattendu, et qu'on ne désirait peut-être pas, a été observé. L'auteur (1) soignait une dame dont la chevelure était d'un blond très clair et depuis douze jours, il lui pratiquait des injections sous-cutanées de pilocarpine, lorsqu'il s'aperçut que les cheveux de la patiente avaient pris une teinte plus foncée. Quatre mois plus tard, et quoique les injections de pilocarpine aient été suspendues pendant plusieurs semaines, la chevelure de cette dame était d'un noir très foncé. Les cheveux avaient gagné en épaisseur et à l'aide du microscope on ne pouvait découvrir d'autres modifications qu'une

(1) *Gazette médicale de Paris.*

richesse plus grande en pigment. Les yeux également étaient devenus d'un bleu plus foncé.

Acide salicylique dans la fièvre jaune. — Le Dr Walls Write (1) publie la relation d'une expérience de prophylaxie de la fièvre jaune, qui, pour n'être pas revêtue de toute la rigueur scientifique désirable, n'en mérite pas moins de servir de point de départ à des recherches nouvelles.

L'auteur, convaincu de la nature zymotique de la fièvre jaune, eut l'idée d'employer l'acide salicylique comme agent de prophylaxie. Il recommanda au capitaine d'un navire en partance pour le Brésil, d'administrer à chaque homme de son équipage, une dose quotidienne de 5 grains de cet acide.

Arrivé, depuis trois semaines, à Rio-de-Janeiro où sévissait une sérieuse épidémie de *vomito-negro*, aucun homme de l'équipage n'avait été atteint, bien que les 150 navires ancrés dans le port comptassent une ou plusieurs victimes.

Au bout de quinze jours, la provision d'acide salicyrique s'épuisant, le capitaine suspendit sa distribution journalière. Avec cette suspension coïncida l'apparition, chez plusieurs matelots, des phénomènes prodromiques de la terrible maladie. L'usage de l'acide salicylique fut repris immédiatement, et bientôt le navire ayant terminé son chargement quitta Rio-de-Janeiro, sans avoir perdu un seul homme.

Tout le temps que dura l'épidémie, chaque matelot avait ingéré quotidiennement, après le café du matin, de 5 à 10 grains d'acide salicylique, dissous dans la limonade citrique prescrite par les règlements de mer.

F. LEPRÉVOST.

Formulaire

Potion antimétrorrhagique Courty

Eau bouillante..... 400 grammes

Feuilles de digitale..... 0.30 —

Faites infuser et ajoutez :

Sirop de grande consoude..... 30 —

Eau de fleurs d'oranger..... 30 —

Teinture de canelle..... 15 —

Extrait de ratanhia..... 4 —

Ergotine Bonjean..... 1 —

Extrait thébaïque..... 0.10 centigram.

M. S. A.

Une cuillerée à bouche toutes les douze heures, ou toutes les six heures, ou plus souvent, si c'est nécessaire.

(1) *Glasgow médical et Journal d'Hygiène.*

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

De l'hépatite interstitielle chronique expérimentale, par le D^r A. MAFFUCCI. — L'auteur tire les conclusions suivantes d'un travail qu'il a fait sur la question, travail appuyé sur des études suivies et sur des expériences :

1^o La cirrhose hépatique atrophique est toujours liée à une périphlébite de la veine-porte ;

2^o Cette périphlébite peut être provoquée soit par la présence de substances chimiques ou virulentes, dans le sang qui circule dans ce vaisseau, soit par des irritants mécaniques (?) agissant sur sa tunique adventice ;

3^o Ce processus inflammatoire est semblable à celui que l'on observe dans tous les autres organes, c'est-à-dire par de l'hyperhémie avec émigration de leucocytes et par l'organisation de l'exsudat, et cela aussi bien dans les observations cliniques que dans les expériences ;

4^o Cette périphlébite est parfaitement distincte des inflammations interstitielles du foie provoquées dans les parois des voies biliaires, aussi bien dans les observations cliniques que dans les expériences ;

5^o Les troubles nutritifs profonds des artères hépatiques amènent la nécrobiose du foie ;

6^o Les altérations nutritives plus légères de ces artères peuvent engendrer tout simplement une hyperhémie active ;

7^o Les altérations interstitielles du foie provoquées par les lésions artérielles sont différentes de celles de la périphlébite ;

8^o Ces altérations méritent d'être prises en considération dans des observations et des expériences plus précises (*Il Movimento*).

Caso di tenia solium guarito col petrolio del commercio per uso interno. (Cas de *tœnia solium* guéri par l'usage interne du pétrole de commerce.) — Une petite fille de six ans, atteinte du *tœnia*, avait été traitée sans succès par tous les remèdes tœnifuges ordinaires. Le docteur Musso lui administra un matin, à jeun, douze grammes de pétrole en une seule fois. L'ingestion du médicament ne fut suivie d'aucun vomissement ; deux heures après la malade prenait vingt grammes d'huile de ricin dans une solution gommeuse. Dans la journée elle eut quatre évacuations diarrhéiques sans aucune trace de ver solitaire. Cependant on remarqua que la petite fille, après

avoir pris le pétrole, présentait une diminution sensible des phénomènes nerveux qui diminuèrent d'intensité. Elle avait des attaques de catalepsie qui ne durèrent plus qu'une minute au lieu de durer plusieurs heures comme auparavant.

Huit jours après on renouvela l'administration du pétrole, à jeun, mais à la dose de vingt-cinq grammes. L'enfant n'eut, après avoir pris ce médicament, ni vomissements, ni nausées. Pourtant, après une demi-heure elle eut de légères coliques parcourant l'abdomen à de courts intervalles. Après deux heures on lui fit prendre trente grammes d'huile de ricin ; les coliques augmentèrent et au bout d'une heure et demie elle eut une première selle dans laquelle se voyaient de nombreux anneaux. Dans une autre selle le ver fut expulsé complètement. La guérison ne s'est pas démentie. (*Giorn. di anat. et patol. degli animali.*)

Le peu de connaissances acquises aujourd'hui au sujet de l'action du pétrole et de sa composition identique, fait désirer que cette substance soit classée et que ses propriétés soient bientôt étudiées avant d'être employée à doses relativement aussi fortes, surtout sur un malade de cet âge.

Du traitement des maladies mentales par la jusquiame et la digitale. — I. D'après les travaux qui ont été publiés récemment sur l'action de la *jusquiame*, il résulte que ce médicament agit avec une grande efficacité dans certaines formes de maladies mentales et nerveuses. Lawson a bien étudié les effets physiologiques et thérapeutiques de cette substance. Savage s'en est occupé en Angleterre, Mendel en Allemagne, Seguin, Gray et Shaw, en Amérique ont publié des travaux sur ce sujet.

On a constaté que la *jusquiame* était particulièrement efficace dans certaines formes de surexcitation maniaque; elle rend assez rapidement la tranquillité aux malades ou tout au moins elle diminue l'intensité des symptômes morbides. Gray l'a employée dans plus de cent cas de manie aiguë, de manie chronique avec accès paroxystiques, de lypémanie agitée et il assure qu'aucun remède n'a eu dans ce cas une action plus prompte et plus énergique que la *jusquiame*.

Mendel et Shaw lui ont reconnu une grande efficacité pour atténuer la tendance aux idées impulsives qui s'observent souvent chez les aliénés.

Seguin la considère comme un puissant antispasmodique; il

en a obtenu d'excellents résultats dans un cas de paralysie agitante dans lequel il avait en vain employé une foule d'autres médicaments pour arrêter le tremblement.

La jusquiame a donné de bons résultats dans des cas de *delirium tremens* avec hallucination de la vue. Elle aurait une action hypnotique supérieure au chloral puisqu'elle produit plus facilement le sommeil et qu'elle n'est pas suivie d'effets nocifs.

L'action de ce médicament est analogue à celle de l'atropine, et, comme elle, fait partie des médicaments narcotiques sédatifs; elle produit la dilatation de la pupille, augmente la fréquence du pouls, la tension artérielle et la température; elle produit la sécheresse de la gorge.

Les meilleures préparations de jusquiame sont celles de Merck de Darmstadt; elles sont au nombre de deux; l'une est l'alcaloïde amorphe, l'autre est l'alcaloïde cristallisé (*Riv. Sp. di Fren. e di Med. leg.*).

II. Lorsqu'on emploie la *digitale* dans les maladies mentales, on doit tenir compte de l'âge des malades, de la forme des folies et plus spécialement de l'état du système vasculaire. L'auteur a observé qu'elle était d'un emploi plus efficace chez les malades de 18 à 30 ans qu'chez ceux d'un âge plus avancé. Les cas où elle réussit le mieux étaient des cas de manie aiguë développée rapidement chez des femmes. Dans les cas de mélancolie aiguë ou de manie chronique les résultats furent nuls.

L'état du système vasculaire périphérique fournit les indications les plus importantes. Ce sont la petitesse et la fréquence du pouls et les troubles vaso-moteurs (alternatives de pâleur et de rougeur du visage, sensation variée de froid et de chaud). Dans ces cas il s'agit probablement d'un trouble primitif du système sympathique (état irritatif suivi de paralysie passagère qui a pour effet de retentir sur la circulation et les fonctions cérébrales. Cette théorie expliquerait pourquoi les vieillards bénéficient moins des propriétés de la digitale, les vaisseaux perdant une partie de leur contractibilité et de leur élasticité à partir d'un certain âge.

On administre la teinture de digitale par doses de 25 à 50 centigrammes, trois ou quatre fois par jour jusqu'à ce que le pouls tombe de 110-120 à 60-70 par minute (*Rivista Sp. di Fren. Gazz. Med. Italiana*).

Le bromure de potassium dans le catarrhe de la vessie. — Le docteur Cianciosi croit pouvoir affirmer, d'après les excellents résultats qu'il a obtenus avec l'administration de ce médicament, que son action dans les affections de la vessie est certaine et incontestable. L'auteur trouve l'explication de cette efficacité, d'abord dans l'action dépressive du médicament sur les nerfs vaso-moteurs et sur le plexus cardiaque produisant une iskémie générale de tout l'organisme et ensuite dans son électivité sur les voies respiratoires et l'appareil génito-urinaire. Dix minutes après son injection on le retrouve dans les sécrétions (Mamias, Rabuteau). La muqueuse vésicale se trouve ainsi en contact permanent avec le sel bromique contenu dans l'urine et à l'action générale se joint ainsi l'action topique.

L'auteur emploie de faibles doses de bromure (de 0,50 cent. à 3 grammes par jour) et il s'est toujours assuré que le sel employé ne contenait pas de *bromate de potasse*, aussi n'a-t-il jamais vu se manifester chez son malade l'acné spécifique. Si l'acné apparaissait il faudrait suspendre l'usage du bromure pendant quelque temps ou y joindre quelque prescription arsénicale.

Il faut rappeler encore que si le malade présente un certain degré d'anémie et de faiblesse, comme dans la sixième observation du travail que nous analysons, il faut combattre les phénomènes du bromisme aigu et chronique en associant au bromure les préparations de quinquina, de strychnine, de fer ou d'oxyde de zinc. (*Bull. delle Sc. Med.*).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

Séance du 22 novembre 1881.

Présidence de M. LEGUEST.

M. Foville, Inspecteur général des Établissements de bienfaisance, pose sa candidature à la place vacante des Associés libres.

M. Aug. Ollivier, agrégé de la Faculté se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie interne.

Le concours Saint-Paul, relatif à des recherches sur l'angine diphthéritique, a donné lieu à l'envoi de nombreux mémoires.

de la distension du derme par l'acide carbonique, que la bactérie aérobie excrète, vous aurez le tableau complet des phénomènes.

4^e Enfin, si vous voulez supprimer toute objection tendant à rattacher les deux maladies à une même entité, vous constaterez que l'animal vacciné par le virus du charbon symptomatique ou bactérien n'est pas à l'abri du charbon bactérien, et réciproquement.

En même temps que l'expérimentation démontrait tout cela, elle découvrait le procédé assuré, par lequel les animaux peuvent être protégés contre les atteintes du charbon symptomatique.

Deuxième exemple : la contagion de la morve, contestée si éloquemment et avec tant de sincérité par M. Barthélemy, a été démontrée, d'une manière incontestable, par les expériences de Rayer et Leblanc.

Troisième exemple : la contagion syphilitique, objet de discussions passionnées en sens contraire, n'est devenue un fait certain qu'après les expériences du Dr Gibert.

Quatrième exemple : la contagion du charbon bactérien, niée par Delafond, qui était cependant un observateur de talent et un esprit distingué, n'a été admise qu'après les expériences des médecins et des vétérinaires de la Beauce.

Cinquième exemple : c'est encore l'expérimentation qui a mis hors de doute le fait suivant, grâce au coup de lancette de M. Willems. Si on racle les mucosités bronchiques d'une vache morte de péripneumonie (mal contagieux) et qu'on les inocule au fanon ou bien au cou d'une vache saine; celle-ci éprouve des accidents mortels; mais si, préalablement, on a pris soin d'inoculer cette vache avec les mucosités en question à l'extrémité de la queue, l'animal résiste. Les faits négatifs ne sauraient infirmer ce résultat positif.

Arrêtons-nous ici avec M. Bouley. Si nous avons reproduit, pour la dixième fois peut-être, cette série de constatations ou d'arguments, c'est par égard pour le savant et courtois professeur. Mais nous n'infligerons pas à nos lecteurs la répétition des remarques que nous ont suggérées quelques-uns de ces arguments; mieux vaut donner de suite la parole à M. Jules Guérin.

M. Jules Guérin craint que M. Bouley ne confonde l'expérimentation et l'expérience. L'expérimentation n'est qu'un procédé pour agrandir et varier le champ de l'obser-

vation ; elle ne démontre rien péremptoirement, et la preuve c'est que les faits de l'expérimentation demeurés les mêmes, comme il est naturel, produisent ou ne produisent pas la lumière ou la conviction dans les esprits, selon le courant général des idées. Les expérimentations n'ont pas produit sur la morve d'autres faits que ceux qui laissaient M. Bouley réfractaire à l'idée de la contagion de la morve. Pourquoi ? C'est que pour acquérir sa valeur, pour éclairer les phénomènes et les hiérarchiser, l'expérimentation a besoin du concours et de la consécration de l'expérience, qui n'est autre chose que l'observation prolongée. Le coup de lancette de Delafond n'a rien prouvé ou plutôt il a tendu à prouver le contraire de la vérité ; le coup de lancette de M. Willems n'est devenu démonstratif qu'à quinze ou vingt ans d'intervalle. Le coup de lancette de MM. Arloin, Cornevin et Thomas ne saurait être plus triomphant.

Sans entrer dans la discussion du détail, on peut opposer à leur exubérante démonstration d'abord ce principe de pathologie générale, en vertu duquel les maladies, dans la multiplicité de leurs formes et la variabilité de leurs manifestations apparaissent comme de véritables protéées ; on peut leur répondre ensuite que l'aspect du microbe est un signe de valeur douteuse, et que rien dans les lésions observées n'indique la différence essentielle qu'ils annoncent.

Reste l'appréciation des procédés employés pour combattre la péripleumonie contagieuse des bêtes bovines. Aux yeux de M. J. Guérin, l'abatage des animaux *suspects* n'est pas justifié ; c'est un sacrifice sans motifs suffisants. Quant à l'inoculation préventive, c'est un procédé qui crée un nombre immense de foyers d'infection, foyers qu'on aura le droit de croire redoutables, tant que des épreuves décisives n'auront pas démontré le contraire.

Société de chirurgie.

Séance du 23 novembre 1881.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

M. Monod présente la photographie des membres inférieurs d'une femme de 69 ans, née à Paris et atteinte d'un éléphantiasis qui a complètement respecté les pieds d'un côté et de l'autre.

M. Després présente, de la part de M. le Dr Fleury (de

Clermont), une observation de tumeur périméale qui a laissé à sa suite une fistule et dans laquelle l'auteur avoue qu'il aurait préféré la méthode hypogastrique si elle avait été mieux connue plus tôt.

M. de Saint-Germain présente une note de M. Félizet sur la trépanation dans la fracture du crâne, appuyée sur six cas.

M. Trélat revient sur la discussion à propos de la coxalgie, dans laquelle son opinion a été mal interprétée par les journaux, dit-il.

Il insiste sur ce point que les rechutes sont fréquentes et les récidives rares. La douleur n'est pas toujours un phénomène initial dans cette affection, et chaque fois qu'on a pu suivre les malades on a vu les symptômes devenir complets au moment d'une rechute alors que quelques-uns manquaient dans une attaque antérieure.

M. Trélat cite plusieurs exemples, entre autres celui d'un enfant de 5 ans, qui, après un an de traitement eut trois mois de bonne santé apparente, puis se remit à boiter, eut une nouvelle déformation, puis une troisième rechute et enfin vit sa hanche se raidir dans le courant de la cinquième année, et s'accomplir ainsi une guérison incomplète.

D'après l'interprétation des faits, les récidives de M. Verneuil ne sont que des rechutes et c'est une erreur de croire que la maladie ne persiste pas parce que les symptômes en sont disparus.

M. Vernenil. — Si M. Trélat n'a pas encore vu de récidives vraies dans la coxalgie, c'est qu'elles sont rares, je n'en ai vu que deux seulement et depuis un an ; que M. Trélat attende qu'il ait mon âge, il lui sera probablement donné d'en observer.

Voici ce que j'ai vu : des enfants pris d'une coxalgie aiguë, sont traités et guéris, on les laisse marcher et la déformation apparaît constituant une affection qui n'est pas classique, ne s'accompagne pas d'accidents inflammatoires et est caractérisée par l'atrophie des extenseurs, la contracture du couturier et des fléchisseurs.

M. Marjolin. — Les terminaisons de la coxalgie sont très différentes suivant sa nature. Si l'on a affaire à une arthralgie simple, à une hydarthrose de l'articulation de la hanche, les palliatifs peuvent amener la guérison sans qu'il y ait rechute. Si, au contraire, ce sont des ostéites et des arthrites

graves qui constituent la maladie, les rechutes sont fréquentes comme l'a dit M. Trélat. Il est remarquable que ces malades sujets aux rechutes appartiennent à des familles de poitrinaires, j'en pourrais citer de nombreux exemples. On guérit de deux façons de la coxalgie ; ou bien il n'en reste plus trace, ou bien il reste l'ankylose avec des déformations, s'il y a eu supuration.

M. Trélat. — La douleur n'est pas un phénomène indispensable dans la coxalgie. Quand les accidents surviennent une seconde fois sans douleur, c'est une rechute, il est facile de s'en assurer quand on peut suivre longtemps les malades.

Rapport. — **M. Périer** lit un rapport sur une observation du *D^r Lemay* (de St-Sèver) intitulée : *Hernie étranglée.* — *Rupture de la tunique externe de l'intestin sous l'influence du taxis exagéré.* — *Kélotomie, guérison sans excision du sac.* — Cette hernie avait été l'objet de tentatives de réduction par le taxis d'abord pendant 12 minutes puis à deux reprises pendant une heure chaque fois. 5 heures plus tard, le *D^r Lemay* appelé près du malade, trouve une infiltration séro-sanguine du scrotum — quelques gaz étaient sortis par l'anus. La kélotomie fut pratiquée et l'on trouva deux déchirures du péritoine en forme de boutonnières. Le collet fut débridé en trois endroits et la réduction ne put être opérée qu'après ponction de l'intestin. La plaie dans laquelle on laissa un drain fut recouverte d'un pansement de Lister. 4 mois après la hernie ne s'était pas reproduite. Le taxis forcé avait donc dans ce cas été inoffensif, et la guérison a pu avoir lieu sans excision du sac.

M. Périer observe que l'étranglement n'était pas complet, ce qui explique l'innocuité du taxis dans ce cas de hernie irréductible, que la guérison fut favorisée par l'application d'un bandage et que l'on doit toujours essayer l'excision.

M. Després, condamne et le taxis forcé et l'opération de M. Lemay.

Dans l'irréductibilité simple il faut se borner aux purgatifs, aux grands bains et ne recourir au taxis et au caoutchouc que pour les cas urgents. Il proteste contre la kélotomie pratiquée chez un malade qui n'avait pas tous les symptômes de l'étranglement interne. — Il se souvient d'un infirmier de Bicêtre qui fut opéré dans ces conditions par Foucher et mourut.

M. Périer, rappelle qu'actuellement cependant les chirurgiens sont portés vers la cure radicale des hernies surtout quand elles sont grosses et difficiles à maintenir.

M. Trélat, partage en général l'avis de M. Després. — Il faut bien distinguer deux cas : si on se trouve en présence d'une hernie volumineuse irréductible, il faut la traiter et voir si elle restera irréductible, car la réduction peut se faire attendre non pas 2 ou 3 jours mais 2 ou 3 semaines. C'est alors qu'il convient d'employer le repos, la diète d'aliments, le taxis modéré, la bande de caoutchouc.

Mais quand il est prouvé que la hernie est irréductible, gênante, pesante, désagréable pour le malade, alors le chirurgien doit étudier les indications d'une cure radicale mais ce n'est pas une opération de nécessité.

Dans tous les cas M. Trélat n'admet pas que l'on opère une hernie irréductible depuis 2 jours car on ne sait pas alors si on sera utile au malade.

M. Périer, lit une observation de M. Chavernat (d'Aix) sur un cas d'*inversion utérine*. Elle concerne une femme de 60 ans accouchée à 28 ans pour la deuxième fois et qui depuis à chaque époque, a eu des pertes abondantes qui persistaient à 60 ans. Un médecin, croyant avoir affaire à un polype, saisit l'utérus avec une pince, l'abaisse, et passa une ligature. Cette ligature déterminant de vives douleurs fut enlevée et il se produisit une hémorrhagie et des vomissements. Le Dr Chavernat appelé trouva la malade pâle, le pouls petit, la peau froide, la respiration anxieuse. Elle se plaignait de douleurs de reins ; la cuisse gauche était paralysée depuis la ligature. La tumeur volumineuse sortait par la vulve, était ridée et donnait au toucher la sensation de vide à son intérieur. Le col était presque effacé, il existait une gouttière comme dans l'inversion classique et on ne retrouvait pas l'utérus à sa place. Devant l'hémorrhagie, M. Chavernat tamponna le vagin en repoussant l'utérus au moyen de charpie et de perchlorure de fer. Néanmoins l'algidité alla croissant et la malade mourut bientôt.

L'autopsie confirma le diagnostic d'inversion utérine. Les organes génitaux internes étaient congestionnés.

M. Chavernat conclut que l'emploi de l'anse galvano-caustique met mieux que tout le reste à l'abri de la péritonite dans les cas de ce genre.

M. Périer lui préfère la ligature élastique. Quant à la paralysie du membre inférieur gauche, on en est réduit à des hypothèses sur sa nature. La constriction avait été insuffisante puisqu'il y a eu hémorrhagie et elle aurait dû être maintenue

si la paralysie ne l'eût contre-indiquée, on aurait dû, de plus, anesthésier la malade, pour éviter la douleur.

M. Chauvel lit une observation de *hernie ombilicale étranglée opérée au 10^e jour et guérie le 75^e jour*. L'étranglement était à marche lente, progressive, non pas dû à la péritonite herniaire, mais au collet du sac. L'occlusion de l'orifice était rendue impossible par l'écartement de ses bords et la suture simple du sac suffit pour retenir l'intestin.

M. Terrier. — Il faut opérer rapidement dans les hernies étranglées même ombilicales et il ne faut pas craindre de faire des sutures profondes dont l'innocuité est prouvée dans les ovariectomies.

M. Berger. — Dans un cas semblable n'a pu suturer l'anneau, les fils eussent sectionné les tissus.

M. Terrier. — Il est possible que les fils ne sectionnent pas les tissus, car le ballonnement du ventre est destiné à disparaître.

M. Polaillon a toujours suturé l'anneau ombilical chez des femmes à anneau peu résistant. Les fils passaient largement dans le péritoine et il y eut 2 guérisons sur trois cas.

M. Terrier. — Dans l'ovariectomie le péritoine présente souvent des adhérences à la partie antérieure, ce qui ne contre-indique pas les sutures.

M. Bouilly lit une note sur *l'ablation d'un goitre hypertrophique simple*. — L'opération était indiquée par les accès de suffocation et la gêne énorme que déterminait la tumeur. Malgré la sagacité avec laquelle fut conduite l'opération, la malade mourut 65 heures après et à l'autopsie on trouva des foyers purulents dans le médiastin, autour du péricarde. Les cas de ce genre doivent être rapprochés des péritonites diffuses consécutives aux opérations sur le rectum. Il s'agit de ces phlegmons dans lesquels la septicité l'emporte sur les autres éléments.

M. Monod présente la malade atteinte d'éléphantiasis des membres inférieurs dont il a offert la photographie au début de la séance. Elle a pu marcher jusqu'à il y a trois ans malgré le volume énorme des deux membres; elle a maintenant 69 ans.

M. Lannelongue présente une tumeur de la grosseur d'une cerise environ, munie d'un pédicule de 3 centimètres, grêle, qui venait s'insérer au côté externe du cinquième doigt de la main gauche d'un enfant. Elle faisait l'effet d'un doigt

surnuméraire en train de s'amputer spontanément. L'excision en fut faite avec des ciseaux; à l'examen microscopique on reconnut que c'était une tumeur érectile composée de deux parties, une centrale constituée par un lacis de vaisseaux, une autre périphérique consistant en un tissu lacunaire, comme kystique. Les vaisseaux qui venaient par le pédicule étaient à peine perméables. Cette tumeur remontait évidemment aux premiers temps de la vie embryonnaire. Elle avait probablement débuté par une tache lie de vin devenue tumeur puis s'était pédiculée. L'enfant qui en était porteur était âgé de 8 jours quand M. Lannelongue le vit.

La séance est levée à 3 heures 1/2.

F. A. HUG.

REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

L'empire que le médecin peut exercer sur le malade, la crainte de le voir abuser d'une influence toute-puissante, a déterminé le législateur à manifester contre lui, dans certains cas, une sorte de méfiance; du reste il n'est point le seul contre lequel s'exerce cette méfiance, et il se trouve en fort bonne compagnie mis en suspicion par la loi. En effet le confesseur partage avec lui le désagrément d'être visé par l'article 909 du Code civil.

A propos des personnes incapables de recevoir par donation ou par testament, cet article dit :

« Les docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne pourront profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie. Sont exceptées : les dispositions rémunéraires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus; 2° les dispositions universelles, dans le cas de parenté jusqu'au 4° degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritier en ligne directe; à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même au nombre de ces héritiers. Les mêmes règles seront observées à l'égard du ministre du culte. »

Nous citons entièrement l'article parce qu'aucun de ses mots n'est à négliger.

Ce veto a donné lieu à bien des procès déjà et la jurisprudence a présenté des décisions d'où la doctrine ne se dégage pas avec unité et simplicité.

Ceux qui ne voient pas venir à eux un héritage espéré sont toujours disposés à crier à la captation et à chercher dans le Code des armes pour faire tomber les dispositions qui les déshéritent.

De là viennent tous les procès dirigés contre les médecins gratifiés d'un héritage inattendu ; on joue principalement contre eux sur le mot de dernière maladie ; tantôt on l'interprète dans le sens de la maladie à laquelle a succombé le *de cuius*, et tantôt dans le sens de la maladie ayant précédé celle dont il est mort ; on tire aussi souvent parti des intermittences d'une maladie ancienne à laquelle on s'efforce de rattacher la cause du décès.

Le tribunal civil de Lyon vient d'être appelé à formuler son avis dans une espèce intéressante ayant trait à notre sujet.

Il a fixé dans son jugement les principes suivants :

L'article 909 du Code civil exige trois conditions essentielles pour prononcer la nullité des libéralités faites aux docteurs en médecine, à savoir : 1° que le médecin ait traité le disposant pendant la maladie dont il meurt ; 2° que ses soins aient été donnés pendant la dernière période de la maladie ayant précédé immédiatement la mort et 3° que les dispositions à titre gratuit aient été faites pendant cette dernière période.

On ne saurait donc faire l'application de cet article à un médecin dont les enfants ont reçu des libéralités en vertu d'un testament antérieur de plusieurs mois à la dernière maladie, entendue dans son sens juridique, qui n'a point été réellement le médecin habituel du disposant pendant cette période, qui avait d'ailleurs avec le malade des relations anciennes d'amitié et qui se trouvait même absent depuis un mois lorsque le *de cuius* est décédé.

Fabrice Carré,
Avocat.

Au surplus voici quelques-uns des considérants du jugement auquel je fais illusion :

Attendu que la dame Balleidier est décédée à Lyon, le 24 septembre 1880, et que les renseignements de la cause permettent d'assigner la première quinzaine de mai 1880, comme date de la dernière période de la maladie, une tumeur vaginale, qui a entraîné sa mort ; que, d'autre part, c'est à

une date bien antérieure, au 6 juillet 1879, que la dame Balleidier, par son testament olographe, déposé aujourd'hui en l'étude de Mittifiot de Bélair, notaire à Lyon, a fait divers legs aux enfants Ceulleret : qu'à cette date, sans doute, elle pouvait déjà être atteinte, au sens vulgaire de ce mot, de la maladie dont elle est morte, mais non au sens juridique, puisque cette maladie n'était pas encore entrée dans la période finale où les soins du médecin sont assidus et nécessaires, et où son influence peut être excessive sur l'esprit du malade ; que déjà, à ce point de vue, les legs faits aux enfants Ceulleret échapperaient à la nullité édictée dans l'article 909 du Code civil ;

» Attendu d'ailleurs qu'il ne résulte aucunement des circonstances de la cause que le docteur Ceulleret, surtout pendant la dernière période de la maladie de la dame Balleidier, eût été son médecin ordinaire, celui qui l'a traitée habituellement jusqu'à sa mort, que d'anciennes relations d'amitié unissaient la dame Balleidier à la famille Ceulleret, qu'elle avait même pour filleul l'un des enfants Ceulleret, Étienne, à qui elle a légué 4,000 francs et divers objets mobiliers ; que ces relations amenaient fréquemment le docteur Ceulleret chez la dame Balleidier ; qu'il a pu, sous l'influence de cette situation mixte, pour ainsi dire, lui donner parfois sur sa santé des conseils qui étaient plutôt ceux de l'ami que ceux du médecin ; mais qu'il paraît constant qu'à partir tout au moins du mois de mai 1880, elle a eu pour médecin habituel le docteur Carry, qui le reconnaît formellement dans les deux certificats qui ont été versés au procès, l'un du 28 décembre 1880 et l'autre du 17 janvier 1881, qui seront enregistrés en même temps que le présent jugement ; que si l'on a relevé pendant cette période dernière de la malade que le docteur Ceulleret a été appelé une fois en consultation par le médecin habituel et qu'il a délivré au pharmacien deux ordonnances de la *de cujus*, ces soins accidentels et justifiés par les relations de société dont il vient d'être parlé, sont manifestement insuffisants pour faire tomber les dispositions dont les enfants Ceulleret ont été l'objet, sous le coup de la nullité édictée par l'article 909 du Code civil ; qu'il y a lieu de tenir compte aussi d'une circonstance relevée à bon droit, dans l'intérêt des enfants Ceulleret, et qui a son importance au débat ; c'est qu'il est établi par les renseignements de la cause que le docteur Ceulleret a quitté Lyon le 23 août

1880, pour aller passer le mois de septembre dans le canton de Joyeuse (Ardèche), et qu'il est revenu à Lyon le 2 octobre suivant; que cette absence, au moment où la dame Balleidier allait succomber (elle est morte le 24 septembre 1880), paraît incompatible avec la qualité de médecin¹ tuel que l'on voudrait lui donner;

« Attendu que les éléments de la cause sont suffisants pour former la conviction du Tribunal et rendent inutile l'offre en preuve à laquelle les défendeurs ont conclu subsidiairement;

« Dit que les défendeurs, légataires universels de la dame Balleidier, aux termes de son testament ci-dessus mentionné, seront tenus de faire délivrance aux mineurs Ceulleret, des divers legs qui leur ont été faits par ladite dame, les condamne, en conséquence, à payer au docteur Ceulleret, pris en tant qu'administrateur légal de ses enfants mineurs : 1^o la somme de 4,000 francs avec intérêts à partir de la demande en justice, montant du legs fait à Etienne Ceulleret; 2^o celle de 2,000 francs avec intérêts à partir de la demande en justice, montant du legs fait aux enfants Jean et Marie Ceulleret, à partager par moitié entre eux;

« Les condamne, en outre, à faire délivrance au même docteur Ceulleret des objets mobiliers légués auxdits mineurs;

« Dit toutefois qu'en cas de difficultés surgissant entre les parties, sur l'étendue de ce legs d'objets mobiliers, il en sera référé au Tribunal par simple acte d'avoué à avoué;

« Condamne les défendeurs aux dépens;

« Les déboute en outre de leurs conclusions subsidiaires tendant à une preuve. »

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES.

SECTION VI. — OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Président: Dr M. Clintoeh, de Dublin. — *Vice-présidents*: Dr^s Barnes, Brexton, Hichs, Matthews Duncan, Priestley. — *Secrétaires*: Dr^s Galabin, John Williams.

Section importante et dont nous serions bien heureux d'étudier en détail tous les travaux. Malheureusement l'espace nous manque. Aussi ne pourrions-nous donner même une idée générale que des œuvres les plus considérables au point de vue de

l'obstétrique, ce qui ne veut pas dire qu'en dehors des questions auxquelles nous devons nous arrêter, nous n'ayons entendu des communications du plus haut intérêt.

C'est le grand accoucheur de Dublin, M. Clintoeh, qui prononce le discours inaugural. Ce chef-d'œuvre d'éloquence savante et honnête produit sur l'auditoire une telle impression que nous ne pouvons résister au désir d'en citer les passages principaux. Arrivons immédiatement au cœur du sujet.

Comme c'est la première fois; dit le savant irlandais, que Londres a l'honneur de réunir le Congrès médical international, je crois qu'il est bon de passer en revue quelques-uns des plus éminents obstétriciens de cette ville, qui, par leurs écrits, leur enseignement et leurs découvertes, ont contribué dans une certaine mesure, au développement de la gynécologie et de l'obstétrique, aussi bien qu'à la réputation médicale et chirurgicale de Londres.

Dans cette analyse rétrospective, je ne trouve qu'un nom au xvi^e siècle, Thomas Raynald, le traducteur du traité célèbre d'Eucarius Rhodion, *De partu hominis*. L'édition anglaise originale, par Raynald, parut vers 1540, elle fut le premier traité d'accouchement publié en anglais, et pendant cent ans on n'en posséda pas d'autre.

Au commencement du xvii^e siècle, l'immortel William Harwey atteignit rapidement une grande renommée. Il passa ici la plus grande partie de son temps, étant médecin du roi, et fit des leçons au Collège royal de médecine sur l'anatomie et la chirurgie. Nous savons, par le témoignage de ses contemporains, que, comme praticien, Harwey excella dans les accouchements et le traitement des maladies de la femme.

Avant la publication de ses travaux célèbres sur la génération, la parturition, la conception, etc., il n'y avait, d'après le Dr Areling, que trois ouvrages d'obstétrique en langue anglaise, à savoir les traductions de Rhodion, de Rueff et de Guillemeau. Le travail de Harwey était, par conséquent, le premier livre sur les accouchements écrit par un Anglais, imprimé dans notre langue, et l'influence qu'il eut sur la pratique de ce temps peut facilement être jugée. La part qu'il a prise dans la branche de médecine dont nous nous occupons est hors de contestation; aussi est-ce de bon cœur que, samedi prochain, nous irons saluer sa statue à Folkestone, son lieu de naissance, honorant ainsi la mémoire d'un homme qui a fait les

plus importantes découvertes en médecine, et qui, par conséquent est un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité.

Contemporain d'Harvey, vivait un autre accoucheur remarquable, Pierre Chamberlen, l'inventeur du forceps. Malheureusement pour lui, l'éclat de sa réputation est terni par la manière dont il cacha le secret de sa découverte dans un but purement égoïste. Il était le père du docteur Hugh Chamberlen, qui traduisit en anglais les ouvrages de Mauriceau. Un beau monument à la mémoire du Dr Hugh Chamberlen a été élevé dans l'abbaye de Westminster par son ami, le duc de Buckingham. Il n'y eut pas moins de cinq générations de Chamberlen qui exercèrent la profession médicale, et le Dr Pierre Chamberlen, qui vécut très vieux, a été le médecin de cinq rois d'Angleterre.

A la fin de ce XVII^e siècle, Rickard Wiseman, chirurgien de Charles I^{er}, publia un Traité de chirurgie, dans lequel il donne une excellente description des abcès pelviens consécutifs à l'accouchement, prévenant ainsi Buzos et exposant des vues plus correctes et plus rationnelles sur la pathologie de cette affection.

Le XVIII^e siècle était destiné à voir un développement merveilleux de l'obstétrique, ainsi que de beaucoup d'autres sciences. Comme on peut le présumer, Londres offre à cette période plusieurs accoucheurs éminents.

Le premier, par ordre chronologique, est John Arbuthnot, médecin de la reine Anne. Quoique aucun monument de sa supériorité obstétricale ne soit demeuré, c'était cependant un éminent accoucheur. Ses talents littéraires, sa profonde érudition et sa haute position sociale, lui donnaient beaucoup de crédit parmi ses confrères. Habile dans tout ce qui touchait à la science, il tint une haute place parmi les écrivains et les esprits de cette époque; l'un d'eux (Swift ou Pope) fait allusion dans ses poésies à

La douce main obstétricale d'Arbuthnot.

Un homme, considéré comme un égal et un ami, par Parnell, Gay, Bolingbroke, Swift et Pope, ne pouvait manquer d'illustrer les sujets auxquels il appliquait son vaste pouvoir intellectuel. En parlant de lui, Swift dit : « Il a plus d'esprit que nous tous et sa bonté est égale à son esprit. » Un plus haut tribut ne pouvait lui être payé.

Le Dr John Maubray est célèbre, non par ses ouvrages, mais par un grand talent d'enseignement obstétrical. Il fit un cours,

nous dit le Dr Deuman, dans sa maison dans « Bond street » à partir de 1724.

A peu près contemporain de Maubray, citons Edmond Chapman. Il fut le second professeur public dans cette cité, et a droit à notre reconnaissance pour avoir le premier donné la description de ce « noble instrument » comme il appelle lui-même le forceps obstétrical. La première édition de son livre parut en 1733.

A peu près à cette même période, vivait Richard Manningham, homme de savoir considérable, et ayant la réputation d'avoir beaucoup de succès dans sa pratique obstétricale. C'est lui qui, le premier, en 1739, ouvrit dans l'infirmerie paroissiale de Saint-James Westminster, une salle exclusivement réservée à la réception de femmes en couche. L'idée fit son chemin, et quelque temps après, dans une autre partie du royaume, la grande maternité de Dublin était fondée par le Dr Bartholomew Hosse.

L'année d'avant l'ouverture de la salle obstétricale de l'hôpital Saint-James, un chirurgien, venu d'une petite ville de province d'Ecosse, s'établissait à Londres comme accoucheur et faisait enfin la plus grande réforme que jamais la science obstétricale ait subie. Cet homme c'était William Smellie, nom respectable entre tous, partout où l'obstétrique est cultivée comme science. Pendant vingt ans, Smellie pratiqua et enseigna à Londres ; il publia le premier volume de son célèbre Traité en 1751, et son magnifique Atlas en 1754. Parmi ses élèves, qui plus tard devinrent éminents, citons William Hunter, Deuman, David Nébride (Dublin), John-George Röderer (plus tard professeur d'accouchements à Göttingen), James Lloyd (Boston) et William Shippen (Pensylvanie). Ces derniers ont été, d'après le professeur Tarnier, les deux premiers accoucheurs américains. Je m'étendrais volontiers sur la vie et les ouvrages de ce grand homme, mais je suis obligé d'abréger. Smellie possédait un pouvoir étonnant de travail et un jugement très net ; mais il avait, en outre, une grande finesse de perception des faits, qui fit de lui un profond observateur de la nature ; c'est là que se trouve le secret de ses immenses succès comme réformateur en accouchements. Il sentit lui-même qu'il en était ainsi, car il dit : « Je prête une profonde attention aux opérations de la nature qui se présentent dans ma pratique, me réglant et me perfectionnant sous cet infailible drapeau. »

C'était vraiment, comme le dit le Dr Hugh Hiller, un noble caractère et un exemple de vie laborieuse.

Smellie était établi depuis deux ans à Londres, lorsque du même comté écossais (Lancashire), dans lequel il était né, vint habiter avec lui un jeune homme, c'était William Hunter qui par ses descriptions et ses planches de l'utérus gravide devait prendre un rang élevé parmi les écrivains obstétricaux. Par sa grande réputation comme professeur et anatomiste, aidée sans doute par son abord séduisant et ses manières agréables, son esprit cultivé, il devint l'heureux rival et le contraste de Smellie. L'école obstétricale fondée par ce dernier a été appelée par Tyler Smith, l'école mécanique, à cause de l'importance qu'elle attache aux ressources de l'art dans l'accouchement; Hunter, au contraire, croyait surtout au pouvoir de la nature et laissait faire le temps seul, c'est pourquoi son école a été appelée l'école physiologique. Parmi les savants illustres qui en professèrent les doctrines, l'orateur cite en première ligne Thomas Deuman, il nomme également le Dr Macaulay qui, le premier, en 1756, osa faire un accouchement prématuré. Enfin le discours se termine par cette magnifique période que nous ne pouvons nous empêcher de reproduire en entier.

Si le temps le permettait, je pourrais terminer ces quelques esquisses en parlant des accoucheurs qui se sont distingués à Londres depuis le commencement de ce siècle. Mais je suis obligé de citer simplement leurs noms illustres : John Clarke, Osborne Leake; Bland, Heniman, Charles Clarke, Gooch, David Dowis, Francis Bamsbotham, Granville, Ashwell, Lever, Locock, Walter, Murphy, Tyler Smith, Oldham. Tous ces hommes ont vécu si près de nous qu'il suffit de citer leurs noms pour rappeler la part qu'ils ont prise aux progrès de l'obstétrique.

Quant aux célébrités actuelles qui ont fait de cette ville la scène de leurs travaux et de leur influence, c'est à dessein que je n'en parle pas.

Mes pensées sont avec les morts, avec eux je vis dans les temps depuis longtemps passés, j'aime leurs vertus et condamne leurs fautes, partage leurs espérances et leurs craintes; et dans leurs leçons, humblement, je cherche et trouve l'instruction. (Southey).

Mais à quelque plus digne occupant de ce fauteuil, dans quelque congrès futur, quand nous aurons joué notre petit rôle dans le drame de la vie, je lègue la tâche agréable de

compléter la liste précédente des éminents gynécologistes et praticiens de Londres, que le Congrès actuel nous permet, entre autres avantages, de voir quelques instants et de connaître pour quelques-uns d'entre nous.

C'est M. Tarnier qui répond au nom des étrangers, son discours également remarquable est couvert d'applaudissements. Puis la section commence ses travaux en abordant la question du forceps.

(A suivre.)

F. JOUIN,

Interne des Hôpitaux.

NOUVELLES

— HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Dr Auguste Voisin recommencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 20 novembre 1881, dans le nouvel amphithéâtre, à 9 h. 1/2, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— COURS LIBRES. — M. le Dr Mallez a commencé son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire le jeudi 24 novembre, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Chaque leçon sera accompagnée de projections photo-micrographiques d'anatomie pathologique.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DE LOURCINE. — M. le Dr L. Martineau reprendra son cours le mercredi 23 novembre à 9 heures et le continuera les samedis et mercredis à la même heure.

Ordre des travaux: Le semestre d'hiver sera consacré aux conférences cliniques pendant la visite des malades. — Leçon à l'amphithéâtre après l'examen des malades, pendant le semestre d'été.

Le mardi, consultation et traitement externe à 9 heures.

— M. le docteur Lancereaux a commencé, mardi dernier, à l'hôpital de la Pitié, des leçons de clinique, qu'il continuera les mardis et samedis, à neuf heures.

— M. le docteur Legroux, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le vendredi 11 novembre 1881, à 5 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

ÉCOLE PRATIQUE. — Cours public. — Hygiène et maladies des nourrissons.

— M. le Dr Brochard commencera ce cours le mercredi 3 novembre à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 2, et les continuera tous les mercredis à la même heure.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — L'IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

3 Décembre 1881

AVIS. Nous avons l'honneur de prévenir nos abonnés que, pour assurer définitivement le service du journal pendant l'année 1882, nous leur ferons présenter bientôt, par la poste, une quittance représentant strictement le prix de leur abonnement. Nous prenons à notre charge les frais de poste et recouvrements.



Administrateur,
LDRINI.

APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIOLOGIE. — Le Microphone et les rêves appliqués au diagnostic des maladies à l'état d'incubation. — En 1879, M. de Rossi, professeur à l'observatoire de Nocca di Papa, fit une nouvelle et merveilleuse application du microphone à l'observation à distance des convulsions volcaniques.

M. de Rossi a présenté son appareil à M. Palmieri, le célèbre directeur de l'observatoire du Vésuve, et tous deux se sont transportés à la solfatare de Pouzzoles où la terre est dans un état constant d'agitation. Les bruits entendus à l'aide du microphone ont été si formidables que tous les expérimentateurs en ont été terrifiés. On en aura une idée lorsque je dirai que les pas d'une mouche atteignent à l'aide du microphone l'intensité des bruits produits par un cheval au galop.

Une exagération si prodigieuse des bruits fournis par cet instrument nous fait espérer qu'on parviendra tôt ou tard à en tirer parti en médecine, c'est-à-dire qu'on parviendra à entendre le bruit produit par les mouvements moléculaires latents qui entretiennent la flamme de la vie, dans les profondeurs de l'organisme et, à plus forte raison, les processus pathologiques qui s'effectuent au sein des organes malades. Dès lors, il sera peut-être donné d'étouffer, de juguler à leur état naissant, une foule de maladies qui, aujourd'hui, ne deviennent apparentes que quand leurs ravages sont déjà bien avancés. Et déjà, M. Bondet est parvenu à constater, à l'aide d'un appareil microphonique, les bruits produits par la contraction musculaire chez la grenouille et chez l'homme, et il inventa à cet effet un

Décembre, T. II, 1881.

67

nouveau stéthoscope microtéléphonique qu'il présenta à la Société de Zoologie.

Un autre jeune confrère, M. Fournol, s'occupe aussi activement de cette question, aidé par le conseil d'un célèbre électricien, M. le comte du Moncel, membre de l'Institut.

Ce qui me porte à croire qu'un tel résultat sera atteint, c'est que le travail pathologique latent dont il est question, est quelquefois perçu en état de rêve.

Certains rêves, en effet, peuvent être considérés comme des signes précurseurs sûrs d'une maladie non encore développée, encore à l'état d'incubation latente. Nous allons le démontrer.

La sensibilité, comme on sait, se développe quelquefois d'une manière vraiment prodigieuse pendant le sommeil. La plus légère impression, celle qui résulte d'une piqûre de puce, d'un bruit imperceptible, d'un pli des draps dans lesquels nous sommes couchés, acquiert pendant le sommeil une intensité telle qu'elle peut devenir la cause occasionnelle d'une multitude de rêves, dont un médecin habile observateur, peut tirer des inductions de la plus haute portée. Ainsi, le propre de certains rêves est d'exagérer les sensations tant internes qu'externes, au point qu'une piqûre d'insecte devient un coup d'épée, une couverture qui nous presse, un poids énorme, l'engourdissement d'un membre, la paralysie complète de ce même membre.

Aristote avait déjà remarqué cette exaltation singulière de la sensibilité pendant le sommeil là où il dit : « Dans le sommeil, les plus petits mouvements paraissent énormes, on s'imagine entendre la foudre et les éclats du tonnerre... on croit traverser des brasiers et être brûlé, parce qu'on a quelque légère cuisson dans une partie quelconque du corps (1) », et il avait cherché à attirer l'attention des hommes de l'art sur ce point. Mais les paroles du grand Stagyrte demeurèrent stériles. On négligea cet ordre de faits qui, s'il était poursuivi avec persévérance, pourrait devenir une source de résultats d'une grande importance pour la pratique médicale.

En effet, les maladies commencent toujours par un travail morbide latent, mais qui n'en a pas moins lieu dans les profondeurs de l'organisme, c'est ce qu'on appelle la période d'incubation. Pendant ce temps, les patients jouissent en apparence d'une parfaite santé, et assurément, ils sont loin de se croire menacés d'un imminent danger. Eh bien, pendant le

(1) *De divinatione ex insomniis*, chap. I § 1^{er}, page 2.

sommeil, le processus pathologique peut, dans certains cas, devenir sensible et appréciable, et provoquer des rêves qui ont des rapports plus ou moins directs ou sympathiques avec l'organe dans lequel s'opère ce processus silencieux. Supposons, par exemple, que l'organe lésé soit le foie ou le cœur. Eh bien, le malade rêvera qu'il est percé par un poignard, une épée, un instrument tranchant quelconque qui traversera ces organes, et si ces rêves se répètent souvent, on peut les regarder comme des signes précurseurs d'une affection plus ou moins grave dont le médecin pourra peut-être prévenir les effets par des moyens préventifs appropriés. Les exemples suivants prouvent la vérité de cette assertion :

Arnaud de Villeneuve rêve qu'il est mordu à la jambe par un chien et peu de jours après un anthrax se développe dans le même point, Galien parle d'un malade qui se vit, en rêve, portant une jambe de pierre, et, quelque temps après, ce membre est frappé de paralysie.

Le savant Conrad Gesner rêva une nuit qu'il était piqué au côté gauche de la poitrine par un aspic et une lésion grave et profonde ne tarda pas à se montrer dans cette même région. C'était un anthrax malin qui se termina par la mort au bout de cinq jours.

Isbrand de Diemerbrack rapporte dans son livre de *la Peste*, que Roger d'Oxteyn s'était endormi plein de santé; vers le milieu de la nuit il vit en songe un pestiféré tout nu qui l'attaqua avec fureur, le terrassa, après une lutte acharnée et, le maintenant entre ses cuisses écartées, lui vomit sa peste dans la bouche. Trois jours après il mourait de cette maladie.

M. Teste, l'ancien ministre prévaricateur du gouvernement de Juillet, mort à la Conciergerie, rêva, trois jours avant sa mort, qu'il avait eu une attaque d'apoplexie et trois jours après son rêve il succombait effectivement à cette affection.

Une jeune femme à laquelle j'ai donné des soins, voit en songe les objets confus comme à travers un bouillard, et, peu de temps après, elle devint amblyopique.

Une autre de mes malades rêve, c'était à l'époque menstruelle, qu'elle adresse la parole à un muet, et, à son réveil elle est aphone.

J'ai publié cette observation dans mon mémoire sur la *Paralysie hystérique*, qui a paru dans le numéro du 1^{er} janvier 1843 des *Annales médico-psychologiques*, dont j'étais alors un actif collaborateur, et, pour le dire en passant, c'est ce mémoire

Décembre, T. II, 1881.

68

qui a ouvert un nouvel horizon aux recherches sur les paralysies dynamiques ou réflexes sur lesquelles on a tant écrit depuis. Si je rappelle cette circonstance c'est que, dans le temps, on a cherché à me ravir le fruit de mes études. M. Gendrin entre autres, n'a pas craint, deux ans après la publication de mon mémoire sur la *Paralysie hystérique*, de lire à l'Académie de médecine un travail sur le même sujet sans me citer. Mais heureusement un savant et consciencieux académicien, M. Briquet a pris chaleureusement ma défense et m'a rendu pleine justice dans son grand *Traité de l'hystérie*. Chose étrange, en Allemagne, en Angleterre, en Belgique, en Italie, mes travaux sur les *Paralysies dynamiques* ont été honorablement appréciés par les auteurs et c'est en France, où prit naissance la nouvelle découverte, que mes études sur ce sujet ont été si longtemps laissées dans l'ombre. En effet, si l'on en excepte Landouzy, Aran, Brown-Séquard, Tardieu, Jaccoud, E. Mathieu, Briquet, l'Académie des sciences de Montpellier, qui a couronné mon ouvrage sur les *Paralysies dynamiques*, et MM. Beclard et Axenfeld dans leur *Rapport* publié sous les auspices du ministère de l'instruction publique, sur les *progrès de la médecine en France*, tous les auteurs qui ont écrit sur ces paralysies, ont exploité sans façon mes idées sans me citer.

Mais revenons à notre sujet. Moi-même j'ai rêvé une nuit que j'avais mal à la gorge. A mon réveil j'étais très bien portant, mais quelques heures plus tard, je fus atteint d'une amygdalite intense.

Depuis que mon attention est fixée sur ce sujet, j'ai observé un assez grand nombre de rêves précurseurs qu'il serait trop long de relater ici. J'ajouterai seulement que plusieurs fièvres ataxiques, le typhus, l'apoplexie, la fièvre typhoïde, les convulsions des enfants, sont souvent signalés par des rêves. On a même vu des maladies épidémiques dont les songes étaient le signe précurseur constant.

Les maladies du cœur et des gros vaisseaux sont souvent annoncées, alors qu'on ne le soupçonne pas encore, par des rêves tristes et alarmants. J'ai donné des soins à une jeune femme qui fut prise de palpitations violentes à la suite de rêves pénibles et elle succomba plus tard à une maladie du cœur.

Le comte de N. N., dit Moreau de la Sarthe, chez lequel j'ai observé pendant plusieurs mois, et sans pouvoir l'arrêter, le développement d'une péricardite chronique latente, s'était

trouvé d'abord et constamment tourmenté chaque nuit par des rêves pénibles et effrayants. Ces rêves avaient attiré mon attention ; ils me donnèrent un premier aperçu sur le véritable caractère de son état, et m'inspirèrent de tristes pressentiments que l'issue funeste de cette maladie ne justifia que trop dans la suite.

Du reste, ajoute ce médecin, la constriction, le resserrement de poitrine pendant le sommeil, l'oppression, l'impression de souffrance, d'irritation qui peuvent résulter d'une phlegmasie latente, d'une congestion sanguine, d'un état rhumatismal ou névralgique de quelques-uns des organes renfermés dans cette cavité pourront occasionner différentes espèces de rêves qu'un observateur attentif aura lieu de remarquer. (*Grand Dict. de méd. Art. Rêves*).

Les différents modes d'affections morbides des viscères du bas-ventre pourront être également reconnus et soupçonnés avant leur entier développement, chez plusieurs personnes, par la nature et le sujet de leurs rêves.

Les congestions sanguines, certaines hémorrhagies, sont souvent annoncées par des songes particuliers, caractéristiques. Ce sont des incendies, des spectacles sanglants, des scènes de meurtre et de carnage qui troublent le sommeil des personnes qui peuvent en être atteintes. Galien annonça qu'une crise hémorrhagique allait avoir lieu par la pituitaire chez un sujet qui avait de ces rêves rouges, si je puis m'exprimer ainsi.

Certaines femmes d'un tempérament sanguin, sont également tourmentées par ces sortes de rêves à l'approche de leurs époques cataméniales. La menstruation est alors ordinairement douloureuse et difficile.

Certaines hémorrhagies périodiques sont également précédées par des rêves semblables. Un médecin, dont parle Moreau de la Sarthe, avait, pendant sa jeunesse, été sujet à de pareilles hémorrhagies mais sans rêves ni troubles pendant le sommeil. Dans un âge avancé, les hémorrhagies qui ne furent pas aussi fréquentes, étaient toujours précédées d'une irritation générale, annoncée pendant la veille par l'état du pouls, la chaleur de la peau et pendant le sommeil, par des rêves pénibles. Ces rêves roulaient presque exclusivement sur des actions violentes dans lesquelles le malade croyait tantôt se battre et recevoir des blessures, tantôt marcher sur un volcan ou se précipiter dans des gouffres de feu.

Ainsi le travail pathologique des viscères de la poitrine et de

l'abdomen, tout à fait insensible pendant la veille, donne souvent naissance à une foule de rêves auxquels la séméiotique doit accorder une grande importance, car dans ces cas, ces rêves sont un indice précieux qu'il ne faut pas négliger, car il est alors possible de prévenir la maladie qui se prépare et surgira bientôt menaçante, si l'on n'y prend garde.

J'ai donné des soins à une jeune personne asthmatique qui, huit jours avant les accès, est constamment assaillie par des rêves pénibles et effrayants.

Mais de toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, ce sont, sans contredit, les névropathies et surtout la folie, qui sont le plus souvent précédées par des rêves bizarres et extraordinaires qui, par leur nature, peuvent faire connaître le genre de folie ou de névropathie dont on est menacé. On ne saurait, en effet, douter que le délire, et, en particulier, l'état hallucinatoire chez un grand nombre d'aliénés, n'ait son point de départ, sa source première et constante dans l'état de sommeil.

Les songes qui se manifestent dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, précèdent quelquefois de plusieurs années le développement des hallucinations.

Il est à remarquer que, dans tous ces cas, les rêves sont mieux dessinés, plus accentués, et se gravent mieux dans la mémoire qu'en état de santé. Aussi Leuret et Baillarger les rangeaient-ils parmi les véritables hallucinations.

Dans son *Traité des Songes*, Hippocrate dit que : traverser des fleuves, se battre avec des ennemis, voir des gens armés, se trouver en présence d'objets hideux, effrayants, sont des avant-coureurs de la manie.

Il n'est pas de médecins aliénistes qui n'aient eu l'occasion de vérifier l'assertion du divin vieillard de Cos.

M. Sauvet a publié, dans les *Annales médico-psychologiques* (mars 1864), une observation de folie, précédée de rêves longtemps avant son éclosion. Ce sont d'abord de simples rêves auxquels le malade n'attache aucune importance. Peu à peu ces rêves acquièrent une telle vivacité, reviennent si constamment, que A*** les accepte comme des visions auxquelles il s'efforce de trouver un sens mystérieux. Bientôt ce ne sont plus des rêves.

A*** s'était trompé sur la nature réelle des phénomènes étranges qui se passent depuis quelque temps, dans son sommeil ; ce sont des avertissements du Ciel. Ce qu'il voit, ce qu'il entend, est réel, « non pas (ce sont les expressions du ma-

lade), d'une réalité ordinaire, naturelle, mais d'une réalité voulue de Dieu. »

Ce qu'il voyait ou entendait était en dehors des choses communes et de la puissance des hommes; mais cela arrivait par ordre de Dieu. Ses sens n'étaient donc pas dans l'erreur; c'étaient, si l'on veut, des visions, mais ces visions n'impliquaient nullement qu'il fût aliéné. De semblables visions (c'est toujours le malade qui parle), ne sont-elles pas une des bases des livres saints qui ont été inspirés par Dieu et qui sont la vérité même, etc.

M. Moreau, de Tours, en cite quelques exemples dans son livre du *Hachich* et de *l'aliénation mentale*.

D'après les faits que je viens d'exposer, on voit que des rêves peuvent quelquefois faire soupçonner une maladie très grave que ne révèle encore aucun signe pendant la veille, maladie qui, une fois bien caractérisée, est parfois incurable. Les praticiens ne sauraient donc trop se livrer à une étude si importante. C'est une nouvelle carrière à explorer.

Or, si certains rêves peuvent faire pressentir des états pathologiques encore latents qui s'élaborent dans les profondeurs des organes, c'est que, dans ces organes, il se passe un mouvement moléculaire imperceptible à nos sens bornés, mais il est logique de supposer que ce processus pathologique serait perçu si la sensibilité de nos organes était portée à un degré infiniment élevé, et déjà le microscope et les lunettes astronomiques ont agrandi d'une manière vraiment prodigieuse le champ de la vue, à tel point qu'il nous est donné aujourd'hui de percevoir des objets dont l'imagination la plus féconde n'avait pu supposer l'existence. Or, pourquoi le microphone qui est à l'ouïe ce que le microscope et les lunettes astronomiques sont à la vue, n'atteindrait-il pas un résultat analogue? Quant à moi, en présence des merveilles engendrées par la science moderne, je ne doute plus de rien et m'écrie avec le plus vif sentiment des poètes : *Nil mortalibus arduum est*.

Dr M. MACARIO, de Nice.

REVUES CLINIQUES

CLINIQUE MÉDICALE

De l'eczéma et de son traitement.

De toutes les parties de l'art de guérir, la thérapeutique des affections cutanées est le plus souvent négligée au cours des études médicales; aussi voit-on chaque jour des praticiens d'un savoir général indiscuté, tomber dans des erreurs grossières quand ils se trouvent aux prises, dans leur clientèle, avec quelques-unes de ces affections. L'eczéma, entre autres, maladie de ce genre des plus fréquentes, demande non seulement quelques connaissances spéciales, mais encore un tact tout particulier de la part du médecin. — Tel agent thérapeutique qui réussira parfaitement dans une des phases de la maladie, deviendra inutile, nuisible même, administré dans une autre période. L'eczéma aigu ou subissant une poussée aiguë ne se traite pas de la même façon que l'eczéma chronique. On sait que la marche de l'eczéma a été divisée en trois périodes. La première est caractérisée par l'apparition de petites vésicules ou vésico-pustules éphémères greffées ou non sur une peau rouge, érythémateuse, ou bien encore par l'aspect fendillé de la peau, par des éraillures sans rougeur ni vésicules.

Dans la seconde période les vésico-pustules, les crevasses sont remplacées par des ulcérations de la surface desquelles suinte un liquide séreux, citrin, visqueux, gluant, empesant les linges qu'il imbibe. Il en résulte la formation, par ce liquide, de croûtes jaunâtres ou grisâtres, minces, malléables, se fendillant souvent pour laisser l'ulcération qu'elles recouvrent, suinter du nouveau liquide. Vers la fin de la période ces croûtes tombent, laissant le derme rouge pointillé, puis sont remplacées par d'autres croûtes qui peu à peu, prennent le caractère de squames, c'est le passage de la seconde à la troisième période.

Troisième période, (état squameux). Les parties envahies sont devenues rouges ou brunes et sont le siège d'une desquamation épidermique fine et furfuracée, d'autant plus fine que la maladie marche vers la guérison. Celle-ci ne peut être affirmée que lorsque la teinte luisante et l'aspect vernissé de la peau ont complètement disparu.

Durant toute la manifestation de l'eczéma, il est extrêmement important que les malades observent un régime sévère, qu'ils évitent toutes les fatigues excessives, tous les écarts à une vie réglée et sobre, tous les excitants de la peau. Chaque infraction à ce premier précepte, peut être punie d'une poussée aiguë d'eczéma, d'un retour de la 3^e à la 1^{re} période. On connaît l'histoire de cet infirmier de Saint-Louis, qui tous les mois, à jour fixe, voit son eczéma chronique devenir subitement aigu parce qu'il ne sort qu'un jour par mois et en profite pour rentrer dans un état d'ébriété complète.

Dans la première période il importe de n'administrer aucun topique excitant; les bains sulfureux sont alors des plus nuisibles, il faut recourir au contraire aux bains et aux lotions émollientes, tièdes, avec la décoction d'année par exemple. Dans certaines formes on se trouvera bien de saupoudrer les parties atteintes avec des poudres inertes, bismuth, lycopode, fécule de riz, d'arrow-root qui, en empêchant autant que possible la rupture des vésicules, peuvent amener la maladie à passer de la 1^{re} à la 3^e période sans traverser la seconde, dans les cas heureux. — A cela on peut ajouter des tisanes émollientes d'orge, de bardane, de chicorée sauvage, de la limonade, de l'orangeade, des tisanes amères.

Dans la seconde période et c'est souvent celle pendant laquelle le médecin est appelé, l'indication est de diminuer la sécrétion morbide et abondante dont les parties atteintes sont le siège. On a vanté pour cela les dérivatifs vers le canal intestinal, et le professeur Hardy recommande l'apozème suivant :

Pensées sauvages.	8 à 16 gr.
Follicules de séné.	4 à 8 "
Eau.	1 litre.

A la dose de 2 à 3 verres le matin à jeun, tous les jours, ou tous les 2 jours suivant l'intensité de la maladie. On peut encore donner 1, 2, 3 verres d'eau de Pullna, de Frédérischall, de Marienbad, de Kissingen ou de Birmenstorf, et joindre à ces dérivatifs des tisanes amères de gentiane, de houblon, de chicorée sauvage ou de saponaire.

C'est à cette période seulement que seront utiles les cataplasmes de fécule, les lotions amidonnées, les bains d'amidon à une température peu élevée et de courte durée (un quart d'heure à 20 minutes) et les bains à l'hydrolère. — Plusieurs médecins remplacent les cataplasmes de fécule par des plaques de caoutchouc dont le but est le même, c'est-à-dire de faire

tomber toutes les croûtes en entretenant une humidité constante et tiède sur la région malade ; mais on a signalé quelques inconvénients résultant de l'emploi des plaques de caoutchouc vulcanisé, et M. Vidal, entre autres, leur préfère de beaucoup les cataplasmes de fécule qui ont encore cet avantage d'être plus faciles à se procurer.

Dans la 3^e période de l'eczéma, la médication change complètement. Jusqu'alors il s'agissait de combattre l'état inflammatoire, maintenant il s'agira de modifier l'état local et l'état général du sujet, si au cours de cette 3^e période, quelquefois très longue, apparaissent des poussées aiguës, il faudra cesser immédiatement toute médication active pour en revenir aux antiphlogistiques et aux émollients jusqu'à ce que les choses soient rentrées dans l'ordre. Il est important encore de ne pas commencer la médication active ni trop tôt, ni trop tard, et de suivre attentivement son malade. On recommande même lorsque l'on est pour la première fois en présence d'un eczéma chronique de commencer le traitement comme s'il était à l'état aigu.

Quand la sédation des accidents inflammatoires est complète, commence l'ère des pommades douces d'abord, excitantes ensuite.

Une des premières à employer parmi les pommades douces est celle de Wilson :

Axonge.....	30 gr.
Poudre de benjoin.....	10 gr.
Oxyde de zinc.....	2 gr.

On bien encore le glycérolé au tannin et au calomel (tannin 1, calomel 2). L'axonge, dans la formule précédente, est avantageusement remplacée par la vaseline, dont on connaît les propriétés de conservation indéfinie. Chacune des formules suivantes peut aussi être employée :

Glycérolé d'amidon.....	20 parties
-------------------------	------------

Acide tartrique.....	1 ou 3
----------------------	--------

Pommade au sous-nitrate de plomb :

Axonge.....	30 gr.
-------------	--------

Glycérine.....	40 gr.
----------------	--------

Sous-nitrate de plomb liquide.....	10 gr.
------------------------------------	--------

Chez l'enfant, aux lèvres ou à la face :

Beurre de cacao.....	4 parties
----------------------	-----------

Huile d'amandes douces.....	1
-----------------------------	---

Acide tartrique.....	0.50
----------------------	------

Précipité jaune.....	0.25
----------------------	------

De temps à autre, il sera bon de faire des lotions avec de l'eau de feuilles de noyer.

Plus tard, alors que les poussées aiguës ne semblent plus à craindre, le goudron et l'huile de cade trouvent leur emploi que l'on pourra formuler ainsi :

- 1° Glycérine d'amidon..... 30 gr.
Goudron..... 2 gr.
- 2° Huile d'amandes douces..... 30 gr.
Huile de cade..... 3 gr.

Les lotions de feuilles de noyer peuvent être alors remplacées par des lotions boratées :

- Eau..... 300 gr.
Glycérine pure..... 60 gr.
Borax..... 4 gr.

Parfois, cependant, certains eczémas restent rebelles à ces topiques. Dans ces formes, qui désespèrent souvent le médecin et le malade, la lésion, d'une chronicité certaine, demande à être stimulée, et on est armé contre elle de trois sortes d'agents qui, ramenant une irritation croissante, suivant leur puissance, donnent lieu à un retour vers l'état aigu et permettent, dans beaucoup de cas, de triompher de la ténacité de l'affection. Ces trois agents sont le goudron, l'huile de cade, d'une part, le savon noir ensuite, les moyens mécaniques en dernier lieu.

- Goudron..... 15 gr.
Glycérolé d'amidon..... 30 gr.
Huile de cade..... 10 à 12 gr.
Glycérolé d'amidon..... 30 gr.

Ou bien encore le goudron et l'huile de cade pure en applications pendant plusieurs jours.

On emploie de même les frictions avec la teinture d'iode, avec les onguents mercuriels ou la pommade de Murchinson.

Ordinairement, ces moyens suffisent pour la guérison, sinon on a recours au savon noir, dont l'action est plus énergique. On taille alors une flanelle sur le patron de l'eczéma et on l'enduit d'un côté d'une couche de savon noir de l'épaisseur d'une lame de couteau. Au bout de quelques jours d'application, cet emplâtre a déterminé une dermite intense que l'on traite par les émollients et qui devient le point de départ de la guérison.

Si cela ne suffit pas, restent les lotions au sublimé (0,25, 0,30 pour 30 gr. d'eau) ou à la potasse caustique (1 partie pour 2 d'eau distillée).

Mais ce sont-là des méthodes d'exception; il en est de même, on le conçoit, des frictions avec la poudre de grès ou le raclage à la curette.

Jusqu'ici, nous ne nous sommes occupé que du traitement local, reste le traitement général qui a aussi une très grande importance. Cette importance n'avait d'ailleurs pas échappé aux anciens, qui cherchaient à combattre, par tous les moyens possibles, le vice dartreux. Il n'en pouvait être autrement, étant données les nombreuses complications viscérales de la dartre, coïncidant souvent avec l'apparition de l'eczéma ou alternant avec lui. Tour à tour, les dépuratifs végétaux, la médication purgative, la médication diurétique, le soufre, les dérivatifs cutanés (cautères, vésicatoires, sétons), eurent leur moment de gloire; mais, de tous ces remèdes, un seul a sur-nagé et mérite une sérieuse considération; nous voulons parler de l'arsenic. En effet, il est utile quand on le donne à propos, à certaine dose et longtemps.

Le donner à *propos* consiste à ne pas l'administrer pendant la période inflammatoire ou celle de sécrétion, mais bien pendant la période de desquamation.

A dose suffisante, c'est-à-dire à la dose de 12 à 25 gouttes de Fowler ou de 1, 2, 3 et 4 centigrammes d'arséniate de soude par jour (Fournier). A dose moindre, il n'agit guère; aussi s'explique-t-on pourquoi certains médecins le rejettent comme absolument inutile. L'administration de l'arséniate de soude est rendue plus facile et beaucoup plus exacte si l'on a soin d'en faire une solution titrée dont une certaine quantité, une cuillerée à bouche, par exemple, représente une dose connue. Ainsi :

Arséniate de soude..... 1 gr.

Eau distillée..... 300 gr.

Chaque cuillerée à bouche de cette solution représente 50 milligrammes de médicament actif.

Si l'on a affaire à certains malades pusillanimes, que le nom seul de l'arsenic effraye, on peut avoir recours à la liqueur de Pearson. Mais mieux vaut n'employer que des préparations magistrales dont on connaît la dose avec précision, et dont la fabrication est récente.

De plus, il est extrêmement important, dans l'administration de l'arsenic, de tâter la susceptibilité de son malade et de ne pas arriver d'un coup à la dose normale; il en est, en cela, de l'arsenic comme de beaucoup d'autres agents.

Afin de l'administrer pendant longtemps, il faut, après trois

semaines, par exemple, cesser de le donner, accorder un repos d'une semaine au malade, et recommencer ensuite jusqu'à ce que la guérison soit complète et même encore après la guérison. Si le malade est lymphatique ou arthritique, il va sans dire que l'on devra, tout d'abord, chercher à modifier le terrain diathésique. Nous n'insisterons pas sur la médication iodée et ferrugineuse, sur l'huile de foie de morue, surtout, dont l'action est si marquée chez les lymphatiques; non plus sur les eaux bicarbonatées sodiques, favorables aux arthritiques.

Une dernière indication est celle de supprimer la cause de la maladie dans certains eczémas professionnels, dont le médecin aura à établir le diagnostic aussi rigoureusement que possible.

Enfin, il y aurait tout un chapitre à faire sur les eaux minérales comme agents modificateurs de l'état diathésique des sujets eczémateux. Nous renverrons, pour ce point, aux auteurs classiques et, entre autres, au livre si connu du professeur Hardy.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Dans la série d'articles que nous avons publiés jusqu'ici, nous nous sommes surtout proposé d'analyser les mémoires intéressants qui avaient été publiés cette année sur la gynécologie et l'obstétrique, et de faire connaître les discussions à l'ordre du jour parmi les médecins qui s'occupent de ces deux sciences.

Nous pensons qu'il sera intéressant, pour nos lecteurs de donner vers la fin de cette année une analyse des thèses les plus curieuses par les questions qu'elles ont abordées et l'originalité montrée par leurs auteurs.

Nous commencerons donc aujourd'hui une série de revues dans lesquelles nous étudierons d'abord les thèses soutenues à Paris et dans les facultés de province, puis celles soutenues dans les diverses universités de l'Allemagne et de l'Angleterre. On verra que le mouvement scientifique ne se poursuit pas avec une moindre énergie chez nous que chez nos voisins.

Recherches cliniques et expérimentales sur la tête du fœtus au point de vue obstétrical, par LABAT. — Paris, Thèse 1884. — Delahaye éditeur. — M. Labat consacre la première partie de sa thèse à étudier la déforma-

tion pariétale de la tête du fœtus dans les accouchements par le sommet.

Après quelques mots d'historique sur la question, l'auteur montre que son travail a eu pour point de départ le fait suivant, que chacun peut facilement vérifier :

« Quand on examine, immédiatement après la naissance, la tête d'un enfant à terme qui s'était présenté par le sommet, quelle que soit d'ailleurs la position, l'accouchement s'étant fait spontanément, le bassin étant normal, on est frappé des deux faits suivants, que l'on observe presque constamment à des degrés différents :

1° *Les deux bosses pariétales ne sont pas au même niveau, soit dans le sens antéro-postérieur, soit dans le sens vertical.*

2° *Une des régions pariétales paraît aplatie par rapport à l'autre.* »

Pour expliquer ce phénomène, il faut examiner successivement les points suivants :

A. Cette déformation est-elle le résultat du travail de l'accouchement ?

B. Quel est le côté qui s'aplatit, quelle est la bosse pariétale qui se déplace par rapport à l'autre ?

C. En quel point du canal pelvi-génital et pourquoi cette déformation se produit-elle ?

A. *La déformation pariétale est-elle le résultat du travail de l'accouchement ?*

Etant admis que la tête des enfants qui naissent par le sommet présente une déformation pariétale plus ou moins accentuée, il ne peut être possible de déclarer que cette asymétrie est une conséquence du travail de l'accouchement que si, préalablement, on connaît quelle est la forme de la tête du fœtus, quand on l'examine avant que cette partie fœtale ait pu subir la moindre modification par le travail. On ne peut donc utiliser pour ce travail que les enfants qui ont été extraits de l'utérus par l'opération césarienne, avant tout début de travail.

Or, chose curieuse, ce travail a été fort peu fait jusqu'à présent, car M. Labat n'a pu utiliser pour cette recherche que trois documents.

Un qui est donné par M. Budin dans sa thèse sur la tête du fœtus ;

Un second qui est publié par M. Maygrier dans sa thèse sur l'opération de Porro ;

Un troisième enfin, qui lui est personnel.

A ces trois faits, nous pouvons en ajouter un quatrième, publié par M. le Dr Breisky, de Prague (1).

Les deux premiers cas et le quatrième ne sauraient avoir une bien grande valeur, car l'enfant se présentait par le sommet, et le travail durait depuis un temps assez long (2 jours dans le cas de Maygrier, 1 jour dans le cas du professeur Breisky) quand l'opération a été entreprise. On peut donc supposer que par suite de la pression à laquelle la tête fœtale a dû être soumise par le fait des contractions utérines, le crâne de l'enfant a pu être plus ou moins déformé.

Dans le cas de M. Labat, le travail était commencé depuis peu de temps quand l'opération a été entreprise par M. Tarnier, et, circonstance particulière, l'enfant ne présentait pas le sommet, mais l'épaule; la tête était située dans la fosse iliaque droite, elle ne pouvait, par conséquent, être comprimée, et, par suite, altérée dans sa forme par les contractions utérines.

Or il est facile de voir en regardant la planche (page 19) annexée à l'observation que les deux bosses pariétales sont parfaitement symétriques. Cependant, comme le remarque, du reste, fort bien M. L., si les deux bosses pariétales ou mieux, si les deux régions pariétales sont symétriques, il n'en résulte pas que les deux moitiés de la tête soient parfaitement symétriques l'une à l'autre, c'est ainsi que la région pariéto-occipitale gauche est un peu plus convexe que la région correspondante du côté opposé.

Mais cette asymétrie n'a rien de comparable au point de vue de la forme avec celle qu'il se propose d'étudier, et il pense qu'il y a là une asymétrie originelle, indépendante du travail.

Une telle asymétrie devrait être persistante, et bien que nous acceptions pleinement l'interprétation de l'auteur, nous nous permettrons de regretter qu'il n'ait pas publié les résultats des mensurations successives qu'il a dû faire et qui auraient démontré la persistance de cette asymétrie. Cela eût été d'autant plus intéressant, que l'observation de M. L. est la plus importante de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour sur la forme normale de la tête fœtale, pour les raisons que nous avons données plus haut.

Des faits que nous venons de rapporter, l'auteur conclut, avec juste raison, que la déformation pariétale n'existe pas avant le

(1). *Centralblatt für gynæcol.* 1881. 6.228.

début du travail, et que, par suite, elle se produit bien pendant le travail.

B. *Quel est le côté qui s'aplatit? Quelle est la bosse pariétale qui se déplace par rapport à l'autre?*

Pour répondre à la deuxième question, l'auteur avait à étudier successivement « comment les bosses pariétales se déplacent dans le sens antéro-postérieur. Mais ce n'est pas tout, les bosses pariétales se déplacent dans le sens vertical, car l'une paraît presque toujours plus basse que l'autre. Comment se fait ce déplacement? Y a-t-il abaissement d'une bosse pariétale ou élévation de l'autre, ou encore les deux choses à la fois? »

M. L. s'est borné volontairement à n'étudier que les mouvements dans le sens antéro-postérieur. Cependant, comme il le remarque fort bien, on peut se faire aisément une idée des mouvements des bosses pariétales dans le sens vertical.

De ses observations, il résulte que, quand on étudie la forme de la tête immédiatement après l'accouchement, on s'aperçoit qu'un des pariétaux est aplati et que, de ce côté, la bosse pariétale est plus rapprochée de l'occiput, que celle du côté opposé, et plus éloignée de la racine du nez, point de repère fixe choisi par l'auteur pour ses mensurations.

Dohrn, qui avait fait des recherches sur ce même sujet, est arrivé aux mêmes conclusions que M. Labat.

Mais ces deux auteurs, constatant un même phénomène : l'asymétrie, diffèrent complètement sur l'interprétation qu'on en doit donner.

Dohrn pense que ce sont les parties de la tête fœtale, qui sont tournées du côté du promontoire, qui sont modifiées dans leur forme. M. Labat pense, au contraire, que ce sont celles qui sont tournées du côté du pubis. Dohrn pense que, pendant le travail, le pariétal postérieur s'avance vers le front, tandis que M. Labat estime que c'est le pariétal antérieur qui s'en éloigne. Pour décider cette question, M. L. a continué ses mensurations pendant plusieurs jours, et il a pu constater que la distance qui séparait la racine du nez (point fixe) de la bosse pariétale postérieure ne variait pas tandis que celle qui séparait le même point de repère fixe de la bosse pariétale antérieure diminuait graduellement jusqu'au moment où elle égalait la première. C'est là un argument sans réplique et qui prouve bien la justesse du raisonnement de M. Labat.

C. *En quel point du canal pelvi-génital et pourquoi la déformation pariétale se produit-elle?*

La première idée qui doit se présenter à l'esprit, c'est que cette déformation se produit au détroit supérieur. C'est, du reste, l'opinion de Dohrn, opinion combattue par Matthews Duncan, à l'avis duquel se range M. L. qui pense que, lorsque le bassin est normal, le détroit supérieur ne présente pas de résistance suffisante pour produire une déformation des os du crâne.

A l'appui de son opinion, l'auteur donne deux arguments.

Le premier résulte d'une observation qu'il a pu recueillir et qui avait trait à une femme éclamptique primipare, qui était morte sans accoucher, bien qu'étant en travail depuis quelques heures. La dilatation du col était grande comme une pièce de 5 francs. La tête était profondément engagée. Il n'est pas dit si les membranes étaient rompues. Or, l'examen de la tête lui a montré qu'il n'y avait pas la moindre déformation pariétale.

Le deuxième argument s'appuie sur ce fait que, très souvent, la tête a pénétré dans l'excavation dans les trois derniers mois de la gestation chez les primipares, dans le dernier mois ou les quinze derniers jours chez les multipares, et que, dans cette situation, elle s'est développée et n'a plus à subir aucune pression de la part de l'angle sacro-vertébral qu'elle a dépassé...

C'est du mouvement de rotation et du plus ou moins de difficultés qu'il rencontre quand il se fait, qu'il faut surtout tenir compte quand on étudie les causes des déformations pariétales; plus ce mouvement est rapide, moins il y a de chances de trouver sur la tête une déformation accentuée; « Pour amener le déplacement en question, il faut que la portion du pariétal, située en avant de la protubérance de cet os, soit soumise à une pression plus énergique que la portion située en arrière. Or, ces conditions se trouvent exactement réalisées pendant le mouvement de rotation. »

Pour expliquer comment se produit le mouvement de rotation, M. L. accepte, comme démontrée, l'interprétation donnée par MM. Tarnier et Chantreuil dans leur Traité d'accouchement, et il en fait le point de départ du mouvement des bosses pariétales. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de tous les arguments donnés par M. L..., et une étude critique sur ce point nous entraînerait beaucoup trop loin; nous ne saurions, du reste, trop recommander de lire, dans le texte même, toute la théorie esquissée par l'auteur (pages 56-63).

La deuxième partie de la thèse de M. Labat est consacrée à des recherches sur la réductibilité de la tête fœtale, et cette par-

tie de l'ouvrage n'est certes pas la moins intéressante; voici les conclusions auxquelles l'auteur a été conduit par une série d'expériences des plus ingénieuses.

1° Avec des pressions continues de 15 kilogr., prolongées pendant deux heures, on obtient des réductions de 7 à 8 millim. sur le diamètre bi-pariétal, un peu plus fortes sur le diamètre occipito-frontal. Les réductions ne sont guère plus considérables lorsqu'on prolonge la compression pendant un temps beaucoup plus long (12 heures).

2° Le diamètre bi-temporal est bien plus réductible que le diamètre bi-pariétal. Les diamètres transverses de la tête sont de plus en plus réductibles, à mesure qu'on s'éloigne, selon une ligne droite, des bosses pariétales pour se rapprocher de la naissance des sutures fronto-pariétales.

3° Les pressions limitées sont plus efficaces que les pressions larges pour produire des réductions sur le diamètre pariétal. Sous la pression limitée, la réduction se fait surtout par déformation ou enfoncement; sous la pression large, elle se fait surtout par chevauchement. Les réductions sont plus considérables, lorsque les pressions limitées ne se correspondent pas sur la tête du fœtus, c'est-à-dire ne s'exercent pas aux extrémités du même diamètre.

4° Lorsqu'à l'aide du forceps, on exerce sur le diamètre bi-pariétal une compression de 15 kilogr., la perforation préalable de la base du crâne au niveau de la suture sagittale ne favorise pas beaucoup la réduction. Cette perforation favorise, au contraire, la réduction si l'on exerce sur le diamètre bi-pariétal une compression limitée.

5° Le diamètre bi-pariétal perd presque complètement sa réductibilité, lorsque la tête est serrée du front à l'occiput.

6° Lorsqu'on ne comprime qu'un seul diamètre de la tête, l'augmentation compensatrice, se disséminant sur tous les autres, est peu sensible sur chacun d'eux, mais, si on comprime en même temps les diamètres transverses et les diamètres antéro-postérieurs, les diamètres verticaux, subissant seuls l'augmentation compensatrice, s'allongent notablement.

On le voit, la thèse de M. Labat est remplie de détails originaux; elle sera lue avec le plus grand intérêt par tous ceux qui s'intéressent aux progrès de l'obstétrique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

Séance du 29 novembre 1884.

Présidence de M. LEGUEST.

M. Gougeard tient à faire parler de lui. Il écrit à l'Académie que depuis trois ans la fièvre épuise nos colonies d'une manière étrange.

Cette fièvre est bien malavisée, en effet; elle devait plus d'égards à la République; ce régime que personne ne nous envie, a le droit de trouver mauvais le procédé. Entrez s'il vous plaît plus de courtoisie.

M. Gougeard est donc décidé à user de représailles. Il sollicite de l'Académie une consultation, « analogue à celle qui eut lieu pour la peste de Russie, il y a deux ans » et destinée à signaler toutes les ressources que la science peut mettre au service de l'hygiène pour combattre le mal et le prévenir.

Il semblait que M. Gougeard eût dû s'adresser d'abord aux médecins de la marine, tous si dévoués, si méritants; il y a bien songé, puisqu'il parle d'eux dans sa lettre; mais, toute réflexion faite, il les écarte pour mettre en mouvement l'Académie. C'est plus grand, sinon plus convenable.

L'Académie a redressé la chose, en partie du moins; elle a renvoyé la lettre ministérielle à une commission dans laquelle figurent MM. Rochard et Le Roy de Méricourt, deux médecins de marine, et M. Léon Colin, médecin du Val-de-Grâce. Elle y a introduit M. Pasteur, pour sacrifier à la mode, c'est-à-dire à la recherche de la petite bête.

La fièvre jaune est bien connue de nos marins; c'est un des ennemis les plus désagréables et les plus fréquents qu'ils s'attendent à rencontrer sur leur chemin. Son évolution, son origine, ses dangers, son traitement, forment, en quelque sorte, l'A B C des connaissances du médecin de marine. Les consultations à rédiger sur tous ces points constituent des banalités absolues. La commission académique osera-t-elle le faire remarquer?

M. Hillairet monte à la tribune; il est suivi d'une femme, accompagnée d'un sujet, qui restent l'une et l'autre au pied de ladite tribune. M. Hillairet s'est embarrassé de papiers, dans

lesquels il ne se reconnaît pas, et c'est au milieu du brouhaha causé par l'apparition du sujet et les bégaiements du présentateur que se joue ce petit intermède. Le sujet est une fillette de six ans, qui pèse 124 livres et est haute de 1^m 15. La peau est colorée, les membres énormes et comme infiltrés; le visage bouffi; les seins volumineux et tombant sur l'abdomen. Pour donner les autres mensurations, nous attendrons que M. Hillairet se soit reconnu dans ses papiers.

M. Lassègue, qui a observé, avoue-t-il, plus de 23,000 alcooliques, dépose sur le bureau une brochure consacrée à soutenir, par des faits nombreux, l'opinion suivant laquelle « le délire alcoolique est un rêve, un sommeil pathologique ayant son point de départ dans un rêve, continué au milieu de certaines conditions de la veille. Ce rêve a pour caractère de donner lieu à des hallucinations visuelles et non auditives; les personnages et les animaux que le délirant alcoolique voit sont toujours muets ».

Nous croyons que cette dernière assertion est fort contestable.

M. le Président annonce la mort du vénérable **M. Briquet**.

M. Briquet, un des doyens de l'Académie, était un des amis les plus dévoués et les plus précieux de la *Revue médicale*; nous lui devons un légitime hommage, que nous renfermerons, comme il convient, dans les bornes les plus étroites, en disant que cet octogénaire, qui avait honoré la profession par son travail, sa modestie, son désintéressement, servait l'Académie par un concours précieux dans les commissions et par des communications originales. Nos lecteurs ont eu la primeur de la dernière communication de M. Briquet. Il y a deux ans, il fut chargé par la Commission des Epidémies du rapport annuel; il apporta dans l'examen et la comparaison des documents une critique sûre, une patience, un zèle qui furent très applaudis. Ses travaux sur l'hystérie resteront dans la science, ils n'ont pas été dépassés.

La mort de M. Briquet laisse vacante une place dans la Commission mixte chargée de présenter les candidats à la place d'associé libre. M. Vulpian a été désigné pour prendre la place de M. Briquet.

M. Verneuil a cru remarquer entre l'impaludisme et le diabète des rapports de cause à effet, et des rapports de même nature entre l'évolution de ces maladies et les traumatismes accidentels ou spontanés. Voulant traiter cette question, il a commencé, dit-il, par des recherches dans les livres afin de

savoir s'il faisait une découverte ou s'il enfonçait une porte imaginaire. Tout pesé, et s'il faut s'en rapporter aux données recueillies par M. Verneuil, il est assez difficile de se prononcer à cet égard : le rapport avait été signalé (mais trois fois seulement et il est douteux qu'on en eût saisi l'importance) ; cependant, M. Burdel, de Vierzon, en 1859, avait publié sur la glycosurie consécutive à l'impaludisme, surtout à la forme grave de la cachexie palustre, des recherches dont les résultats précis démontraient la fréquence de 13 à 32 0/0 du diabète causé par l'intoxication de la *malaria*. Mais, M. Gigon, d'Angoulême, avait prétendu que M. Burdel se trompait. Cette contestation paraît suffisante à M. Verneuil pour que la question reste entière à son profit. Il produit donc six observations, lesquelles, en réalité, ne sont qu'un léger supplément à celles de M. Burdel, où impaludisme et diabète apparaissent liés ensemble, l'un comme père, l'autre comme fils.

A la conclusion de M. Verneuil, qui déclare que l'influence pathogénique de la *malaria* sur le diabète ne saurait plus être contestée, M. Léon Colin oppose des réserves, fondées sur cette circonstance qu'une telle filiation n'aurait pas échappé aux observateurs nombreux des fièvres intermittentes. M. Léon Colin ne nie pas les faits observés, mais il estime qu'il ne faut pas trop les généraliser. Il pense aussi que le supposé réveil des fièvres intermittentes après un intervalle de neuf, de quinze et même de vingt ans est quelque chose d'étrange.

M. Verneuil répond que ce réveil est, au contraire, tout à fait normal et promet d'apporter à l'appui de cette assertion des observations concluantes.

M. Decaisne communique un mémoire sur la prohibition des lards américains en France.

En voici les conclusions :

- 1° Le décret du 18 février dernier est venu prévenir un danger imaginaire en prohibant l'entrée en France des viandes de porc salées d'Amérique à propos des trichines.
- 2° Les trichines renfermées dans la viande du porc sont tuées par un certain temps de salaison, et dans tous les cas par une cuisson à la température de l'eau bouillante.
- 3° Les pays qui ont précédé la France sur la voie de la prohibition, c'est-à-dire l'Italie et l'Allemagne, n'ont eu pour but que d'amener la France à écarter les viandes américaines de son territoire, afin de se rouvrir ainsi le marché français.
- 4° L'Autriche-Hongrie qui a imité la France semble n'avoir été dominée que par le désir d'alimenter la France dont la production est manifestement insuffisante.
- 5° La Grande-Bretagne qui importe plus du double des viandes de porc

d'Amérique régner par les autres nations d'Europe prises ensemble a refusé d'avoir recours aux mesures prohibitives. Le même refus a été opposé par la Belgique et la Suisse et pas un cas de trichinose n'a été constaté ni en Grande-Bretagne, ni en Belgique, ni en Suisse.

6° Nos producteurs n'ont pas profité de cette prohibition, les prix s'étant maintenus sans changements.

7° Le décret du 18 février, inutile en lui-même, en troublant un commerce important a causé de nombreux désastres et pourrait être, de la part des Etats-Unis, l'occasion de représailles se traduisant par la prohibition des vins et soieries de France en Amérique, s'il n'est pas bientôt rapporté.

8° Le rapport pur et simple de ce décret rendra aux classes ouvrières une nourriture saine et à bon marché.

9° L'inspection micrographique que veut établir le gouvernement français, a, comme nous l'avons prouvé, l'inconvénient d'être longue, de déprécier la qualité de la marchandise, d'amener une déperdition de poids et d'obliger à un ressallage.

10° Cette inspection rendrait le commerce à peu près impossible ou équivaldrait à la prohibition elle-même.

11° Enfin l'inspection par les vétérinaires de la frontière chargés de constater la qualité des viandes importées et la bonne salaison, nous paraissent une garantie suffisante.

Nous approuvons le sentiment libéral qui a dicté ces observations.

Quant au danger qu'offrent les viandes américaines, nous n'en faisons pas aussi bon marché que notre confrère. Sans l'exagérer, nous croyons qu'il existe, qu'on ne saurait n'en pas tenir compte, et que les règlements de police sanitaire doivent s'en préoccuper dans une juste mesure. Les intérêts commerciaux viennent après ceux de l'hygiène publique.

La trichinose n'a tué personne en Angleterre. Peut-être, répondrons-nous, et c'est une enquête à faire. D'ailleurs, sans tuer les gens, la trichinose peut, croyons-nous, sous des formes méconnues et latentes, affecter gravement la santé publique.

Tout compte fait, nous nous passerons, s'il le faut, des porcs de Chicago, sans crainte pour la vente de nos vins et de nos soieries; nous ne voyons nul inconvénient à obliger MM. les Américains à examiner eux-mêmes leurs produits avant de nous les livrer.

Au fond, il y a peut-être en tout cela plus de comédie que le sujet n'en comporte. « Puisque la viande de porc française n'a pas renchéri depuis un an, quelle sorte de lard avons-nous mangé depuis le fameux décret du 18 février, demandions-nous hier à quelqu'un bien renseigné? — Du porc américain, nous fut-il répondu, qui nous est arrivé par Anvers surtout; c'est ce qui vexe Bordeaux et le Havre. »

A ce compte, Bordeaux et le Havre ont raison. Mais cela

ne veut pas dire que nous ayons tort de réclamer contre l'exploitation des producteurs yankees certaines garanties.

Société de chirurgie.

Séance du 30 novembre 1881.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN.

M. Le Fort présente un rapport sur une kélotomie dans un cas de hernie étranglée.

M. Le Dentu offre un opuscule d'un membre correspondant sur l'emphysème de la face et des paupières dû à la fracture de l'os planum dans l'action de se moucher.

M. Demous lit une note sur les propriétés antiseptiques du chlorure de zinc. Il a eu l'occasion d'employer cet agent, connu depuis quinze ans dans la chirurgie des grosses veines, et a obtenu un succès digne d'attention.

Un jeune homme, dans une tentative de suicide, s'était ouvert au pli du coude droit les veines médianes basilique et céphalique. La ligature des quatre bouts saignants avait été faite presque aussitôt au catgut, et le malade, qui pendant les deux premiers jours, n'avait présenté rien d'anormal, fut pris le troisième de frisson et de fièvre. L'état général devint de plus en plus mauvais, les frissons se répétèrent les jours suivants, et le membre supérieur droit se tuméfia en entier pendant que la plaie prenait un mauvais aspect et que le délire survenait. Plusieurs chirurgiens qui le virent n'hésitèrent pas à diagnostiquer une phlébite avec pyohémie. Une incision de la face antérieure de l'avant-bras n'ayant fait découvrir aucune collection purulente, M. Demous mit à nu les quatre bouts des veines sectionnées qu'il trouva gris, friables, suppurés, et les lava avec une éponge imbibée de perchlorure de zinc au douzième. Le lendemain le lavage et le grattage furent répétés. A partir de ce moment l'état général et l'état local changèrent complètement : la guérison s'affirma, et le malade sortit guéri un mois après son entrée, bien qu'il eût eu, entre-temps, une pneumonie de la base du poumon droit.

M. Demous n'hésite pas à attribuer la guérison dans ce cas désespéré à l'emploi du chlorure de zinc et aux propriétés antiseptiques de cet agent.

Renvoyé à une commission composée de MM. Cruveilhier, Nicaise et Terrier.

Traitement du décollement de la rétine par la galvano-puncture

par le Dr Ch. Abadie. — Le décollement de la rétine est une affection qui reconnaît le plus souvent une cause locale. Cette lésion survenant d'ordinaire brusquement chez les myopes au milieu de la santé générale la plus florissante éloigne l'idée d'une influence diathésique quelconque.

On peut donc chercher à la combattre par des moyens purement chirurgicaux. L'observation clinique, l'anatomie pathologique et les expérimentations sur les animaux démontrent qu'au niveau des foyers de chorio-rétinite spontanés ou provoqués, la rétine contracte des adhérences avec la choroïde. En cherchant à produire ces adhérences artificiellement, on peut espérer arriver à fixer la rétine aux membranes sous-jacentes. Pour obtenir ce résultat, M. Abadie ponctionne la sclérotique et la choroïde, aussi en arrière que possible de la région ciliaire avec un couteau étroit de platine rouge par la pile. Il perfore ainsi les enveloppes de l'œil, le liquide sous-rétinien s'échappe et, au niveau de la perforation, une inflammation adhésive se produit, qui maintient la rétine en place. Ce mode de traitement a été employé dans huit cas différents; six fois il s'agissait de décollements anciens et très étendus; il n'y a eu alors qu'une amélioration passagère, mais, dans deux cas où le décollement était limité, le résultat s'est maintenu satisfaisant. Il n'y a jamais eu de réaction trop vive ni de conséquences fâcheuses.

Frappé de l'abaissement considérable de la tension intra-oculaire qui persiste après la galvano-puncture de l'œil, M. Abadie a eu l'idée d'utiliser cette propriété pour combattre les états glaucomateux rebelles à l'iridectomie et à la sclérotomie. Ici encore, les résultats fournis par ce mode de traitement sont des plus encourageants.

Renvoyé à une commission composée de MM. Perrin, Panas et Giraud-Toulon.

M. Duploux présente un trocart fixateur des kystes de l'ovaire dont toute la nouveauté consiste dans l'addition d'une rondelle de caoutchouc à un gros trocart ordinaire.

M. Lucas-Championnière est d'avis que l'on ne multiplie pas inutilement le nombre des instruments nécessaires à l'ovariotomie. Les Anglais ont moins d'instruments que nous, mais les ont plus propres. De deux choses l'une, ou bien on a affaire à un kyste à parois souples, et il est facile de le fixer avec des pinces, ou bien on se trouve en présence d'un kyste à parois épaisses et friables, et l'instrument de M. Duploux, pas

plus que les autres, n'empêchera l'issue d'un peu de liquide dans la cavité péritonéale.

M. Polaillon partage en partie l'avis de **M. Lucas-Championnière**.

M. Duploux fait remarquer que la modification qu'il a fait subir à la canule est fort simple et très commode, et qu'il n'est pas si indifférent qu'on semble le croire de laisser les liquides kystiques s'écouler dans le péritoine.

M. Marc Sée a employé depuis quelque temps l'iodoforme dans les pansements, comme cela se pratique en Allemagne, et il a eu des résultats qui lui permettent de regarder cet agent comme un antiseptique analogue au pansement de Lister. C'est surtout dans le pansement des plaies anfractueuses que l'iodoforme s'est montré un agent précieux. Il a l'avantage d'être d'un maniement facile mais le désavantage d'être cher et d'avoir une odeur extrêmement désagréable pour le malade et le chirurgien. De plus on a cité des accidents, encore peu connus, dus à l'absorption de l'iodoforme; néanmoins il modifie fort heureusement les plaies de mauvaise nature.

M. Després n'est pas partisan des pansements à l'iodoforme et croit qu'on ne doit pas hésiter à employer n'importe quel autre moyen, quand on le peut. Il se charge de guérir les ulcères à moins qu'ils ne soient trop chroniques et calleux, avec des cataplasmes et le repos. On oublie un peu trop aussi un vieil agent dont l'emploi remonte bien loin, le vin aromatique, mais qui modifie heureusement les plaies dont parle **M. Sée**.

Pendant cette discussion il est procédé à la nomination des commissions de prix.

M. Terrillon a visité à Vienne le service où on fait les pansements à l'iodoforme et il a été frappé du peu d'odeur qui existait dans les salles. Pour l'appliquer on se sert de gaze dé-gommée imprégnée d'iodoforme en poudre et conservée dans des boîtes et la désinfection complète en est obtenue au moyen d'essence de bergamotte ou de menthe. Cette disparition de l'odeur ne dure guère, il est vrai, que quatre ou cinq jours, après, lesquels on est obligé de renouveler l'addition d'essence. Il a vu des plaies d'évidement osseux traitées par ce moyen; quand on enlevait la gaze au bout de sept à huit jours il n'y avait pas d'odeur et presque pas de suppuration.

Billroth, dans trois cas d'ablation totale de l'utérus par le

vagin attribue ses succès à ce qu'il remplissait le conduit vaginal avec un gros tampon de gaze iodoformée.

M. Verneuil a employé depuis longtemps l'iodoforme pour les plaies de mauvaise nature, les chancres mous et les plaies scrofuleuses, entre autres, et s'en est bien trouvé, mais il reproche aussi à cet agent son prix et sa mauvaise odeur.

M. Trélat l'emploie moins depuis le pansement de Lister. Il croit que l'iodoforme agit sur les plaies en partie parce qu'il forme avec les liquides et les caillots qui ne se corrompent pas une sorte de croûte sous laquelle se fait la cicatrisation, comme dans la cicatrisation sous-crustacée. Il a essayé l'emploi de l'iodoforme dans les pansements sous différentes formes, mais il s'en est tenu surtout à la gaze iodoformée préparée par le pharmacien de son service. Il a obtenu, par ce pansement, dans un cas de fractures compliquées de plaies des doigts, un résultat analogue à ceux que l'on obtient par le pansement ouaté, avec cette différence que, sous la gaze iodoformée laissée 15 jours en place, il n'y avait presque pas de pus. C'est donc un pansement rare qu'on peut employer avec certitude.

M. Després. — L'iodoforme n'est qu'une contrefaçon de l'iode (comme le chloroforme une contrefaçon du chlore, dit M. Trélat), Bazin à Saint-Louis, guérissait presque tous les ulcères scrofuleux, en les badigeonnant avec de la teinture d'iode. Boinet pourrait dire, en somme, qu'on lui vole son iodothérapie.

Quant au malade de M. Trélat, il aurait aussi bien guéri avec le pansement ouaté; au reste, ces plaies des doigts guérissent en un mois avec le pansement par occlusion, de Chassaignac. Pourquoi aller chercher à l'étranger de nouvelles méthodes quand on en a chez soi de vieilles bien éprouvées. Il offre de comparer ses résultats obtenus avec les cataplasmes et les pansements rares à ceux des autres chirurgiens.

M. Trélat fait observer que la chirurgie actuelle se modifie et que M. Després n'a pas affaire à des aveugles. Quant à la statistique, il est fort difficile d'établir des comparaisons entre des malades parfois fort différents.

M. Després. — Les malades qui viennent dans les hôpitaux sont en bloc à peu près les mêmes pour chaque hôpital et on peut comparer à chances égales les méthodes de pansement. Les chirurgiens actuels sont des enthousiastes, des hommes qui sacrifient à la mode. Je défends la vieille chirur-

gie dont j'exagère à dessein le manque de minutie dans les pansements : et mes statistiques peuvent supporter la comparaison avec les vôtres.

M. Sée remercie M. Terrillon des renseignements qu'il a bien voulu communiquer et cite deux cas de guérison d'hystoréctomie dans lesquels le pédicule était rentré dans le péritoine avec de l'iodoforme. Il est probable que les cataplasmes de M. Després n'auraient pas eu le même résultat. Il insiste de nouveau sur l'emploi de l'iodoforme dans les plaies profondes, anfractueuses et sur la sorte de spécificité qu'il semble avoir contre le tubercule. On a obtenu des guérisons de tumeurs blanches par des injections intra-articulaires d'une solution éthérée au cinquième d'iodoforme. Cet agent semble agir par l'iode à l'état naissant qui s'en dégage lentement et continuellement de sorte que son action est continue alors que celle de la teinture d'iode n'est que très passagère.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Société médicale des Hôpitaux

Séance du 25 novembre 1881.

Présidence de M. H. Guéneau de Mussy.

A propos du compte rendu de la précédente séance, M. Besnier fait remarquer que quelques journaux ont mal interprété ses paroles ainsi que celles de M. Martineau, relativement à l'hypertrophie des amygdales dans la syphilis. Personne, à la Société médicale, n'ignore que les plaques muqueuses des amygdales et l'hypertrophie de ces glandes, avec ou sans ulcérations spécifiques, ne sont pas rares. M. Martineau appuie cette rectification.

M. Descroizilles lit un rapport au nom de la commission chargée de rechercher les *mesures prophylactiques contre la diphthérie*.

En présence des nombreuses victimes faites dans le corps de l'internat et de l'externat des hôpitaux par cette affection, le rapporteur propose de demander à l'administration :

Qu'il soit fait dans les salles de diphthéritiques de nombreuses pulvérisations phéniquées, bien que le but ne soit pas dans ce cas absolument le même qu'en chirurgie ;

Qu'on entretienne une très grande propreté dans les salles, que les ablutions y soient faciles, que tout ce qui vient des malades soit immédiatement détruit ;

Qu'on emploie, pour les autopsies, au moins, le respirateur à masque de M. Henrot (de Rheims);

Qu'on essaye l'appareil d'isolement proposé par le Dr Latapie, détruisant tous les germes qui proviennent de chaque malade;

Enfin que l'on recommande à toute la jeunesse médicale d'éviter tout écart de régime avant de s'approcher des diphtériques;

Que l'on favorise aux internes de meilleures conditions hygiéniques en augmentant leurs appointements, en assainissant leur logement, ce qui serait fort à désirer, pour l'hôpital Trousseau, par exemple. Que l'on donne aux internes, le matin, un déjeuner à l'hôpital, afin qu'ils n'aillent jamais à jeun près des malades.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

M. Rendu revient sur la discussion de l'ecthyma chez les varioleux. Ayant été attaché pendant 2 ans à un service de varioleux il a pu observer une quinzaine de cas qui pourraient rentrer dans le cadre de l'affection décrite par M. Du Castel. Les faits qu'il a vus sont susceptibles de jeter quelque jour sur la question de savoir si l'ecthyma doit être considéré comme une épidémie ajoutée à la variole, ou si ce n'est qu'un accident qui peut se rencontrer chez tous les varioleux indistinctement.

M. Rendu donne le résumé de chacune de ses observations. Une fois, il observa, comme M. Du Castel, une augmentation de la température au moment de l'apparition de l'ecthyma, mais il se demande si, dans ce cas, on ne doit pas l'attribuer à la concomitance d'une suppuration profonde du bras, que l'on fut obligé d'ouvrir. Chez plusieurs malades l'éruption ne sembla pas modifier la marche de la variole, chez un, l'ecthyma déterminait la fonte purulente des yeux.

M. Rendu diffère de M. Du Castel en ce qui concerne la contagiosité : il n'a pas remarqué que la maladie fût épidémique dans ses salles. Il y voit une complication liée à la variole même, des sortes d'abcès sous-épidermiques analogues aux abcès sous-cutanés. Dans une maladie comme la variole, où le pus apparaît partout, une éruption semblable à l'ecthyma ou au pemphigus n'a rien d'étrange. C'est une variole insolite présentant des caractères spéciaux sur lesquels il est bon d'attirer l'attention. Quelques observations sont échangées entre MM. Rendu et Du Castel, d'où il ressort que les faits observés à Saint-Antoine plaident pour la contagion.

M. Vidal. — A l'époque où les varioleux étaient soignés dans les salles communes, j'ai eu l'occasion de voir de l'échtyma apparaître, non pas comme forme d'éruption, mais comme complication de la convalescence; je n'ai jamais vu qu'il fût contagieux et il a fallu les circonstances spéciales dans lesquelles M. Du Castel s'est trouvé pour que l'on songeât à la contagion.

Il y aurait une démonstration à faire, ce serait de faire abandonner la salle aux malades et de pratiquer l'auto-inoculation. Pour cela, il faudrait prendre le liquide d'une pustule du troisième au sixième jour, alors qu'il est surtout très actif et l'inoculer. Si la piqure détermine une pustule qui ne soit adulte qu'au quatrième jour, c'est à n'en pas douter de l'échtyma; s'il ne se produit qu'une petite pustule adulte en 24 heures c'est du faux échtyma, analogue à la fausse vaccine.

Présentation de malade. — **M. Moutard-Martin** présente une malade atteinte d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire qui paraît acquis. C'est une jeune fille de 20 ans, ne présentant aucun signe de tuberculose évident; qui n'a eu ni hémoptysies, ni sueurs nocturnes, ni rhumatisme, et chez laquelle on ne remarque aucun phénomène de cyanose aux lèvres, aux ongles, ni aux membres inférieurs; à un centimètre, dans le deuxième espace intercostal gauche, existe un frémissement cataire intense; il existe en plus un souffle très fort au premier temps qu'on perçoit dans toute la poitrine, mais qui a son maximum de propagation vers l'aisselle gauche. La matité précordiale mesure 13 centimètres transversalement, la pointe bat dans le cinquième espace. Pensant que l'intensité des phénomènes, intensité qui se maintient, était due à l'anémie dont la malade était atteinte, on lui a administré des toniques et des ferrugineux. Depuis son entrée au 10 septembre, elle a eu une pleurésie droite d'une certaine intensité qui ne laisse plus aujourd'hui comme trace qu'un peu d'obscurité du son. Il n'y a rien vers les sommets.

Pendant l'effort, les phénomènes stéthoscopiques ne sont qu'amoindris au lieu de disparaître comme dans les cas ordinaires.

Présentation. — **M. Hillairet** présente une petite fille fort curieuse, autour de laquelle s'empressent tous les médecins présents. Elle a 3 ans, s'appelle Zéphire et pèse 124 livres (62 kilos). Cette enfant semble en baudruche boursoufflée, elle a les seins tombants et le ventre très développé avec des veines très apparentes. Ce développement monstrueux

a débuté à 13 mois après le sevrage. Le petit monstre est assez intelligent, mange énormément, marche assez bien et peut même sauter. Sa dentition est complète; sa mère, femme d'un cultivateur assez aisé, a eu trois autres enfants dont le développement est normal; c'est elle qui les a allaités tous les quatre, elle est de taille moyenne.

M. Kiener présente, au nom de M. Richard, médecin-major, l'observation d'un malade qui portait ensemble 27 taenias, inermes mesurant en tout plus de 60 mètres de long. Renvoyé au comité de publication.

M. Dujardin-Beaumetz. — J'apporte le résultat de mes observations sur l'alimentation forcée chez les phthisiques, son manuel opératoire, ses indications et ses contre-indications. — M. Debove introduit la sonde avec son mandrin et la gaine ensuite dans l'estomac du malade. Je me contente de la pousser simplement dans l'œsophage pendant que j'incite le malade à faire des efforts de déglutition. Il est bon de se servir d'un tube ayant au moins un centimètre de diamètre pour laisser passer les aliments, la viande hachée surtout. Dans les tubes ordinaires la marque à l'encre, point de repère pour savoir si la sonde est dans l'estomac vient assez vite à s'effacer, on la remplace avantageusement par un petit rond de cacaïchouc qui reste fixe. Au lieu de graisser la sonde je préfère la tremper simplement dans de l'eau ou du lait. La sonde introduite deux cas se présentent: ou bien l'estomac est intolérant et il faut se hâter d'introduire les aliments, ou bien il est tolérant et on peut pratiquer son lavage préalable. Je préfère, pour ce lavage, le sulfate de soude, comme le font les Allemands, Kussmaul entre autres, au bicarbonate de soude.

J'introduis ensuite moins d'œufs que M. Debove; mais du premier coup je verse 150 à 200 grammes d'huile de foie de morue chez les malades qui peuvent la supporter, j'y ajoute quelques cuillerées de peptones et une assez grande quantité de chlorure de sodium dont l'action a été vantée dans la phthisie. Je ne pratique qu'une fois le lavage par jour, mieux vaudrait, je crois, procéder comme M. Debove et le faire deux fois.

Le désavantage de cette méthode est qu'on ne peut toujours l'appliquer et j'ai eu ce matin même un insuccès dû à des ulcérations de l'épiglotte. Ces ulcérations seraient donc une contre-indication contrairement à ce que j'avais cru pouvoir affirmer à la Société de Thérapeutique.

Mes résultats ont été conformes à ceux de M. Debove: ja-

mais je n'ai eu de vomissements sur 13 malades qui vomissaient tout auparavant. Si l'augmentation de poids de mes malades a été un peu moindre que celle des malades de M. Debove cela tient probablement à ce que j'introduis moins d'aliments par la sonde, quelques-uns restent actuellement stationnaires, mais c'est déjà un grand succès puisqu'ils n'ont pas de déperdition, alors que dans d'autres conditions ils dépériraient rapidement. Les forces leur reviennent, leur fièvre est atténuée, leurs sueurs ont disparu; mais les lésions pulmonaires sont toujours les mêmes, il est vrai que j'ai surtout choisi des malades ayant de vastes cavernes.

L'alimentation forcée est donc des plus utiles chez les malades qui ne s'alimentent plus, elle est inutile chez ceux qui gardent l'appétit. C'est en somme une méthode exceptionnelle mais elle peut rendre les plus grands services en arrêtant la déchéance organique des malheureux malades, en relevant leurs forces et en arrêtant l'évolution de leurs tubercules.

La séance est levée à 5 heures.

F.-A. HUE.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION VI. — OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE (suite.)

Discussion sur le forceps Tarnier. — Le forceps ordinaire dit le savant accoucheur de la Maternité de Paris est passible de deux reproches principaux : (a) les tractions faites sur le manche de l'instrument sont loin d'être dirigées suivant l'axe du bassin, et déterminent des pressions dangereuses sur les parois de l'excavation pelvienne; b) la force est appliquée trop loin du centre de la tête et le forceps est transformé en levier dont la puissance est menaçante pour l'intégrité des parties maternelles.

C'est pour les éviter que j'ai construit mon instrument. Il repose sur quatre principes qui sont : 1° tirer directement suivant l'axe du bassin; 2° appliquer les tractions le plus près possible du centre de la tête; 3° laisser à la tête saisie par le forceps la mobilité qu'elle a dans l'accouchement naturel soit pour se fléchir ou se défléchir soit pour pivoter autour de l'axe fictif du bassin; 4° avoir une aiguille indicatrice qui montre à chaque instant à l'opérateur les mouvements exécutés par la

tête fœtale et qui le guide dans la direction qu'il doit donner à ses tractions.

On sait comment le forceps Tarnier répond à ces indications. Dans le principe l'auteur avait conservé aux branches de préhension leur courbure périnéale : cette courbure devrait, dans ses prévisions, bien protéger le périnée tout en permettant de tirer suivant l'axe du bassin. Cependant cette courbure a été abandonnée par les raisons suivantes : dans les applications directes, le forceps à courbure ordinaire est plus facile à appliquer que le forceps à courbure périnéale ; dans les applications obliques, la partie convexe qui résulte de la courbure périnéale vient heurter l'une des branches ischio-pubiennes et fait dévier le manche de l'instrument qui devient alors défectueux. Maintenant avec un forceps à courbure ordinaire, voici ce qui arrive, toutes les fois que l'on veut faire une application oblique *bien faite*, pour que les cuillers soient régulièrement appliquées par rapport au bassin et à la tête fœtale, il faut de toute nécessité que les manches du forceps ne restent pas dans le plan médian du corps et soient portés vers la cuisse gauche si les cuillers sont aux deux extrémités du diamètre oblique droit de l'excavation pelvienne ; vers la cuisse droite si les deux cuillers sont aux deux extrémités du diamètre oblique gauche. Mais, les tractions faites sur les manches du forceps ainsi déviés ont une direction très défectueuse, si l'on se sert d'un forceps ordinaire, tandis que si l'on emploie le forceps de M. Tarnier, la poignée mobile a une courbure telle que les tractions sont précisément faites dans le plan médian du corps. C'est là un point que l'auteur n'avait pas encore signalé. Mais si la traction est ramenée dans le plan médian du corps, elle n'est pas ramenée dans la direction de l'axe du bassin. M. Tarnier a cherché à obtenir ce dernier résultat au moyen d'une poignée mobile que l'opérateur peut incliner comme il le veut. M. Tarnier présente à la section le premier instrument fait sur cette indication.

Dans la dernière partie de sa communication M. Tarnier insiste sur le mouvement en arc de cercle décrit par les branches de son forceps, quand la rotation s'effectue spontanément. Il faut bien connaître ce mouvement des branches autour de l'axe fictif de l'excavation pelvienne. C'est le seul, en effet, qui permette avec le forceps de Levet ou avec celui de Tarnier quand la rotation n'est pas spontanée de faire marcher le plus naturellement possible la tête de l'enfant.

M. le professeur Lazarewitch (Kharkoff-Russie) reproche au forceps Tarnier de mettre entre les mains de l'opérateur une force brutale et inconsciente. Il lui préfère donc son propre instrument qui est droit et, par conséquent, laisse à l'accoucheur la direction complète du travail. C'est aussi l'opinion du Dr Stephenson (d'Alberden) il rejette même l'aiguille indicatrice des forceps français prétendant que le guide le plus sûr est le sens musculaire de l'opérateur. M. Stthill (de Dublin) adresse deux reproches aux forceps de Tarnier : sa complexité qui en fait un instrument peu commode dans la pratique, la compression qu'il exerce sur la tête fœtale, compression peu énergique, il est vrai, mais continue. Enfin, dit en terminant M. Matthews Duncan, scientifiquement le forceps de Tarnier est un bon instrument, mais l'est-il pratiquement ? L'expérience seule et non les discussions qu'on peut soulever actuellement sera capable de répondre.

A quoi M. Budin réplique très justement que les preuves sont faites depuis longtemps en France. Le forceps de M. Tarnier, poursuit-il, est plus compliqué que l'ancien, mais cela importe peu si le résultat obtenu est meilleur. On lui reproche la force qu'il donne à l'opérateur. Que penserait-on d'un chirurgien qui dirait : Si vous voulez faire une opération, prenez garde, n'ayez pas un bistouri qui coupe trop. Ce qu'il faut critiquer en pareil cas, ce n'est pas l'instrument, mais l'opérateur qui, habitué à rencontrer plus de résistance avec l'ancien forceps, fait beaucoup trop rapidement l'extraction de la tête. Il est enfin un dernier reproche qu'on a fait au forceps Tarnier. la vis à l'aide de laquelle on fixe les branches de préhension sur la tête. Or, cette vis a été considérée comme agissant à la manière de la vis d'un céphalotribe. Frappé de cette objection M. Tarnier la serrait peu dans les applications du forceps, mais peu à peu il s'est enhardi et il n'en est jamais résulté d'inconvénients. Les expériences de Duret ont d'ailleurs démontré que si la compression brusque du cerveau est dangereuse, la compression lente et continue l'est beaucoup moins.

M. Barner se range parmi les partisans du forceps Tarnier. Le professeur A.-R. Simplon y adhère de la façon la plus complète. C'est dire que sur toute la ligne la victoire demeure à l'école de notre Maternité dans cette question obstétricale d'une importance si considérable.

Oophorectomie, castration des femmes ou opération de Battey.
— Le chirurgien américain défend lui-même son opération qui

a pour but, dit-il, non pas d'enlever des organes malades, mais de supprimer une fonction physiologique, de produire par conséquent un changement artificiel dans l'économie. Puis il discute les différents termes successivement employés pour la désigner. Proposée en 1863, elle fut pratiquée la première fois le 17 août 1872, par Hegar de Fribourg, la seconde, le 1^{er} août de la même année par Lawron Tait, de Birmingham. Ces deux premiers cas furent malheureux, mais le 17 août 1872, Balley obtient un premier succès à Rome, Georgia. Puis les cas heureux se multiplièrent.

Quelles sont maintenant les indications de l'opération ? Du jour où elle fut proposée, poursuit le chirurgien américain, on établit justement la règle suivante : « L'ovariotomie, dans le but de produire la ménopause, sera pratiquée dans toutes les affections incurables d'ailleurs, mais pouvant guérir par la suppression des menstrues ». On se posera trois questions : Le cas est-il grave ? — N'existe-t-il aucun autre moyen que la ménopause d'en amener la guérison ? — Peut-il être guéri par la ménopause ? Si les réponses aux trois questions sont affirmatives, l'ovariotomie est indiquée ; sinon, elle n'est pas justifiée. Je sais bien qu'il y aura des abus, mais je n'admets pas, quant à moi, que l'opération soit pratiquée autrement qu'en dernier ressort. Au point de vue du manuel opératoire, deux points doivent nous arrêter particulièrement.

1^o *Mode d'accès*. En Amérique les méthodes vaginales et abdominales sont également en usage ; en Europe, la méthode abdominale seule a du succès.

En faveur de la vaginale nous avons : a) une mortalité moindre ; b) la possibilité d'un drainage parfait ; c) l'introduction de l'air dans la cavité péritonéale est très difficile ; d) la masse intestinale court peu de dangers d'être atteinte par les manœuvres mécaniques. Par contre, on peut objecter à cette méthode : la présence fréquente d'adhérences énormes et la difficulté de les séparer convenablement et d'extirper les ovaires en totalité. Les résultats obtenus par ce procédé ont été si favorables qu'il ne doit pas être abandonné, mais réservé pour le cas où l'accès des ovaires est facile et où il n'y a pas d'adhérences.

2^o *Traitement du pédicule*. La ligature avec des liens phéniqués ou non est presque universelle. Battey cependant a coupé le pédicule dans 13 cas, avec l'écraseur seul, et dans aucun il n'a eu d'hémorragie sérieuse.

On sait que dans quelques cas rares, les menstrues ont reparu régulières et normales; mais dans aucun de ces cas, il n'a été prouvé qu'il n'existait pas un troisième ovaire ou que quelque partie du stroma n'ait été laissée. Dans les faits de Battey, chaque fois qu'un fragment de l'ovaire avait été laissé en place, les règles reparurent. Il y eut même une fois une grossesse.

Résultats éloignés. 1^o aphrodisie. Dans aucun cas, les malades opérées ne se sont plaintes de la perte de leur pouvoir génital; au contraire, elles ont affirmé très souvent la parfaite existence des appétits sexuels. 2^o formes féminines. Elles n'ont pas été désavantageusement modifiées; au contraire, l'on a souvent constaté un gain réel. 3^o santé générale. Comme l'opération n'est pratiquée qu'en dernier ressort dans les cas désespérés, quelque léger que soit le bénéfice, il doit être pris en considération. C'est de la critique excessive de dire que quelques malades n'ont retiré aucun profit de l'opération et que d'autres n'ont pas été guéries. Si nous comparons en effet ces résultats, nous trouvons :

	Pour cent
Guérisons.....	78
Amélioration considérable...	17
Pas d'amélioration.....	8

On a tort d'ailleurs de croire à un insuccès avant qu'un certain temps se soit écoulé.

Le docteur Savoye de Birmingham, MM. Marcy (Bootsn), Briestley (Londres), Thorton, Martins (Berlin), Smith, Lawson, Tait (Birmingham), Bautoch (Londres, se déclarent partisans de l'opération de Battey qui leur a donné à tous les meilleurs résultats. Egalement M. Spencer Wells.

Seul M. Matthews Duncan fait des réserves, tout en admettant que l'opération est bonne en elle-même. Il convient, dit-il, d'examiner très attentivement ses malades; combien de femmes, en effet, disent intolérables des douleurs qui ne sont qu'ordinaires, il faut se méfier des exagérations qui sont presque de règle chez la femme, et en tenir compte avant de faire une opération aussi sérieuse.

De l'extirpation totale de l'utérus, par le docteur William Freund (de Strasbourg). — L'orateur pose d'abord ce principe que la seule opération incontestablement indiquée dans les cas de carcinome utérin ayant envahi une grande partie de l'organe est l'extirpation totale. Or nous possédons deux voies pour arriver sur l'utérus, le vagin et l'abdomen. Doit-on préférer

l'amputation vaginale à la gastrotomie? La première méthode est moins dangereuse, mais la seconde plus certaine au point de vue des résultats. C'est tout ce que conclut le docteur Freundt. Il n'y a pas eu de discussion, la question malheureusement est donc plutôt posée que résolue au Congrès de Londres.

L'antisepticisme dans les accouchements. — C'est le professeur Spiegelberg (de Breslau), qui pose la question. Mais elle est surtout résolue par le docteur Tarnier. Les Français connaissent tous la méthode préconisée par le savant chirurgien et introduite par lui à la Maternité de Paris, nous ne la rappellerons donc pas dans cette analyse.

Signalons encore parmi les importants mémoires présentés à la sixième section et dont nous n'avons malheureusement pas le temps de donner une analyse complète; ceux des membres dont les noms suivent :

Docteur Braxton Hicks. De l'importance des constatations intermittentes de l'utérus gravide pour le diagnostic ;

Docteur Budin. Sur une disposition particulière des œufs dans la grossesse gémellaire.

Prof. Simpson. Une nomenclature uniforme dans l'obstétrique.

Une commission a été nommée pour discuter les termes de cette nomenclature. C'est à M. Budin que l'on a justement confié l'honneur de représenter la France.

Docteur Barner. Sur le traitement de l'hémorrhagie puerpérale.

Docteur Apostoli. Les accouchements par l'électricité. Les lecteurs de la *Revue* ont pu juger par eux-mêmes l'importance de ce travail, reproduit presque *in extenso* dans le numéro du 24 septembre.

Docteur Eustache, de l'embryotomie et de l'opération césarienne. Dans son mémoire, le savant professeur se prononce résolument pour l'opération césarienne. Mais pourquoi rejette-t-il l'opération de Porro? Les faits observés à la Maternité de Paris sont pourtant bien probants, ce me semble.

(A suivre.)

JOUIN,
interne des hôpitaux.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

10 Décembre 1881

APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIQUE MÉDICALE.— L'électricité médicale à l'exposition du palais de l'Industrie. — Malgré les lenteurs qui ont présidé à son organisation et les longs retards qui en ont retardé l'ouverture, l'exposition d'électricité a été un véritable succès, je dirai presque une merveille. Elle a révélé d'immenses progrès accomplis depuis quelques années, dans les principales applications de cet agent mystérieux que l'homme est parvenu à assouplir et à mettre presque entièrement à son service. Bientôt, nous le pensons et nous l'espérons, l'électricité jouera un grand rôle dans le développement des nations, surtout de celles que la nature a le mieux douées sous le rapport des forces naturelles. L'introduction de cet agent à la fois si souple et si puissant dans le monde industriel et dans l'économie domestique amènera dans les rapports commerciaux et dans l'activité sociale, une révolution certainement plus grande et plus complète que celle accomplie par la machine à vapeur. Sans discuter ici les hypothèses émises sur la nature de l'électricité, nous savons que c'est une des grandes forces du monde physique, comparable par ses propriétés et par ses effets aux autres grandes forces de la nature : chaleur, lumière, mouvement, action chimique et magnétisme. Comme ces dernières et peut-être encore plus qu'elles, elle démontre la loi de la *conservation de l'énergie* et l'*unité des forces physiques*. Par l'électricité on peut prouver que ces forces si diverses par leurs manifestations intérieures et par leurs effets se rattachent à un principe unique dont les modalités sont également diverses. C'est que toutes ces forces peuvent se transformer les unes dans les autres par voie d'équivalence. Ainsi, une quantité déterminée d'électricité peut devenir, à volonté, par voie d'équivalence, une autre quantité également déterminée de magnétisme, de chaleur, de lumière, de mouvement ou d'affinité chimique. Et réciproquement une quantité déter-

Décembre, T. II, 1881.

70

minée de magnétisme, chaleur, lumière, mouvement ou affinité chimique peut devenir une quantité également déterminée d'électricité. C'est, en somme, la théorie mécanique de la chaleur généralisée et appliquée à l'énergie, quelle que soit la forme sous laquelle elle se manifeste. Quelques mots ou plutôt quelques faits et quelques exemples choisis parmi les applications nouvelles suffiront à faire toucher la chose du doigt.

Pour la transformation de l'électricité en magnétisme et du magnétisme en électricité, il est inutile d'insister. La théorie si connue d'Ampère et les belles et nombreuses expériences sur lesquelles il l'a fondée font aujourd'hui partie des connaissances classiques. Au reste, ce sujet reviendra forcément tout à l'heure quand nous étudierons la transformation de l'électricité en mouvement. Arrivons à la chaleur. Une quantité donnée de chaleur, disons-nous, se transforme en une quantité déterminée d'électricité. L'expérience de Siebek et la pile thermo-électrique seront notre démonstration. On sait, que si on soude, à leurs deux extrémités, deux barreaux métalliques, l'un de cuivre, l'autre de bismuth, et qu'on maintienne la première des soudures à une température supérieure à l'autre soit en la chauffant, soit en refroidissant la seconde, il se développera un courant électrique marchant de la soudure chaude à la soudure froide, en passant par le cuivre. Mais nous n'en sommes plus aujourd'hui aux petites piles thermo-électriques avec lesquelles Nobili et Melloni ont exécuté leurs beaux travaux sur la chaleur rayonnante. M. Clamond qui malheureusement n'a rien exposé, a, depuis quelques années, imaginé une pile thermo-électrique capable de produire de grands effets. On s'en sert avantageusement dans les laboratoires de physique. Il a donné à l'un de ses modèles la forme d'un cylindre creux, analogue à la plupart des poêles d'appartement. Les soudures chaudes sont à l'intérieur et les froides à l'extérieur. Leurs éléments sont des corps ou des alliages peu fusibles tels que le sulfure de cuivre artificiel, le maillechort ou l'argenton (cuivre, zinc et nickel), un alliage d'antimoine et de zinc, etc. De la sorte, on peut chauffer la partie intérieure de la pile soit au gaz, soit au coke, sans craindre de détériorer l'appareil.

Ce *calorifère électrique* développe de la chaleur comme les autres calorifères, mais, en même temps, il produit une quantité d'électricité d'autant plus grande que la différence entre

la température intérieure et la température extérieure est plus élevée. Un modèle de six mille couples, brûlant neuf à dix kilogrammes de coke par heure et disposé en deux circuits de trois mille éléments chacun, fournit assez d'électricité pour alimenter deux régulateurs Serrin fournissant chacun une lumière équivalente à trente ou cinquante becs Carcel. Arrive un nouveau perfectionnement, et grâce aux accumulateurs dont nous parlerons plus loin, nous pourrions nous éclairer, le soir, à la lumière électrique avec la chaleur perdue, ou mieux inutilisée de l'appartement, de la cuisine, etc. Nous ne parlons pas encore, bien entendu, de ceux qui, comme M. Jobert, pensent économiser le combustible en utilisant, pour produire l'électricité, des appareils propres à recueillir la chaleur solaire, comme on le fait aujourd'hui, avec succès, en Égypte et en Algérie pour la production de la vapeur motrice ou pour la distillation, dans les appareils de M. Mouchot, si heureusement modifiés par M. Pifre.

Les aiguilles thermo-électriques servant à reconnaître de faibles différences de température, sont une application physiologique et médicale de la transformation de la chaleur en électricité. Réciproquement l'électricité produit de la chaleur. Les effets de la foudre, les fils métalliques que l'on fait rougir, fondre, volatiliser dans les expériences classiques le prouvent suffisamment. Mais abordons aussi dans cette question le côté pratique. M. Siemens a exposé un *creuset électrique* dans lequel il produit rapidement des températures bien plus considérables que celles auxquelles Henri Sainte-Claire-Deville, quoique surnommé le *Chimiste du feu* n'était pas arrivé. Ce nouveau procédé pour atteindre rapidement de très hautes températures permettra des combinaisons ou des décompositions, qu'il était impossible d'obtenir par les procédés ordinaires. « Bunsen et Sainte-Claire-Deville ont démontré qu'à certaines températures l'affinité cesse absolument d'agir entre l'hydrogène, le carbone et l'oxygène et que les produits de la combustion CO^2 et H^2O , dès qu'ils sont exposés à ces degrés de température, se décomposent en leurs éléments constitutifs. Ce point de *dissociation*, comme on l'appelle, varie avec la pression : pour l'acide carbonique, et à la pression atmosphérique, il se trouve à $2,600^\circ$ environ ; mais bien avant d'atteindre ce point extrême, la combustion se ralentit considérablement ; elle atteint sa limite et cesse quand les pertes de chaleur par le rayonnement du foyer deviennent égales à la chaleur que produit la

Décembre, T. II, 1881.

71

combustion. C'est à l'électricité que nous devons recourir pour obtenir des températures plus élevées que celles de la dissociation. » « En employant une paire de machines dynamo-électriques, capables de produire un courant Webers, avec une force de sept chevaux-vapeur, et qui donnerait, si on l'utilisait pour l'éclairage, une lumière de 12,000 bougies, on peut porter, en un quart d'heure, à la température de la chaleur blanche, un creuset de 0^m,20 de hauteur, entouré de matières non conductrices; on peut ensuite y fondre également en un quart d'heure, 2 kil. d'acier : la durée de ces fusions diminue un peu à mesure qu'elles se succèdent. On peut appliquer ce procédé sur une plus grande échelle, en augmentant la puissance des machines électro-dynamiques et la dimension des creusets (1) ».

Nous aurons, du reste, l'occasion de reparler de la transformation de l'électricité en chaleur en étudiant les applications chirurgicales, car c'est sur cette propriété que repose le galvanocautère.

Passons au mouvement. Celui-ci se transforme en électricité et réciproquement l'électricité est *réversible* en mouvement. C'est même là aujourd'hui que se trouve la source la plus grande et la plus économique de l'électricité. Tant qu'on l'a demandée à l'action chimique, elle est restée coûteuse et d'un emploi difficile. Ce n'est que depuis la fabrication en grand des machines électro-dynamiques qu'on se procure à des prix qui commencent à devenir abordables, de grandes quantités d'électricité et pour un temps aussi long que l'on veut. Les machines électro-dynamiques, c'est-à-dire capables de transformer le mouvement en électricité, sont fondées sur l'action du courant sur l'aiguille aimantée découverte par OErsted en 1820, sur l'aimantation du fer doux pendant qu'il est traversé par le courant, trouvée peu après par Arago et enfin sur l'induction dont la découverte a été faite par Faraday, en 1830. Ce dernier savant démontra, en effet, qu'une bobine ayant son fil relié à un galvanomètre, est traversé par un courant appelé induit quand on introduit dans son intérieur une autre bobine dont le circuit relié aux deux pôles d'une pile est traversé par un courant appelé inducteur. Le courant induit est instantané, il ne se reproduit plus tant que la seconde bobine reste à l'inté-

(1) *Le gaz et l'électricité comme agents de chauffage*, par le Dr C.-W. Siemens traduit de l'anglais par G. Richard; in-12 de 36 pages. Paris, librairie Gauthier-Villars.

rieur de la première, bien que celle-là soit toujours traversée par le courant de la pile. Mais aussitôt qu'on la retire, la déviation de l'aiguille du galvanomètre indique que le premier fil est traversé par un nouveau courant induit. Ainsi donc, le fil de la première bobine est traversé par un courant induit quand on en approche et quand on en éloigne le courant inducteur.

Dans le premier cas, le courant induit marche en sens contraire du courant inducteur, il marche dans le même sens dans le second cas. Le même phénomène se répète quand on remplace le courant inducteur, par un barreau aimanté. Il se produit encore si, au lieu de barreau aimanté, on place dans la bobine induite, un morceau de fer doux qu'on aimante et qu'on désaimante successivement par les interruptions successives d'un courant électrique. Autrement dit, le courant induit peut être fourni par l'action soit d'un autre courant, soit d'un aimant ou d'un électro-aimant. Tels sont les principes de toutes les machines électro-dynamiques. Il est facile de voir qu'elles sont de deux sortes. Si l'inducteur est un courant, la machine sera *dynamo-électrique*, elle sera, au contraire *magnéto-électrique*, si l'inducteur est un aimant ou un électro-aimant. Nous avons vu que le courant induit change constamment de sens, c'est-à-dire qu'il est *alternatif*. Mais à l'aide d'un appareil extrêmement simple appelé *commutateur* on peut redresser ces courants alternatifs et les rendre *continus*. Par conséquent les machines dynamo-électriques et magnéto-électriques se subdivisent encore, chacune en deux sortes, suivant qu'elles seront disposées pour fournir des courants continus ou des courants alternatifs.

La condition nécessaire à leur fonctionnement est le mouvement; il faut que l'un des deux organes inducteur ou induit tourne autour de l'autre. Ce mouvement peut être fourni par tous les moteurs connus; force musculaire, chute d'eau, courant d'air, vapeur, gaz, etc., etc. Les machines magnéto-électriques sont les premières en date. Tout le monde connaît celles de Pixii et de Clarke qui sont dessinées dans les traités classiques de physique. Pixii faisait tourner les deux pôles d'un aimant devant deux bobines sur lesquelles était enroulé le fil induit, Clarke rendit l'aimant fixe et les bobines mobiles. Son procédé a été reconnu le meilleur parce qu'il exige un moteur moins puissant, les bobines présentant une masse plus faible que les aimants. Aussi dans toutes les machines

magnéto-électriques actuelles, la machine de l'Alliance entre autres, les aimants sont-ils fixes.

Il n'est pas inutile de rappeler ici les principes car nous verrons par la suite le parti que la médecine peut retirer de l'usage des machines magnéto-électriques. Le docteur Tripier, très expert en ces matières pense que la machine magnéto-électrique de Clarke, telle que M. Gaiffe la construit maintenant sera la vraie machine médicale de l'avenir. Revenons aux machines dynamo-électriques.

Celles-ci ont besoin d'un courant qui commence ou plutôt excite l'induction. Aussi sont-elles généralement accolées à une petite machine chargée de cette fonction, et dite pour cette raison, *excitatrice*. Cependant on en construit aujourd'hui qui sont *auto-excitatrices*, ce qui veut dire qu'elles s'excitent elles-mêmes.

Les conditions qui permettent de recueillir une grande quantité d'électricité avec ces machines, sont d'une part la possibilité de placer à la surface extérieure d'un tambour un grand nombre d'aimants ou de bobines et à la surface intérieure un nombre égal d'autres bobines, et d'autre part de faire tourner rapidement celles-ci autour de celles-là. La rapidité de cette vitesse est une condition importante du succès. A chaque tour de l'induit, dans une machine magnéto-électrique, deux courants de sens contraire se développeront dans ses bobines. Donc plus celles-ci seront nombreuses et plus la vitesse sera grande plus il y aura d'électricité produite. Un collecteur double est chargé de recueillir automatiquement tous les courants de même sens et tous ceux de sens contraire, puis de les faire passer successivement dans le même fil si l'usage auquel est destinée la machine exige des *courants alternatifs*. Si cet usage demande des courants continus, un commutateur réunit aux collecteurs les redresse.

L'exposition comptait un grand nombre de machines électrodynamiques construites d'après les principes théoriques que nous avons rappelés plus haut, mais disposées pour produire la plus grande somme d'effet utile dans l'usage auquel elles sont destinées ; lumière électrique, galvanoplastie, mouvement, etc. Rappelons seulement que les noms devenus déjà populaires sont ceux de Gramme, Siemeus, Lontin, Wilde, Méritens, etc., etc.

On verra bientôt, quand nous traiterons des applications médicales que le téléphone magnétique de M. Graham Bell, et

ses nombreux dérivés sont de véritables générateurs électriques transformant les mouvements destinés à produire le son, en courants électriques ondulatoires, d'intensité proportionnée à ces vibrations. Ce dernier exemple nous montre que les courants les plus puissants comme les plus faibles ont leur origine dans la transformation du mouvement en électricité.

Nous venons d'esquisser les moyens dont l'industrie dispose aujourd'hui pour transformer le mouvement en électricité. Voyons maintenant comment se produit la transformation inverse.

Cette transformation repose sur la *réversibilité* des machines électro-dynamiques. En mettant ces machines en mouvement elles nous fournissent un courant électrique. Envoyons-leur un courant électrique, elles se mettront à tourner. C'est à la fois très simple et très facile à comprendre. Toutefois expliquons-le par un exemple saisissant.

On sait qu'une des grandes curiosités de l'Exposition a été le *tramway électrique*, c'est-à-dire un tramway dont le moteur était l'électricité. Comment ce tramway était-il mis en mouvement? Des machines électro-dynamiques Siemens placées dans le Palais de l'Industrie et mises en mouvement par une machine à vapeur, produisaient de l'électricité qu'on envoyait dans un conducteur suspendu comme les fils télégraphiques à plusieurs mètres au-dessus du sol au moyen de poteaux.

Ce conducteur était placé dans un tube présentant en dessous une fente longitudinale. Une machine électro-dynamique, semblable à celle du Palais, placée sous le plancher du wagon, tenait les essieux et les roues, par conséquent, sous sa dépendance. Un conducteur partant de cette machine était relié au fil conducteur placé dans le tube au moyen d'un petit chariot qui, tout en maintenant la communication, pouvait se déplacer aussi rapidement que le wagon. Au signal de partir, le mécanicien se mettait en communication avec le fil conducteur; l'électricité passait dans la machine située sous le plancher du wagon et la faisait tourner et par cela même les roues. La voiture se mettait donc en mouvement. Pour arrêter, le mécanicien n'avait qu'à interrompre le circuit et à manœuvrer le frein afin de vaincre la vitesse acquise. Pour aller en avant, en arrière, il se servait d'un commutateur qui faisait passer le courant tantôt dans un sens tantôt dans l'autre.

Le mécanicien d'un tramway mû à l'électricité manie donc son moteur avec la plus grande facilité, puisqu'il n'a qu'à éta-

blir ou à rompre des contacts. Il est dans des conditions bien autrement satisfaisantes que le mécanicien d'une locomotive, puisqu'il n'a pas à se préoccuper du chauffeur, de la fumée, etc. Il n'a pas à craindre l'explosion d'une chaudière absente, l'incendie; il n'est pas étourdi par le bruit rauque et monotone de la vapeur s'échappant par la cheminée, etc., etc. Son hygiène, car n'oublions pas que nous écrivons pour les médecins, dans un journal de médecine, son hygiène, disons-nous, sera, par cela même, très améliorée. A un autre point de vue, quelle diminution dans le poids transporté! La locomotive, qui ne sert qu'à mettre le train en mouvement, a un poids souvent supérieur à celui de tout le chargement. Le poids utilement transporté est donc une fraction souvent assez petite du poids total, surtout quand il s'agit de voyageurs.

Mais laissons là ces considérations et bien d'autres que le lecteur fera avec un peu de réflexion et constatons que la locomotion par l'électricité est déjà une belle solution du problème de la transmission de la force à distance. Celle-ci est certainement réalisée par la réversibilité des machines électro-dynamiques. En effet, avec une roue hydraulique mue par une chute d'eau, faisons tourner une machine de Gramme et envoyons le courant électrique produit dans une machine semblable située à une certaine distance; cette seconde machine exécutera le travail de la roue hydraulique. Un instant de réflexion montre les nombreuses applications auxquelles se prête cette ingénieuse et brillante solution : traction des trains de chemin de fer longeant les bords d'un fleuve, traction des bateaux qui y naviguent, etc., etc.

L'électricité statique, la première connue, n'est, elle-même, qu'une transformation du mouvement. Elle est obtenue par le frottement; ainsi Tyndall l'appelle-t-il *électricité de friction* (1).

La force musculaire de l'homme a été très longtemps l'unique moteur. C'est encore à elle qu'on s'adresse généralement aujourd'hui, aussi nous nous demandons s'il y a utilité réelle à la remplacer par un moteur à gaz, comme l'a fait M. Vigoureux dans la machine qu'il a exposée. Nous aurons occasion de revenir plus tard sur ce point. L'électricité statique doit intéresser vivement le médecin, car elle a été la première employée en médecine, et on peut même ajouter qu'elle n'a jamais cessé

(1) Leçons sur l'électricité professées en 1875-1876 à l'Institution Royale de la Grande-Bretagne, par John Tyndall, traduction par Francisque Michel. In-12 de 154 pages, librairie Gauthier-Villars.

d'être en honneur et de produire d'excellents résultats dans les mains d'un certain nombre de praticiens distingués. Aussi, plusieurs de ceux-ci ont-ils été fort étonnés d'apprendre que M. Vigouroux avait été appelé le restaurateur de l'électricité statique.

En imaginant la pile qui porte son nom, Volta diminua beaucoup l'importance que l'on avait attribuée jusque-là à l'électricité statique. Cette nouvelle invention fournissait un moyen plus commode d'obtenir l'électricité rapidement et en grande quantité. C'est ce qui nous amène naturellement à parler de la transformation de l'affinité chimique en électricité. Volta était hors de la vérité quand il soutenait que, dans sa pile, l'électricité se développait au contact de deux métaux différents. On sait, aujourd'hui qu'elle est due à l'action chimique. Dans la pile de Volta, il y a production d'électricité parce que le zinc est attaqué et usé, et il en est de même dans les nombreuses piles imaginées depuis, qu'elles soient à un liquide ou à deux liquides. Aussi la pile, quelle qu'elle soit, est un moyen dispendieux d'obtenir de l'électricité, surtout en grande quantité. La preuve en est qu'aujourd'hui, pour transformer l'électricité en action chimique, on a recours aux machines électrodynamiques. Une des plus importantes applications de cette nouvelle transformation est la galvanoplastie, qui consiste, comme on le sait, à recouvrir un objet quelconque d'une couche métallique plus ou moins épaisse. La galvanoplastie est aujourd'hui peut-être la plus considérable des industries basées sur les découvertes électriques. L'orfèvrerie, la fabrication des couverts, la reproduction des objets d'art, la dorure, l'argenterie, la cuivrage, la nickelure, etc., exigent de telles quantités d'électricité que l'on est forcé d'avoir recours aux machines électrodynamiques. Les piles n'y suffiraient plus, elles sont, du reste, trop coûteuses et trop encombrantes. Elles sont, en outre, malsaines et antihygiéniques par les gaz et les émanations qu'elles laissent échapper. Le médecin les verra disparaître avec plaisir de l'industrie; cependant, nous dirons bientôt qu'elles lui fournissent de grandes ressources thérapeutiques, car les piles sont jusqu'à présent le meilleur moyen connu pour obtenir des courants réguliers et d'une intensité à peu près constante. Concluons, de ce qui précède, que si l'action chimique produit l'électricité, celle-ci, à son tour, produit de l'action chimique. L'affinité chimique devient électricité. Celle-ci devient action chimique dans la galvanoplastie. Signalons, dès à pré-

sent, une application bien inattendue de cette industrie, si jeune et déjà si importante, à la conservation des pièces anatomiques. M. le docteur Oré, de Bordeaux, a exposé un certain nombre de préparations anatomiques, entre autres des cerveaux rendus indestructibles et d'une conservation parfaite en les recouvrant d'une couche de cuivre obtenue par les procédés galvanoplastiques ordinaires. Les musées d'anatomie normale et pathologique tireront certainement parti de cette nouvelle application pour la conservation de certaines pièces, surtout intéressantes au point de vue de la forme. Car la galvanoplastie ne remplace guère ici que le moulage. Ne faudrait-il pas encore signaler ici une application très importante de la galvanoplastie pour l'obtention des clichés et n'est-il pas naturel que le médecin s'intéresse à un procédé qui joue un si grand rôle dans la multiplication des livres illustrés, surtout des livres scientifiques. La galvanoplastie permet de reproduire indéfiniment une gravure sur bois, puisque aujourd'hui ce n'est plus le bois, mais son cliché galvanique qui est introduit dans la planche à imprimer et subit l'action de la presse. (A suivre.)

PATHOLOGIE EXTERNE.

Des abcès froids. — Leur nature. — Leur traitement. — A l'ancienne définition des abcès froids : *des collections purulentes qui se sont développées lentement, sourdement, presque sans douleur, dans le tissu cellulaire*, les études récentes de micrographie ont ajouté un élément nouveau, une notion anatomo-pathologique importante, qui vient modifier profondément la physionomie jusqu'ici classique de ces abcès.

Ce qui caractérise, en effet, tout particulièrement ces tumeurs liquides à évolution sourde, c'est la présence constante d'une membrane d'enveloppe, d'une coque membraneuse, ressemblant, à première vue, aux poches kystiques ordinaires. Sans doute, l'existence de cette paroi isolable des tissus voisins n'avait pas échappé à l'observation des auteurs. Bien au contraire, son rôle et sa nature avaient été souvent l'objet de leurs préoccupations, et, ce qui le prouve, c'est le grand nombre et la variété des interprétations auxquelles ce sujet a donné lieu.

Tandis que les uns considéraient cette couche membraniforme comme une lame inerte, purement passive, résultant du tassement du tissu cellulaire circonvoisin de l'abcès, pour l'accu-

mulation graduelle du liquide purulent, d'autres, convaincus par les travaux de Hunter et de Chaussier, voyaient dans cette membrane un produit de sécrétion fourni par les vaisseaux de la région malade, ou encore, le résultat de l'infiltration des tissus du voisinage par les éléments plastiques de l'inflammation.

Pour Ev. Howe, Delpech (de Montpellier) cette coque pseudo-membraneuse prend une importance bien plus grande. C'est, dit Denonvilliers (1), un organe nouveau qui prend rang dans l'économie vivante; qui sécrète, absorbe, est quelquefois doué d'une sensibilité manifeste, et peut, dans certaines conditions, être influencé par l'état des principaux viscères et réagir à son tour sur le reste de l'organisme.

(Duguesne)

Mais de toutes les propriétés dont on gratifie cette membrane, les plus remarquables sont l'absorption et la sécrétion continues du pus dans la cavité qu'elle limite. C'est une paroi sécrétante dont la surface bourgeonnante crée de toutes pièces et renouvelle le liquide purulent, qui tombe au fur et à mesure de sa production dans la cavité de l'abcès.

Cette théorie, longtemps en honneur, était en ces derniers temps abandonnée presque complètement, et la plupart des auteurs étaient revenus à cette opinion qui voit dans la poche de l'abcès un organe de simple contention. C'est à peine si le nom de *membrane pyogénique* avait survécu. Nous verrons cependant que ce mot mérite d'être conservé, car s'il a le tort de rappeler une théorie fautive en plus d'un point, il renferme implicitement l'idée d'un rôle capital joué par cette membrane dans l'évolution de l'abcès, rôle que les travaux de M. Lannelongue (2) ont nettement défini.

Si l'on examine un enfant porteur d'un abcès froid, en ayant soin de mettre à nu et d'explorer minutieusement toute la surface cutanée, on découvrira souvent, en un point quelconque, une petite grosseur, parfois du volume d'un pois. Dans quelques cas, placée sous la peau, on la découvre aisément, plus souvent dissimulée au milieu des tissus, dans l'épaisseur des masses musculaires, elle échappe à toutes les investigations jusqu'à ce que, croissant en volume, elle proémine à l'extérieur. Peu à peu ce petit noyau prend de la taille, de dur il devient plus mou, puis manifestement fluctuant : à la tumeur solide a succédé un abcès. Ces petites productions ont reçu, de l'école de Saint-Louis, le nom de

(1) Denonvilliers. — Art. abcès froids, du *Diction. Encyclopéd.*
(2) Lannelongue. — *Abscès froids et tuberculose osseuse*. 1881.

gommes; on pourrait, avec M. Lannelongue, les désigner sous celui de *tuberculomes*. Les recherches de MM. Brissaud et Josias en ont, en effet, démontré la nature tuberculeuse. Dès l'origine, elles ne se sont constituées que par un agrégat de tubercules élémentaires. Mais bientôt ceux-ci se transforment, se modifient. Tandis que la couche périphérique des cellules embryonnaires entre en activité, infiltrant, envahissant les tissus voisins, la partie centrale de la tumeur se ramollit, au contraire; elle se délite par suite des altérations granuleuses que subissent les cellules qui la constituent; de sorte que la tumeur, primitivement solide, fait graduellement place à une collection plus ou moins liquide, entourée d'une coque résistante. Dès lors, l'abcès est formé; mais par quel mécanisme va-t-il s'accroître?

On admettait autrefois que les collections purulentes, glissant le long des aponévroses, à travers les mailles du tissu cellulaire, favorisées dans leur marche, par les contractions musculaires et les battements artériels, se développaient suivant les lois de la pesanteur et de la déclivité. C'est ainsi qu'on expliquait la migration de ces volumineux abcès par congestion qui du médiastin fusaient au loin et viennent poindre à une grande distance de leur origine. Or, il n'en est pas tout à fait ainsi; et en ce moment nous avons en vue non seulement les abcès froids proprement dits, mais encore les abcès par congestion qui ne sont que des abcès froids développés à l'occasion d'une lésion osseuse. Sans doute les conditions de tissu, de pesanteur et de déclivité régissent secondairement l'accroissement des tumeurs froides, mais, la raison *sine qua non* du développement de l'abcès réside dans sa membrane limitante elle-même. Pour s'en convaincre il faut pénétrer la structure intime de cette membrane.

Si, après avoir appliqué la bande d'Esmarck pour n'être pas gêné par le sang on pratique dans le point le plus déclive d'un abcès froid, par une incision droite ou courbe, une sorte de fenêtre, qui permette, après l'écoulement du pus, d'examiner la surface interne de la cavité, on voit que celle-ci présente un aspect chagriné, qu'elle est inégale et vilieuse, couverte de saillies arrondies ressemblant à des bourgeons, de boursofflures pâles et de reliefs pareils aux muscles papillaires des cavités cardiaques. La couleur est grisâtre, mais non pas uniforme; çà et là l'on observe des taches rougeâtres, ecchy-

motiques ; quelquefois même des hémorrhagies se produisent spontanément sous l'œil de l'observateur.

La cavité de l'abcès est tantôt régulière, ovoïde ou cylindrique, tantôt anfractueuse ou cloisonnée, sillonnée par des brides ou des lambeaux membraneux flottants. Lorsque l'abcès est de petit volume, on peut, avec de la patience, arriver à le décortiquer, comme on ferait d'un kyste sébacé. On voit alors que la surface externe de la poche, lisse et unie au voisinage des aponévroses, présente sur les autres points de petits prolongements coniques ou conoïdes, véritables bourgeons, comparables aux végétations molles des plaies : ces végétations extérieures, ainsi que le fait remarquer M. Lannelongue, suivent d'habitude les vaisseaux et pénètrent dans les organes circonvoisins ; « Elles s'insinuent dans les orifices » normaux des tissus fibreux, des aponévroses, par exemple ; » et quand on a enlevé la poche on remarque dans ces tissus » des criblures anormales et exceptionnelles, déterminées par » la pénétration de ces bourgeons dans les orifices vasculaires » normaux, dilatés par ces bourgeons. Le même aspect se » rencontre dans le périoste. Lorsque l'abcès froid repose, » comme au pied, sur des tissus ligamenteux et fibreux, les » prolongements vasculaires, véritables bourgeons, pénètrent » dans les intervalles des tissus fibreux et s'insinuent quelquefois fort loin de la poche proprement dite, ils forment » alors des prolongements fongueux et rosés qu'il importe de » connaître pour faire l'excision totale. Il s'agit ici des abcès » froids simples, car pour les abcès ossifluents qui siègent » dans les mêmes régions, cet état est encore plus accentué » et la poche envoie dans tous les sens des prolongements » qui sont comme les premières travées directrices de l'envahissement des parties éloignées, par des éléments qui » doivent plus tard entrer dans la constitution de l'abcès. »

Ce qui précède jette une vive lumière sur le mécanisme de l'accroissement de l'abcès. Ce n'est pas un acte passif, résultant simplement de la distension de la poche. C'est un mécanisme actif, un acte vital, un envahissement graduel, antérieur, au surplus, à la présence du pus dans la cavité.

Les différences si remarquables qui distinguent macroscopiquement les surfaces interne et externe de la poche, se retrouvent et se précisent davantage à l'examen microscopique » En dedans, du côté de la cavité, les éléments organisés sont » l'objet d'un travail incessant de désagrégation et de destruc-

» tion d'où résulte l'augmentation de volume du contenu. En
 » dehors, dans les tissus, il existe, au contraire, une proliféra-
 » tion pleine d'activité jointe à une organisation plus ou
 » moins avancée qui n'a de temps d'arrêt que dans les résistances
 » locales provenant d'obstacles tirés de la texture même de
 » ces tissus. Et dans l'intervalle de ces deux limites, les élé-
 » ments obéissent à l'une ou à l'autre de ces tendances; ou,
 » ils se détruisent et leurs débris s'amassent dans des cavernes,
 » dans les follicules tuberculeux, ou bien ils s'unissent les uns
 » aux autres pour former du tissu conjonctif, comme on le
 » voit autour de la paroi de certains vaisseaux, par exemple. »

Résumant en une simple définition l'exposé qui précède nous dirons que les abcès froids: *sont des collections purulentes, évoluant sourdement, succédant à des tumeurs solides de nature tuberculeuse et s'accroissant par la prolifération et la destruction simultanées de leur membrane d'enveloppe.*

✕ Puisque la membrane limitante de l'abcès en est non seulement l'agent de développement, mais encore la raison d'être, c'est donc à la destruction de cette couche pseudo-membraneuse, que doivent tendre les efforts du chirurgien.

Les ponctions, les injections irritantes dans la poche ne sont, les résultats de la pratique ancienne l'ont bien montré, que moyens illusoires, ouvrir largement la poche, enlever par le grattage ou la décortication toute la lame proliférante, telle est la pratique vraiment efficace qu'il faut adopter. On doit traiter de cette façon, non seulement les abcès froids simples, mais encore les vastes collections symptomatiques de lésions osseuses; sans doute, on hésite à attaquer, le bistouri à la main un abcès par congestion qui n'a pas encore franchi les limites de la cavité abdominale, mais, au moins, pourrait-on, à l'exemple de Lister, de Lucas-Championnière, de Lannelongue, inciser largement la portion crurale du bissac, quand elle existe.

Après avoir largement ouvert la cavité de l'abcès, dans le point le plus déclive; on procède à sa décortication ou à son abrasion, en se servant d'un instrument un peu émoussé, le manche d'une cuiller, par exemple: un instrument fort commode, et qu'on apprend bien vite à manier aisément, est une spatule légèrement recourbée, fixée dans un manche de bois que l'on tient solidement dans la main. Le doigt, recourbé en crochet, et introduit dans la poche, peut aussi devenir souvent un grattoir utile. On ramène ainsi à l'extérieur

des lambeaux de membrane, qu'on eût difficilement extirpées d'une autre manière.

Lorsque la décortication est complète, il faut pratiquer des lavages dans la cavité, avec des liquides désinfectants. L'eau phéniquée forte, au 20^{me}, dont on atténue graduellement le titre, remplit parfaitement l'indication. Un tube à drainage est maintenu dans la cavité, et des irrigations quotidiennes sont faites jusqu'à la cessation de l'écoulement purulent.

Jusqu'ici, les résultats de la méthode que nous venons d'exposer ont été heureux. En tous cas, les accidents consécutifs ne sont pas à redouter : l'hémorrhagie qui suit l'opération est insignifiante. Les seules complications observées jusqu'à ce jour ont été deux cas d'érysipèle qui d'ailleurs sont restés bénins.

F. LEPRÉVOST.

REVUES DE THÉRAPEUTIQUE, D'HYGIÈNE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

Traitement du rhumatisme articulaire aigu et des maladies rhumatismales du cœur chez les enfants. — Le nouveau volume de l'ouvrage (1) de M. Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Trousseau, renferme sur ce sujet deux importantes leçons, dont l'intérêt n'échappera pas à nos lecteurs.

En présence d'un enfant que menace l'hérédité du rhumatisme, quelles mesures prophylactiques convient-il de prendre ? Faut-il, laissant un libre cours à la sollicitude inquiète des mères de famille, le faire couvrir de flanelle, de vêtements chauds, le préserver avec soin de tout refroidissement ? Sans doute le froid, et particulièrement le froid humide, est fréquemment la cause occasionnelle de l'attaque rhumatismale, et il importe qu'un enfant prédisposé en soit garanti. Mais il y a loin de là à ces précautions trop minutieuses qui n'ont d'autre effet que celui d'accroître la susceptibilité morbide. Ne semble-t-il pas plus sage, au contraire, d'endurcir, d'aguerrir le corps, en l'acclimatant progressivement et avec prudence aux variations de température.

Le rhumatisme apparaît, l'état morbide est constitué ; existe-

(1) *Traité clinique des maladies des enfants* (Thér. contemp.).

est-il un remède capable d'enrayer sa marche et d'empêcher à tout jamais de nouvelles poussées ? Non, ce remède n'existe pas ; il y a beau temps que l'on est revenu sur le compte de ces médications trop vantées comme spécifiques. Qui, de nos jours, a encore recours aux saignées générales chez les jeunes rhumatisants ; aux alcalins, bicarbonate de soude, nitrate de potasse ? Quel médecin compte encore sur l'efficacité des préparations propylamiques.

Ce n'est pas à dire que tout traitement soit inutile. Impuissant contre la maladie elle-même, le médecin est armé en guerre contre ses diverses manifestations. Passons en revue, avec l'auteur, les moyens qu'il convient d'opposer à chacune d'elles.

Bien que chez l'enfant les arthropathies rhumatismales soient en général moins sévères que chez l'adulte, il faut cependant s'efforcer de les modérer.

Le sulfate de quinine, jusqu'en ces dernières années, réputé, dans ce but, le remède par excellence, a cédé le pas au salicylate de soude, depuis que les belles expériences du professeur G. Sée ont démontré l'incontestable supériorité de ce sel. Le sulfate de quinine, il est vrai, ne doit pas être complètement délaissé, il conserve encore des indications sur lesquelles nous aurons à revenir ; mais, dans l'immense majorité des cas, c'est au salicylate qu'il convient de s'adresser tout d'abord. Il n'est plus nécessaire de justifier ce médicament des accusations dirigées contre lui. S'il provoque parfois des troubles nerveux, ceux-ci restent bénins et passagers, à moins que l'usage n'en soit interrompu à temps. Il existe cependant une contre-indication formelle à l'emploi de ce sel de soude : c'est l'anémie, qu'elle soit plus ou moins complète. L'accumulation du médicament dont la diurèse insuffisante ne permet pas l'élimination, fournit une suffisante explication des désordres cérébraux que l'on observe alors. Ceux-ci sont légers et consistent ordinairement en bourdonnements et sifflements d'oreille. M. Cadet de Gassicourt cite plusieurs faits de ce genre où la coïncidence des bourdonnements et de l'usage du salicylate ne laisse pas de doute sur l'existence d'une relation de cause à effet (1).

(1) On peut observer en ce moment même un enfant de quatorze ans, entré il y a quelques jours dans le service de M. Cadet de Gassicourt, chez lequel les troubles nerveux ont dépassé les limites qu'elles atteignent habituellement. C'est un garçon fort et vigoureux atteint pour la seconde fois, en quatre mois, d'une violente attaque de rhumatisme avec lésions poly-articulaires, endopéricardite et pleurésie double. Il fut soumis, dès le jour de son entrée, au

Ces faits sont rares ; les enfants offrent, en général, une merveilleuse tolérance pour le salicylate ; et pourtant, c'est à doses élevées qu'on leur administre ce médicament. M. Archambault en prescrit 4 grammes, à partir de deux ans et demi ; 6 grammes, à partir de cinq ans. M. Cadet de Gassicourt l'administre avec plus de réserve. A moins de rhumatisme rebelle, il n'élève pas la dose au-dessus de 2 à 3 grammes chez les plus jeunes enfants, et de 4 à 5 chez les autres. En dépassant ces quantités, il a vu parfois survenir des nausées et des vomissements. Il a pour habitude de continuer, pendant quelques jours encore après la cessation des douleurs, l'usage du médicament, mais à doses progressivement décroissantes.

On ne peut pas dire que le salicylate de soude soit un spécifique infaillible, mais sa grande efficacité ne saurait être mise en doute. Ses bons effets se produisent chez l'enfant aussi rapidement que chez l'adulte, parfois au bout de vingt-quatre heures, parfois seulement au bout de deux ou trois jours. Dans quelques cas la résistance du rhumatisme est de plus longue durée encore. Les causes de ces différences sont malaisées à saisir ; il semble cependant qu'une première atteinte du rhumatisme soit un terrain plus favorable à l'action curative du salicylate. Malheureusement, l'influence bienfaisante de ce sel sur les arthropathies ne s'étend pas aux manifestations viscérales du rhumatisme ; on a même prétendu, à tort, qu'il provoquait leur éclosion. Comment s'exerce physiologiquement l'action du salicylate ? L'auteur se range à l'avis de M. Vulpian, dont nous avons ici même analysé, il y a quelques mois, le mémoire sur ce sujet. Reste un dernier point. Le salicylate est-il un fébrifuge ? L'opinion de M. de Gassicourt sur ce sujet controversé est que, sous l'influence de la médication salicylée, la température s'abaisse, mais cela d'une façon *indirecte* ; l'élévation thermique est subordonnée à l'intensité des douleurs articulaires et disparaît après elles.

Si utile que soit le salicylate, il ne dispense pas toujours de l'emploi des autres agents thérapeutiques. Le sulfate de quinine, notamment, dont l'action sur les jointures, bien que plus lente et moins sûre, est incontestable, trouve ses indications chaque

traitement par le salicylate. Dès le lendemain, des troubles intellectuels graves survinrent. L'enfant devint maussade, colère, délirait par moments, se plaignait de bourdonnements d'oreille. M. Cadet de Gassicourt pensa immédiatement à un défaut d'élimination du médicament ; les urines étaient, en effet, excrétées en petite quantité. Sous l'influence du régime lacté la diurèse devint abondante et le salicylate put être repris, au grand bénéfice du malade.

fois que le salicylate est mal toléré ou produit des vomissements. Chez les enfants son administration n'offre rien de spécial. 20 ou 25 centigrammes par jour pour les enfants de 3 à 4 ans, de 50 à 75 chez les malades plus âgés. La dose quotidienne est divisée en 4 prises, administrées toutes les six heures. Le café noir sucré est un véhicule que les enfants apprécient en général.

Comme topiques locaux, les préparations opiacées et calmantes constituent des adjuvants utiles. Des onctions sur les jointures malades avec le mélange suivant :

Huile de camomille, 60 grammes.

Chloroforme } 4 à 15 grammes.

Laudanum }

M. S. A.

l'enveloppement d'ouate et de taffetas gommé atténuent souvent les douleurs articulaires. Enfin, quand la fièvre est tombée, et si l'état des viscères ne s'y oppose pas, on aura recours avec avantage aux douches sulfureuses et aux bains de vapeur.

L'auteur aborde ensuite la thérapeutique des complications viscérales. C'est surtout à la *pleurésie* rhumatismale que doivent s'appliquer les préceptes de Louis, à savoir, que la pleurésie doit être surveillée plus que traitée. Il faut être sobre de vésicatoires, de purgatifs, de diurétiques.

La pleurésie des rhumatisants est, en général, de courte durée, l'épanchement en reste peu abondant et séreux, aussi la thoracentèse n'est-elle, à peu près, jamais indiquée.

Il n'en est pas de même des manifestations cardiaques quand, au cours d'un rhumatisme, l'endocarde et le péricarde, ensemble ou isolément, viennent à être touchés, la conduite du médecin se règle sur la quantité des lésions.

S'agit-il d'un désordre léger, se traduisant par un souffle systolique, doux et peu prononcé, de légers frottements, etc. ? les révulsifs sont seuls indiqués : un large vésicatoire couvrant toute la région précordiale, est l'agent de révulsion qui convient le mieux dans ce cas. Mais si le mal prend des allures plus vives, si la douleur précordiale augmente, si les battements du cœur deviennent tumultueux et si l'enfant est anxieux et anhélant, c'est une application de ventouses scarifiées qu'il faut faire. On en fera poser deux ou trois à la région précordiale, en même temps que des ventouses sèches couvriront le reste du thorax en avant et en arrière, dans le

but de combattre ou de prévenir la congestion pulmonaire imminente.

En même temps, pour aider le cœur dans sa lutte entre les obstacles qui l'entourent, on prescrit de la digitale, qui joint à ses propriétés cardiovasculaires une action antipyrétique incontestable 1, 2, 3 milligrammes de digitaline d'Homolle et Quévenne ; 10, 15, 20 gouttes et davantage, de teinture de digitale, suivant l'âge et la force du petit malade ; si l'anxiété est extrême et l'éréthisme nerveux marqué, on peut y ajouter 1 à 2 grammes de bromure de potassium. Ce dernier médicament agissant à longue échéance, implique un emploi longtemps continué. Pas n'est besoin de dire qu'il en est autrement pour la digitale, dont on prévient les effets accumulatifs en prescrivant rapidement des doses décroissantes.

Si l'épanchement est abondant, il peut être utile de favoriser sa résorption, par l'emploi des diurétiques et des purgatifs légers.

Le lait, le diurétique par excellence, auquel on peut ajouter un peu d'oxymel scillitique, que les enfants prennent sans répugnance, l'eau d'Hunyadi-Janos, la limonade magnésienne, l'huile de ricin battue avec un jaune d'œuf et sucrée ou dissimulée entre deux jus d'orange, constituent un arsenal assez varié pour satisfaire les besoins et les goûts du petit malade.

Enfin, quand le calme renaît, quand l'épanchement diminue ou disparaît, il faut songer à relever les forces du jeune rhumatisant par une alimentation tonique et réparatrice. L'arsenic, mieux que les préparations martiales, remplira ce but ; mais la forme sous laquelle on l'administre n'est pas indifférente. L'arséniate de soude doit être employé de préférence ; il ne donne pas, comme l'acide arsénieux et l'arséniate de potasse, des crampes d'estomac toujours pénibles. Il faut donc rejeter de la thérapeutique qui nous occupe les granules de Dioscoride et la liqueur de Fowler. On emploiera soit la liqueur de Scarron, soit la solution suivante dont chaque cuillerée à café contient exactement un milligramme d'arséniate de soude, ce qui simplifie beaucoup l'administration :

Eau distillée, 200 grammes.

Arséniate de soude, 0,05 centigrammes.

Les doses peuvent être hardiment poussées jusqu'à 3 ou 6 milligrammes par jour ; mais on se gardera de prescrire cette dose d'emblée.

Lorsque les accidents, loin de tendre à la résolution, vont s'aggravant, quand l'épanchement augmente et que la péricardite passe à l'état chronique, quand l'intensité de la dyspnée et la sévérité des autres symptômes généraux font craindre une terminaison funeste ou une syncope, une nouvelle indication impérieuse et immédiate se présente : la ponction du péricarde.

La paracentèse du péricarde n'est pas, il s'en faut, une opération courante. Depuis 1798, date à laquelle Desault pratiqua la première ponction péricardique, jusqu'en 1877, cette opération n'a été pratiquée que 47 fois. L'indication, sans nul doute, a dû s'en présenter plus souvent; mais soit qu'elle effraye les chirurgiens, soit que les accidents se succèdent trop rapidement pour laisser le temps d'agir, toujours est-il qu'elle n'est pas entrée dans les mœurs médicales.

Grâce aux progrès de la méthode aspiratrice, le manuel opératoire s'est beaucoup simplifié et les risques en sont très atténués, aussi devra-t-on y avoir recours sans hésitation chaque fois que l'indication en sera nettement établie. Il faut se rappeler cependant que la temporisation est légitime dans la péricardite aiguë. On sait, en effet, avec quelle rapidité surprenante se résorbent certains épanchements. Mais si l'on doit se préoccuper jusqu'à un certain point de la durée de l'épanchement, la nature du liquide épanché reste indifférente. Que la péricardite, soit séreuse, purulente ou hémorrhagique, du moment que l'indication paraît formelle, il faut ponctionner. Tel n'est pas l'avis de Roger qui déclare que l'hémo-péricarde ne doit jamais être ponctionné, sans compter les difficultés du diagnostic de la péricardite hémorrhagique, il ne faut pas oublier que sur neuf cas traités par la paracentèse, il y eut, résultat encourageant, cinq guérisons.

Pour pratiquer la ponction on se sert de l'aspirateur de Potain ou de Dieulafoy. La pointe de l'instrument est portée dans le quatrième ou préférablement le cinquième espace intercostal, à 2 centimètres au moins en dehors du sternum pour éviter la blessure de l'artère mammaire interne, sur un point préalablement déterminé et marqué.—Le malade est légèrement relevé au moyen d'oreillers. « L'opérateur pénètre dans le péricarde par un coup droit et porté directement d'avant en arrière pour éviter de glisser sur le péricarde épaissi et de faire une ponction sèche.

Enfin, il faut avoir soin de pousser le trocart avec une très

grande lenteur ; grâce à cette précaution, si l'extrémité de l'instrument rencontrait le cœur, le chirurgien en serait aussitôt averti par des battements communiqués à l'instrument ; il le retirerait aussitôt et une piqûre superficielle du cœur produite dans ces conditions, n'offrirait aucun danger.

A mesure que le péricarde se vide, le cœur se rapproche du trocart, pour éviter ce contact, il suffit, comme le conseille Dieulafoy, de faire basculer légèrement l'instrument, de manière à le placer dans une position à peu près parallèle au ventricule. Quand le péricarde est entièrement vide on retire l'aiguille et on se comporte comme après la thoracentèse.

Deux accidents possibles et même observés quelquefois, sont la piqûre du cœur, insignifiante quand elle est superficielle, et la pénétration dans le cul-de-sac pleural costo-péricardique. Celle-ci, peu importante quand liquide est séreux, devient grave, on le conçoit aisément, si l'épanchement est purulent.

En terminant, l'auteur passe en revue rapidement les indications thérapeutiques des maladies chroniques du cœur chez les enfants. Elles sont les mêmes que chez les adultes et consistent surtout en précautions hygiéniques.

F. LEPRÉVOST.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

Séance du 6 décembre 1884.

Présidence de M. LEGUEST.

Mme Laval de Serrières vient de léguer à l'Académie, en mémoire de M. Jobert de Lamballe, une somme de 30,000 fr., qui sera placée en rentes sur l'Etat. Les arrérages de cette somme devront être, chaque année, attribués à l'élève en médecine jugé le plus méritant par l'Académie. M. Béclard, secrétaire perpétuel, a fait remarquer l'intelligente libéralité de ce legs, qui laisse à la Compagnie la plus grande latitude, tout en déterminant avec précision l'objet de la donation. En même temps, la famille de M. Jobert de Lamballe fait présent à l'Académie d'un portrait de Jobert peint au pastel par Giraud, l'un des maîtres du genre.

Une candidature est annoncée pour le concours d'hydrologie qui porte le nom de M. Vulfran Gerdy. C'est une rareté que nous sommes heureux de signaler. Le concours s'adresse-t-il à

un public médical trop restreint? Les vocations font-elles défaut? L'appât est-il trop modeste? Le programme est-il trop vaste? Nous ne saurions le dire. Nous souhaitons seulement que les études visées par cette fondation trouvent des adeptes plus nombreux et plus convaincus.

Le concours Saint-Paul, relatif à la découverte d'un remède certain contre la diphthérie, continue à mettre en campagne les médecins d'Outre-Rhin. Songez donc qu'il s'agit d'empocher 25,000 francs. Cette semaine, 23 lettres nouvelles sont parvenues au secrétariat : toutes annoncent triomphalement la découverte du remède en question ; les uns daignent l'indiquer (celle, par exemple, qui compte 18 années de succès absolu par l'emploi du chlorure de calcium avec l'eau distillée) ; les autres croient plus sage d'en faire mystère et de jeter un simple invitation à l'Académie.

M. Verneuil répond à **M. Léon Colin** :

M. L. Colin a dit que la fréquence du diabète consécutif à l'impaludisme lui semblait douteuse ; douteuse également la dépendance du diabète et de l'impaludisme ; douteuse enfin la liaison entre certains accès de fièvre et d'autres survenus quinze ou vingt ans plus tard.

Premier point : **M. Colin** allègue que les chirurgiens de l'armée, qui ont l'occasion de voir beaucoup de cas d'impaludisme et de mettre à la réforme beaucoup d'hommes atteints de cachexie palustre, n'ont jamais réformé personne pour cause de diabète. Réponse de **M. Verneuil** : Nos chirurgiens ont-ils examiné les urines des impaludés ? Tant que cet examen n'aura pas été fait, l'objection restera sans valeur.

Deuxième point : — L'intervalle considérable écoulé entre les accès de fièvre intermittentes à un intervalle de dix ans, est aux yeux de **M. L. Colin**, un témoignage de guérison. Opinion erronée. **M. Verneuil** estime, au contraire, que l'impaludisme est une affection très indestructible, ou peu s'en faut, susceptible de se réveiller d'un très long sommeil, sous diverses influences excitatrices, parmi lesquels le traumatisme tient le premier rang. **M. Verneuil** a les mains pleines de faits concluants à cet égard : une femme opérée d'une tumeur au sein, un jeune homme atteint de fracture simple du péroné, éprouvent les retours de fièvres intermittentes depuis longtemps disparues. Mais voici des intervalles nettement déterminés : un ancien officier d'Afrique subit une ablation partielle de la langue et, trois jours après, surviennent de vives douleurs, des

névralgies, une hémorrhagie, tous indices du retour d'un état fébrile disparu depuis 15 ans; même espace entre les accès chez un maçon blessé à la paume de la main. M. Jacquemet de Montpellier, le signale chez une religieuse opérée de la cataracte, et qui avait contracté l'intoxication palustre, seize ans auparavant dans la Camargue. Une thèse en préparation, dont M. Verneuil a pris connaissance, enregistre des accès de fièvre intermittente revenus, sous l'influence du traumatisme, après 10, 12, 16, 20 ans d'immunité apparente. M. Ch. Leroux rapporte qu'un enfant ayant contracté l'intoxication palustre à deux ans et devenu un homme a vu la fièvre intermittente reparaitre à l'âge de 40 ans, à la suite d'une déchirure de phymosis.

M. Verneuil va au-devant de l'objection suivante : Vos blessés et vos opérés ont éprouvé des accès de fièvre sans lien avec l'intoxication primitive; c'est un phénomène banal et bien connu que l'apparition de frissons après un traumatisme accidentel ou spontané; l'introduction du cathéter dans l'urèthre produit ce phénomène. — Soit, répond M. Verneuil. L'argument aurait du poids si les antécédents des sujets ne comportaient pas l'intoxication palustre, qui constitue en faveur de ma thèse une présomption. L'analogie confirme ma doctrine : ne voit-on pas les manifestations syphilitiques, disparues, se réveiller soudain après 15, 20 et même 30 ans.

M. Bardel écrit pour attester que la suite de ses recherches l'ont confirmé dans l'opinion que l'impaludisme engendre la glycosurie, rarement dans la forme aiguë de l'intoxication, souvent dans la forme chronique, que les quantités de sucre dans l'urine augmentent à mesure que les progrès de l'impaludisme développent l'hypertrophie de la rate et du cœur; que la diathèse impaludico-diabétique coïncide avec l'apparition de sphacèles et de plaques noires à la surface du corps, indices d'une misère physiologique profonde, attribuée jusqu'ici à tort, au régime alimentaire de certaines populations de la Sologne et du Berri.

M. Le Roy de Méricourt confesse son étonnement d'avoir appris que l'impaludisme engendre, suivant une loi pathologique, le diabète.

Dans les observations invoquées, il voit bien des phénomènes de glycosurie. Mais il faut distinguer : tout individu qui a du sucre en excès dans ses urines n'est pas diabétique. Il peut le devenir. Où finit la glycosurie, où commence exactement le dia-

bète? La ligne de démarcation est parfois difficile à tracer entre les deux états, dont l'un n'est, au début, qu'un trouble fonctionnel passager, dont l'autre constitue une altération intime des énergies vitales. M. Lecorché s'est appliqué à cette tâche délicate et semble y avoir réussi dans la mesure de ce qui est présentement possible. La glycosurie et le diabète ne sauraient se confondre; M. Bardel a-t-il songé à faire cette distinction? On peut en douter. M. Verneuil parle, de même, de glycosurie comme s'il s'agissait de diabète. Pour que l'état diabétique soit réalisé, il faut que la quantité d'urine émise en 24 heures atteigne 4 ou 5 litres et que la proportion de sucre par 1,000 gr. soit d'au moins 100 grammes.

Est-ce le cas des malades qui figurent dans les observations de M. Verneuil? Non. M. Le Roy de Méricourt y reconnaît des diabétiques en deux circonstances seulement sur six; dans aucune circonstance il ne saisit le lien certain qui relie le diabète à l'impaludisme.

L'attention des médecins de la marine va être attirée de ce côté; il importe désormais, pour vérifier la thèse de M. Verneuil, d'examiner méthodiquement l'urine des impaludés. Il faut le reconnaître, jusqu'ici les renseignements ne paraissent pas favorables à l'étiologie nouvelle proposée; un médecin de marine qui a fait 500 examens d'urine chez des impaludiques n'a pas découvert de diabète; quotidiennement dans la flotte on a affaire à des impaludés que le régime amylacé du bord achèverait d'épuiser s'ils étaient diabétiques. Les ouvrages de climatologie les plus complets et les plus récents ne signalent ni dans l'Inde, ni à Madagascar, ni aux Antilles, le diabète qu'à l'état de rareté nosologique. La statistique de la marine des États-Unis déclare de 0 à 4 diabétiques sur 5 à 600 impaludés. La statistique de l'hôpital de Rochefort donne des chiffres analogues.

Les deux questions suivantes restent donc entières :

M. Le Roy de Méricourt conclut :

1° En quelle proportion se manifeste la glycosurie contemporaine des fièvres intermittentes?

2° En quelle proportion la glycosurie paludique se transforme-t-elle en diabète véritable?

M. Rochard félicite M. Verneuil d'avoir, quoique chirurgien, entrepris de résoudre une question aussi importante de pathologie générale; l'avenir de la science et l'avenir de l'art

sont dans l'association intime des méthodes et des études de la chirurgie et de la médecine.

M. Verneuil est dans le vrai quand il affirme le réveil possible de l'impaludisme après un sommeil prolongé, dont la limite reste à fixer; M. Rochard lui-même a été victime d'un de ces réveils, à 46 ans, des derniers accès.

Il est certain aussi, ajoute M. Rochard, que la glycosurie et l'impaludisme coexistent souvent.

Les renseignements des médecins militaires et des médecins de marine, rapportent beaucoup de cas d'impaludisme et sont muets sur le diabète. Que signifie ce silence? Voilà la question à élucider.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les candidats aux places vacantes de correspondants dans la 4^e division.

Société de chirurgie.

Séance du 7 décembre 1881.

Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

Rapport. — M. Périer, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Verneuil et Perrin, lit un rapport sur un ensemble de 12 observations envoyées par M. Guerlin (de Boulogne-sur-Mer) parmi lesquelles se trouvent 4 observations d'ostéo-périostite, 2 d'amputations de l'avant-bras et du bras, et une de myxœdème. Le rapporteur conclut en proposant de mettre M. Guerlin sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Rapport. — M. Le Dentu présente un rapport sur un travail du Dr Viens relatif à 2 cas de fracture de l'humérus par des balles de revolver qui ont guéri presque sans accident. L'auteur du travail estime que ces sortes de fractures sont relativement bénignes, ce que M. Le Dentu attribue à ce que les projectiles sortant d'un revolver sont animés d'une force peu considérable. Ce genre de traumatisme par arme à feu n'a pas été étudié spécialement dans les traités.

M. Nicaise connaît des cas dans lesquels des traumatismes des os par les projectiles de guerre ont guéri rapidement; il a vu entre autres une fracture de l'humérus à sa partie moyenne par une balle de chassepot guérie avec réunion des plaies par 1^{re} intention.

M. Després rappelle que le sujet n'est pas neuf et qu'il l'a

déjà porté devant la Société en 1872. Il est aussi persuadé que les balles de revolver ont une action spéciale moindre que celle des balles de gros calibre.— A l'hôpital Cochin, il a vu une fracture de la 2^e phalange de l'indicateur de la main gauche, percée de part en part, guérir en 5 jours avec un pansement par occlusion de Chassaignac.

Encore à l'hôpital Cochin, la maîtresse d'un sergent de ville qui avait reçu de celui-ci une balle de revolver de 8 millimètres sur la clavicule, malgré le séjour de la balle dans la fracture, fut guérie en 15 jours.

A la Charité, un jeune homme qui s'était logé une balle de 7 millimètres probablement entre l'estomac et le colon guérit seul en 14 jours.

Un quatrième blessé, portant sous la peau du thorax une balle de 7 millimètres qui avait traversé la plèvre et le poulmon puis encore la plèvre, put faire un assez long voyage en province au bout de 3 jours.

Les balles de petit calibre tirées de près sont loin d'avoir la gravité des projectiles plus volumineux, et on ne saurait trop répéter que dans ces cas un chirurgien prudent doit attendre et s'abstenir de toute intervention. M. Desprès n'a, en effet, vu d'accidents sérieux survenus qu'une fois, dans un cas de ce genre, chez un jeune homme qui avait eu le maxillaire inférieur brisé par une balle avec séjour dans la plaie de ce corps étranger.

M. Th. Auger a vu la même immunité pour des balles de chassepot. Il est fortement d'avis qu'on ne doit pas toucher à un projectile d'arme à feu, quel que soit son calibre, à moins d'indications spéciales. Il insiste sur ce point qu'il faut, dès le début, immobiliser l'os fracturé et l'articulation située au-dessus. Si le corps étranger détermine des accidents, il sera toujours temps d'aller à sa recherche. En suivant cette ligne de conduite, il a toujours eu d'excellents résultats; il n'en est plus de même dans les cas où on intervient.

M. Verneuil a insisté sur les mêmes points chaque fois qu'il a traité ce sujet depuis dix ans. Quand on ne peut immobiliser, que le projectile est logé sur le trou, par exemple, on doit se borner à obturer la plaie avec du collodion et de la baudruche.

Il a vu, en 1870, un phlegmon survenir à la suite de la recherche d'un projectile qui avait déterminé une paralysie immédiate.

Actuellement, il a dans son service un malade qui s'est tiré

une balle de revolver dans l'oreille; il en est résulté une fracture du rocher et une paralysie faciale. On n'y a pas touché, et le malade va bien. Le Dr Picqué a, d'ailleurs, publié un mémoire sur ce sujet.

M. Terrier appuie l'opinion de M. Th. Auger; en 1870, il s'est toujours abstenu d'intervenir et s'en est bien trouvé, alors que les chirurgiens militaires observaient des phlegmons à la suite d'intervention.

Dans les plaies des membres avec fracture, l'immobilisation n'est pas nouvelle, les Allemands la connaissaient pendant la guerre et on voyait souvent arriver, aux ambulances françaises, des blessés immobilisés depuis le pied jusqu'au thorax. La recherche du projectile serait d'ailleurs d'autant plus à proscrire qu'il serait plus petit et plus difficile à trouver.

M. Després croit que les petits projectiles sont beaucoup plus innocents que les gros, et il insiste sur ce qu'on ne doit jamais rechercher une balle de revolver n'importe où.

Quant aux appareils plâtrés pour l'immobilisation, il les a vus déterminer de la gangrène une fois sur trois et les malades auraient mieux guéri sans eux; on sait cependant que M. Després est un grand partisan de l'immobilisation.

M. Chauvel croit qu'il est difficile de poser immédiatement la question de la non-intervention dans toutes les fractures dues à des projectiles de guerre tirés à toute distance. Quand ces projectiles sont tirés de près, ils déterminent des délabrements qui nécessitent parfois l'amputation.

M. Le Dentu. — Je n'ai pas eu l'intention de soulever toute cette discussion dans mon rapport. Le Dr Viens n'a communiqué que deux cas de fractures avec issue des projectiles, et je propose son inscription à la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Adopté.

M. Nicaise présente une observation du Dr *Almagran* sur l'extirpation d'un kyste synovial tendineux suivie de guérison sans complication.

Les faits de ce genre ne sont pas rares avec les pansements antiseptiques; ils ne doivent cependant pas faire oublier le traitement par l'écrasement ou les ponctions sous-cutanées.

M. Zincarolli lit un mémoire très intéressant sur la litholapaxie.

Il a eu l'occasion de pratiquer cette opération 81 fois à l'hôpital d'Alexandrie.

La principale cause de la grande fréquence des calculs vésicaux chez les fellahs d'Egypte serait due, d'après l'auteur, à l'existence dans le sang des malades du *dystome hématode* dont on retrouve les œufs dans les concrétions. Des dystomes des deux sexes existeraient en grande abondance dans le sang des veines, porte, mésentériques, hémorrhoidales et rénales, leurs œufs se rencontreraient dans l'urine et les matières fécales.

M. Zincarolli montre des dessins et des préparations microscopiques à l'appui de son dire.

Ses opérations de litholapaxie ont duré de 8 minutes à 2 heures et demi; elles n'ont été suivies, comme complication, qu'une fois d'orchite et une fois d'un arrêt du calcul dans l'urètre. L'auteur a été frappé de l'extrême simplicité des suites prochaines de l'opération; tandis que dans la lithotritie par le procédé ancien il a observé sur 13 cas une mort et 8 ou 9 complications et que sur 104 cas de taille il y a eu 9 morts. Il préfère de beaucoup la litholapaxie chaque fois que la vessie est en bon état et il réserve la taille pour les cas où elle est enflammée et irritable.

Après avoir lu le résumé de ses nombreuses observations M. Zincarolli montre aux membres de la Société toute une caisse de calculs qu'il a extraits et dont quelques-uns sont forts volumineux. Son mémoire est renvoyé aux archives et on lui vote des félicitations.

M. Le Dentu présente un liquide qu'il a extrait par ponction de la vaginale d'un malade et sur lequel il se propose de revenir à la prochaine séance. Au premier abord on pourrait croire ce liquide purulent; il n'en est rien et au microscope on ne le trouve composé que de graisse.

C'est le second exemple d'épanchement chyleux de ce genre qu'il rencontre. Les observations analogues répandues dans les recueils semblent assez rares.

La séance est levée à 5 h. 20.

F.-A. HUE.

VARIÉTÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION VII. — MALADIES DES ENFANTS.

Président : Dr West; *Vice-présidents* : Dr Gee et Timothy Holmes, esq.; *Secrétaires* : Dr Donkin, R.-W. Parker.

Nous serons bref dans notre analyse des travaux de la septième section. D'abord, l'espace nous manque, la distribution ordinaire du journal ne nous permettant pas de le transformer en un recueil des actes du congrès, et puis nous ne voyons rien de bien original dans ces actes, quant à la pathologie de l'enfance.

Les communications françaises sont rares, mais elles sont vivement attaquées, et comme dans toutes les sections, d'ailleurs, surtout attaquées par des Français. C'est ce qui nous frappe le plus dans la discussion de MM. Parrot, Bouchut et Jules Guérin, sur les rapports du rachitisme et de la syphilis.

M. Magitot étudie l'érosion dentaire, considérée comme signe rétrospectif de l'éclampsie infantile. Enfin, M. Ollier expose ses idées sur les résections articulaires chez les enfants, envisagées au point de vue de la croissance ultérieure et de l'utilité des membres réséqués. Deux considérations principales doivent guider le chirurgien : le rôle de la partie à réséquer dans le travail d'accroissement de l'os, et l'importance des mouvements de l'articulation à sauver. L'extrémité osseuse est-elle riche en points de développement (épaule-poignet), on ne doit la supprimer que si l'existence du malade dépend de l'opération.

L'abstention est également indiquée autant que possible dans les articulations où, comme au genou par exemple, on ne craint pas l'ankylose.

Un mot maintenant sur les communications des praticiens étrangers. Disons-le immédiatement, nous sommes choqués du silence gardé par ces savants sur les travaux publiés en notre pays. C'est ainsi, qu'étudiant les rapports de la chorée et des rhumatismes, MM. W. Byers, Octavius Sturges, Mackenzie, Barlow, Worner, Steffen et beaucoup d'autres encore, ne prononcent même pas le nom de Sée. Une mention spéciale pour la communication de M. Steffen. Elle est intitulée : Relations de la chorée avec le rhumatisme ; aussi l'auteur n'y parle-t-il

que des lésions et des bruits de l'endocardite en général. Mais si le professeur de Stettin se tient soigneusement à côté de la question, nous pouvons du moins affirmer que ce n'est pas pour exposer des idées nouvelles. Ouvrez donc le plus petit de nos manuels français de pathologie, monsieur le savant allemand, vous y retrouverez toutes vos découvertes !

Naturellement, la diphthérie, sous ses formes diverses, dans ses manifestations multiples, est également étudiée par les savants de la septième section. Quelques idées neuves sont émises, mais combien de communications ne contiennent rien, absolument rien, qui ne soit en France depuis longtemps classique. Se peut-il que l'on ignore à ce point, en Allemagne, en Amérique et même en Angleterre, les travaux de nos savants sur les paralysies et l'albuminurie d'origine diphthérique, sur la nature et le mode de propagation des fausses membranes ! N'a-t-on jamais lu enfin, à l'étranger, les cliniques de Trousseau sur la trachéotomie ?

M. Wm. Macewen fait une communication sur le traitement chirurgical du croup et de la diphthérie au moyen de l'introduction de tubes dans la trachée, par la bouche. Sa méthode repose sur... un cas heureux ! Il est évident que les statistiques les plus brillantes des trachéotomistes ne tiennent pas devant celle de M. Macewen.

M. Jacobi dit que la diphthérie, quelquefois communiquée par des animaux, atteint de préférence les personnes antérieurement frappées. Enfin, M. Abercombie, qui cite, d'ailleurs, les travaux de M. Déjérine, fait une communication sinon nouvelle du moins bien clinique, sur les paralysies diphthériques.

M. Howard Marsck expose que la scarlatine chirurgicale, signalée pour la première fois, en 1864, par sir James Paget, est bien réellement de la scarlatine, et que de toutes les fièvres éruptives celle-ci semble s'attaquer aux opérés avec une prédilection toute particulière.

La *rôtheln*, ou rougeole des Allemands, est officiellement proclamée maladie distincte par MM. Chealde, Squire, Kusowitz, Smith et Shattleworth.

Enfin, deux questions d'orthopédie sont étudiées à fond, on peut le dire, par les savants de la septième section.

1° Le *genu valgum*, soigneusement analysé dans ses causes, est, après longue discussion, reconnu surtout justiciable des appareils prothétiques, principalement dans le jeune âge.

2° Les indications et les contre-indications du corset de

Sayre sont pesées et jugées avec le plus grand soin. Cet appareil, on le sait, consiste en bandes plâtrées directement appliquées sur le corps du malade, préalablement suspendu par une sorte de minerve. Il peut rendre de réels services dans un grand nombre d'affections rachidiennes.

Les lecteurs trouveront dans un travail de M. Sayre lui-même tous les détails qui les intéresseraient à ce point de vue.

SECTION VIII. — MALADIES MENTALES.

Président : D^r Lochkart Robertson. — Vice-présidents : D^r Crichton, Browne, D^r Maudsley. — Secrétaires : D^r Gasquet, D^r Savage.

Les communications présentées devant la huitième section sont relativement peu nombreuses; mais la plupart offrent un réel intérêt, signalons particulièrement:

1^o Une étude de Foville sur la *Mégéomanie*, qu'il faut savoir distinguer de la paralysie générale dans laquelle le délire est diffus, incohérent, mobile, absurde, tandis qu'ici nous le trouvons partiel, systématisé, persistant. La mégéomanie, dit l'auteur, est une lypémanie; les hallucinations et les idées de persécution constituent, comme d'habitude, le fond de la maladie mentale; mais il s'y ajoute, par une évolution progressive de l'affection, des idées de grandeur systématisées, principalement caractérisées par une modification imaginaire de la personnalité, par la croyance à une naissance mystérieuse, illustre, le plus souvent royale, et par la revendication persistante de dignités et de richesses dont les malades prétendent être injustement dépouillés.

Presque toujours chronique et incurable, la mégéomanie se termine ordinairement par la démence.

2^o Un tableau très remarquable des principales variétés de déformations crâniennes chez les idiots et des rapports de ces variétés avec les aptitudes intellectuelles — par le D^r Shattlesworth.

3^o Une bonne analyse des altérations histologiques des cerveaux de microcéphales par M. Fletcher Beach. M. B.

4^o Enfin la communication du D^r Edouard Fournié sur la physiologie pathologique des hallucinations.

Des travaux plus circonscrits par la nature même des sujets qu'ils embrassent, mais néanmoins fort remarquables sont également soumis à l'appréciation des membres de la huitième section.

Citons parmi ceux-ci : une étude du professeur Ball sur les *troubles psychiques dans la paralysie agitante*. Ces troubles constituent un des symptômes de l'affection et prouvent qu'elle doit être séparée des maladies cérébrales proprement dites et rangée dans la classe des névroses.

Une communication du docteur Rayner sur les *rapports de la goutte avec la folie*. La goutte larvée se manifeste quelquefois par une attaque d'aliénation mentale, dit l'auteur, et, dans ce cas, la folie goutteuse ressemble beaucoup à celles que produisent les autres poisons, tels que le plomb et l'alcool.

Un travail enfin du Dr G. Savage M. D. qui prouve, d'une part, que *l'aliénation mentale* peut être la conséquence du *goître exophtalmique*; d'autre part que la maladie de Graves apparaît parfois consécutivement à la paralysie générale. Dans un cas, dit l'auteur, les symptômes exophtalmiques ont disparu avec l'attaque d'aliénation pour revenir avec de nouvelles attaques. Dans ce cas, l'hyoscyamine a eu un effet notable.

Avons-nous besoin d'ajouter que toutes les grandes questions d'étude des maladies mentales, d'organisation d'asiles, de responsabilité civile, etc., etc., si justement chères aux aliénistes sont agitées devant la huitième section!

M. Clouston expose longuement ses idées sur l'enseignement de la pathologie nerveuse.

Le Dr Peeters le médecin de l'antique colonie belge de Ghent, bien connue en France depuis les travaux d'un maître, M. Moreau (de Tours), plaide avec éloquence pour le système en vigueur dans son pays et préconise, comme supérieur à tous les autres, le traitement des aliénés en liberté.

Enfin M. Buckuill trouve que les magistrats ne tiennent pas assez compte des conclusions des médecins spécialistes dans les affaires testamentaires, ce qui est très regrettable dans tous les pays, mais particulièrement malheureux en Angleterre où la faculté de tester est absolument illimitée.

M. Buckuill a raison, mais il faut bien le reconnaître, c'est un peu la faute des aliénistes si les magistrats se montrent réfractaires aux notions de la science.

Qu'entendons-nous, par exemple, après la revendication si juste du médecin légiste anglais? Une communication laconique, trop laconique, du professeur Benedikt, de Vienne, sur les cerveaux des criminels.

Sans doute, monsieur le professeur, la plupart de ces cerveaux diffèrent grandement du type normal, sans doute les cir-

convolutions des assassins sont moins séparées et présentent des sillons nouveaux analogues à ceux des carnassiers.

Mais pourquoi n'ajoutez-vous pas que beaucoup d'autres hommes, qui n'ont jamais assassiné, offrent la même disposition cérébrale ? Pourquoi n'exposez-vous point que cette organisation, tout en créant une prédisposition indiscutable au crime ne saurait rendre l'être qui la présente fatalement criminel. — Qu'elle respecte, du moins dans la plupart des cas, sa liberté et que tout en augmentant la valeur des circonstances atténuantes — elle laisse à la justice humaine le champ absolument libre ! De ce qu'un homme, en effet, était prédisposé, simplement *prédisposé* au crime s'ensuit-il qu'il faille nécessairement l'absoudre ? Et ne peut-on soutenir que la société a le droit, le devoir même de châtier si le châtiment arrête la main des autres prédisposés et préserve ainsi un nombre de victimes beaucoup plus considérable que celui des condamnés ? — Question bien importante et que nous aurions voulu entendre discuter, statistiques en main, à la section d'aliénation mentale.

Mais nous voilà loin de notre compte rendu.

M. Lassègue expose sur l'épilepsie les idées particulières que nous lui connaissons en France et s'efforce de démontrer que cette affection est toujours le fait d'une malformation crânienne.

M. Robertson avance que les hallucinations unilatérales sont en rapport avec des lésions des centres sensoriels corticaux, idée certainement originale mais qui a le grand tort de ne reposer sur aucun fait.

Enfin M. Tamburini (un nom prédestiné) proclame en quatre points la communication suivante :

Premier roulement. — C'est Pannizi qui a trouvé en 1836 l'idée des centres corticaux, si bien développée depuis par Ferrier.

Second roulement. — Il a fait lui, Tamburini, à Reggio, sur l'hypnotisme des tracés graphiques qui intéressent la médecine légale.

Troisième roulement. — Le Parlement italien a été saisi d'un projet de loi sur les aliénés. Mais le Parlement veut qu'on le modifie.

Quatrième roulement. — Les députés sont également saisis d'un projet pour les aliénés criminels. — Tout cela est sonore, retentissant comme une générale.

Définitivement il y a encore, en Italie du moins, de beaux jours pour les tambours-majors !

Une excursion à Broadmeor et une fête champêtre chez le Dr Wood tiennent lieu de séance à la huitième section, le dernier jour du Congrès.

Les voisins ont été un peu plus laborieux, messieurs les aliénistes !

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

A. BERTHERAND. — **De l'acclimatement en Algérie.** In-8° de pages. Paris, 1881. Chez J.-B. Baillière. — Communication faite au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, en 1881, à Alger. — L'auteur de ce travail était certes au premier rang, parmi ceux dont la voix autorisée devait se faire entendre sur une question de haute importance algérienne et française à la fois. Seize années de séjour en Algérie, les positions élevées qu'il y a occupées dans les hôpitaux, l'enseignement et la presse médicale le désignent d'avance à l'attente de ses confrères pour aborder un sujet dont on savait qu'il possédait tous les éléments. Les considérations qu'il a été ainsi amené à communiquer au Congrès et qu'il regrette, vu le peu de temps accordé pour les exposer, de n'avoir pu développer comme il l'eût désiré, — la section de médecine l'a regretté autant que lui — reparaissent sous nos yeux, imprimées, cette fois, complètes et pourtant condensées, dans le style habituel à l'écrivain, d'une rare et séduisante facilité, bien fait pour intéresser et convaincre.

L'acclimatation, dit le Dr A. Bertherand, est possible pour les populations provenant d'un climat qui a son similaire plus ou moins proche en Algérie. Ainsi, le Tell, pour les émigrants nés ou ayant vécu jusqu'au 46° de latitude, maximum : les hauts plateaux semblent devoir convenir aux habitants des contrées plus septentrionales. Contre une opinion trop longtemps accréditée, les colonies alsaciennes de 1871, prospèrent sur les premiers contreforts de l'Atlas (Vesoul-Bénian) et aux pieds du Djurjura (Haussouwiller).

S'appuyant de l'autorité que le témoignage d'un savant géologue (M. Pomel) confère à une opinion que nous lui avons souvent entendu exprimer, l'auteur rappelle que le massif du Sahel jusqu'aux points culminants des Hauts-Plateaux (Tell), tient d'ailleurs beaucoup plus à l'Europe qu'au reste de l'Afrique par sa constitution géologique, sa flore et sa

faune. Il ne se serait détaché du continent européen qu'à une époque récente, de telle sorte que la limite méridionale de l'Europe est bien plutôt au Sahara qu'à la Méditerranée.

Nous ne pouvons, faute d'espace, suivre la belle étude de *l'Acclimatement en Algérie*, sous tous les aspects envisagés par M. A. Bertherand. Après la part de l'hygiène, il nous montre les effets de l'*assuétude* qui ne saurait, en tous cas, être acquise à courte échéance, et les heureux résultats, pour l'avenir des croisements hispano-français et français italiens. La mortalité, parmi les colons, comme dans l'armée, n'a cessé depuis 1830, de suivre une marche décroissante, parallèlement avec les progrès de la natalité et de la vitalité. La longévité, qu'on rencontre fréquemment dans la colonie, apporte son contingent de preuves en faveur de l'acclimatement.

M. A. Bertherand a beaucoup demandé à la statistique, pour étayer ses aperçus, et il a su avec bonheur interpréter les chiffres dans leur juste et démonstrative acception. Bref, il a fait, il est permis de le dire sans exagération, au Congrès de 1881, acte d'à-propos, de science et de patriotisme.

E. F.

NOUVELLES

On sait que l'arrivée de M. P. Bert au ministère avait provoqué la démission de M. Vulpian comme doyen de la Faculté et comme membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Cette démission dont on devine aisément les motifs a été généralement regrettée. Le passage de M. Vulpian au décanat n'a pas été une sinécure et tout le monde se plaît à reconnaître, qu'il a été signalé, par d'utiles réformes et de sages innovations.

M. le Professeur Béclard, le nouveau doyen, est une nature droite, sympathique qui, avec une surface scientifique suffisante, possède les qualités de caractère nécessaires pour vouloir le bien et le faire accepter de tous. Nous apprenons que la Faculté, réunie mardi dernier, a décidé de le porter comme candidat à la place vacante de membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique. Le vote aura lieu dimanche prochain.

Le Conseil général de la Seine vient d'émettre les vœux suivants : 1^{er} création à la Morgue, à partir du 1^{er} juillet 1882, de deux emplois de médecins inspecteurs-adjoints ; 2^o établissement d'un service médical dans les écoles et salles d'asile.

Il a émis aussi, le vœu qu'une inspection spéciale de la dentition soit faite dans les écoles.

Enfin deux sommes ont été également votées, l'une de 6,700 francs pour

l'entretien d'élèves sages-femmes à l'École d'accouchements; l'autre, de 1,500 francs, pour prix à leur décerner en 1882.

— M. le docteur Cheron a repris ses leçons cliniques, sur les maladies des femmes à sa clinique, rue de Savoie, n° 9, et les continuera tous les lundis à midi 1/2.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Description d'une nouvelle pile médicale (pile tubulaire portative à courant constant) suivie d'un exposé pratique des notions utiles à connaître pour l'évaluation et le dosage des courants employés, par J. SEURE (de Saint-Germain-en-Laye). — Paris, librairie scientifique et littéraire, Alexandre Coccoz, 41, rue de l'Ancienne-Comédie. In-8° 0 fr. 75, 1881.

Les vacances du médecin au Congrès médical international de Londres, par le Dr EUSTACHE. — Paris, librairie Baillière et fils, 1881.

Notes sur le diagnostic et le traitement des kystes du corps thyroïdée, par le Dr THÉVENOT, 1881.

De la grossesse cervicale, par le Dr MARCHAL, 1881.

Recherches sur la pepsine, par A. PETIT. — Paris, librairie G. Masson, 1881.

Une lacune dans l'enseignement de nos études médicales, par le Dr CAZENAVE DE LA ROCHE, 1881.

1° Études critiques d'étiologie et de pathogénie utérine; 2° Présentation d'un nouvel hystéromètre, par le Dr MENIÈRE. — Paris, librairie Asselin et Cie, 1881.

La desquamation épithéliale de la langue, par le Dr GAUTIER. — Genève, librairie Georg, 1881.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

Dr ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

17 Décembre 1881



APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIQUE MÉDICALE. — L'électricité médicale à l'Exposition du palais de l'Industrie, par M. le Dr Tison (*Suite*). — A l'heure présente, le vrai triomphe de l'électricité réside dans sa transformation en lumière. On a fait, sous ce rapport, des progrès tels que la lumière électrique s'impose. Elle réclame hardiment sa place au soleil et elle l'obtiendra. C'est en 1810 que sir Humphry Davy excita l'admiration des membres de l'Institution royale, en faisant jaillir l'arc voltaïque entre les pointes de deux charbons éteints dans le mercure. Il avait employé, à cet effet, une pile de deux mille éléments, cuivre et zinc, présentant une surface active de plus de 80 mètres carrés. Le principe sur lequel repose la transformation de l'électricité en lumière est le suivant :

Porter et maintenir à une haute température un corps solide, liquide ou gazeux. C'est, en somme, le même principe que celui qui préside à l'éclairage de toutes les lampes employées jusqu'ici. Dans celles-ci, la haute température exigée est obtenue par la combustion d'un corps combustible, cire, huile, gaz, etc.; dans la lumière électrique, la haute température est produite par le courant traversant une résistance et se transformant en chaleur dans un espace restreint. On voit que la transformation de l'électricité en lumière n'est que l'exagération de sa transformation en chaleur, puisque tout corps porté à une température suffisante devient en même temps lumineux. Divers procédés sont aujourd'hui utilisés pour cette transformation. La résistance offerte au courant est-elle gazeuse, l'air atmosphérique, par exemple, on obtient la lumière comme sir Humphry Davy, par un arc lumineux dit *arc voltaïque*. Force-t-on le courant à traverser un corps solide résistant, fil de platine, charbon, etc., on obtient la lumière *par incandescence* qui a fait une si profonde sensation sur tous ceux qui ont visité, le soir, l'Exposition d'électricité. Chacun de ces modes

Décembre, T. II, 1881.

73

d'obtention de la lumière électrique présente des avantages et des inconvénients. Mais comme cette question est d'une actualité imposante, il est bon d'entrer dans quelques détails.

On obtient la lumière par l'*arc voltaïque* en forçant le courant électrique à traverser deux morceaux de charbon séparés par un faible intervalle. C'est cet intervalle qui devient lumineux et étincelant grâce à la transformation de l'électricité en chaleur sous l'influence de la résistance de l'air, grâce aussi à la combustion de quelques parcelles de charbon, qui augmente la température et, par conséquent, l'intensité lumineuse.

Mais, au début, la résistance offerte par l'air froid au passage du courant est tellement considérable que les charbons doivent être amenés au contact. On ne doit les écarter que lorsque l'air est suffisamment échauffé pour être assez bon conducteur. C'est cette difficulté qui oblige à recourir à l'*amorçage*, c'est-à-dire à un mécanisme qui écarte, au moment convenable, les charbons d'abord maintenus au contact. Plusieurs inventeurs ont réussi à rendre cet ouvrage *automatique* ; mais ils sont loin d'être arrivés à la perfection.

Matteucci a reconnu un des premiers, en faisant jaillir l'arc voltaïque entre des substances de nature différente, que sa conductibilité est plus en rapport avec la facilité de fusion et volatilisation qu'avec la nature du métal. C'est que la conductibilité augmente avec la quantité de particules entraînées. Il remarqua aussi l'inégalité parfois considérable de température qui existe entre les deux pôles. Elle tient à ce que le pôle positif, qui est le plus chaud, brûle plus vite que l'autre. Par conséquent, le charbon positif se consume plus vite que le négatif. Donc l'intervalle qui les sépare augmente et il arrive un moment où le courant ne pouvant plus vaincre cette résistance trop considérable, l'arc s'éteint. Voilà ce qui a nécessité l'invention de régulateurs, dont le mécanisme plus ou moins compliqué, a pour but de maintenir les deux charbons à une distance à peu près invariable. Il existe un très grand nombre de régulateurs remplissant plus ou moins bien le but pour lequel ils ont été imaginés. En général, il en faut un par foyer, c'est-à-dire qu'ils sont *monophotes*. Cependant on est parvenu à construire des *régulateurs à division* qui permettent de placer au moins une dizaine de foyers sur le circuit actionné par une seule machine.

Les régulateurs ont l'avantage de fournir des foyers puissants, conservant toujours ou à peu près, la même position

dans l'espace, mais leur construction délicate et coûteuse exagère trop le prix de l'éclairage. C'est pour obvier à cet immense inconvénient, que Jablochkoff a imaginé la bougie qui porte son nom et qui fonctionne sans régulateur. On peut assurer hardiment que son invention a fait entrer la lumière électrique dans une nouvelle phase qui est un véritable progrès.

La bougie Jablochkoff est bien nommée car, au fur et mesure qu'elle éclaire, elle se consume comme une bougie ordinaire en cire ou en acide stéarique. Elle consiste en deux charbons parallèles, séparés par une matière isolante et volatile, appelée *colombin*, dont la composition variera bien des fois. Telles qu'elles sont construites actuellement les bougies Jablochkoff fonctionnent avec les machines à courants alternatifs. Par conséquent, l'usure des deux charbons est égale. On obtient l'amorçage automatique au moyen d'une petite bande de charbon qui réunissant les extrémités des deux crayons, au-dessus du colombin, rougit et se consume. Le système Jablochkoff est le plus employé actuellement, il compte environ 3,500 foyers en activité dans l'univers entier. C'est avec lui qu'on éclaire, à Paris, l'avenue de l'Opéra, l'Hippodrome, etc. Et cependant beaucoup d'imitations ou d'inventions analogues tendent à devenir ses rivales. Nous ne pouvons en parler dans cet article, mais nous ferons seulement remarquer que les bougies électriques ont fait faire un pas immense au problème de la division de la lumière électrique dont elles constituent une solution déjà satisfaisante. Elle donnent, il est vrai, des foyers moins intenses que les régulateurs, mais elles permettent d'en établir un grand nombre sur le même circuit, ce qui a l'avantage de répartir plus uniformément la lumière dans un espace donné.

Dans la *lampe à incandescence*, la lumière est obtenue en portant à une haute température, un corps solide, interposé dans le circuit de manière à présenter une résistance convenable. Le type est l'expérience du fil de platine que l'on fait rougir par le passage du courant. Tel est le principe de la lampe Maxim qui fonctionnait dans les diverses parties de l'Exposition. Edison remplace le platine par un charbon particulier placé dans un ballon de verre où l'on fait ensuite le vide à un millionième d'atmosphère par les procédés imaginés par M. Crookes pour l'étude de la matière radiante. Dans ces conditions, le courant rend lumineuse une substance qui ne se consume que très lentement ou même pas du tout. C'est l'*incandescence pure*, car il existe d'autres lampes à *incandescence*

Décembre, T. II, 1881.

74

avec combustion dans lesquelles la lumière est fournie par un charbon porté au rouge et qui se consume. Telles sont les lampes Reynier, Herdermann, etc.

Sans nous occuper ici du prix de revient qui varie nécessairement suivant les conditions et l'étendue de l'éclairage, indiquons sommairement les avantages de la lumière électrique sur les autres modes employés jusqu'ici et notamment sur le gaz. Cette comparaison nous fournira des conséquences hygiéniques qui trouveront naturellement ici leur place. Le gaz ne nous éclaire qu'à la condition de se combiner avec l'oxygène et de produire de la chaleur, de l'eau et de l'acide carbonique. Ce mode d'éclairage contribue donc directement et indirectement à la viciation de l'air; aussi l'on sait la fatigue, le malaise et la céphalalgie dont on se plaint dans toutes les grandes réunions, concert, théâtre, salons, etc., qu'une cupide et sordide spéculation (1) empêche de ventiler convenablement. Avec la lumière électrique, surtout avec les lampes à incandescence, cette cause de viciation de l'air disparaît et avec elle toutes ses affreuses conséquences. Un autre avantage de la lumière électrique c'est de satisfaire à ce besoin de notre œil qui réclame toujours plus de lumière et qui préfère l'éclairage électrique à tous les autres, ainsi qu'en témoignent les résultats obtenus dans les grands magasins de Paris. Nous savons bien que l'intensité excessive de l'arc voltaïque émet des rayons susceptibles d'altérer les milieux de l'œil, mais il est facile de supprimer cet inconvénient par de l'ouate de verre ou par des globes dépolis qui le font disparaître en diffusant la lumière. N'est-ce pas l'occasion de réclamer ici, au nom de l'hygiène, contre ces lampes électriques dans lesquelles aucune substance n'est interposée entre l'œil et le foyer, comme on le voit actuellement dans les expériences qui ont lieu tous les soirs sur la place du Carrousel. L'administration n'a pas le droit d'augmenter l'intensité lumineuse au détriment des yeux de ses administrés. L'emploi du gaz exige une surveillance très grande de la canalisation, car la moindre ouverture naturelle ou accidentelle, soit dans les tuyaux, soit dans les robinets amène des fuites dont les conséquences sont désastreuses, quand on pénétre avec un corps enflammé dans les endroits où le gaz s'est

(1) Un actionnaire nous a affirmé que si les théâtres sont si mal ventilés, la faute n'en est point à l'architecte, mais à l'administration qui profite de cette circonstance pour louer excessivement cher les buvettes et les cafés où le misérable spectateur est obligé d'aller demander à un prix exorbitant un soulagement à sa souffrance.

ainsi mélangé à l'air. Avec la lumière électrique rien de pareil à redouter. Si le fil conducteur est coupé ou interrompu, la lampe ne fonctionnera pas, mais aucun accident ne sera à déplorer. Si l'on craint les orages et les décharges qu'ils peuvent provoquer entre les différentes pièces des appareils, il sera aussi facile d'y remédier que pour les fils télégraphiques où l'on se met à l'abri de tels accidents en interposant dans le circuit un fil très fin qui, dans ces circonstances, rougit et fond, ce qui produit un contact qui permet au courant d'aller se perdre dans un puits ou une fosse de paratonnerre préparée *ad hoc*.

Peut-être pourrait-on reprocher à la lumière électrique son vacillement perpétuel qui est une cause de fatigue pour les yeux, mais nous croyons que l'on y remédiera facilement au moyen de la multiplicité des foyers qui la diffuseront plus uniformément. Cette diffusion entraînera nécessairement des modifications dans les décors de théâtres où les ombres moins foncées nuiront aux effets de perspective. Mais n'y aura-t-il pas une compensation dans cet autre fait bien important à signaler que la lumière électrique étant moins rouge et surtout moins jaune que celle des lampes à l'huile ou du gaz permet de distinguer plus facilement les couleurs ou leurs nuances. C'est là un avantage sérieux que doivent s'empressez de mettre à profit les médecins qui doivent examiner leurs clients à la lumière artificielle. Ajoutons que tout en permettant de mieux apprécier les tableaux et les peintures, la lumière électrique ne les détériorera pas, comme le fait le gaz, par ses émanations sulfureuses et autres.

Notre sujet nous amène donc naturellement à parler de l'emploi médical de la lumière électrique. Jusqu'à présent on ne s'en est guère servi que pour éclairer les cavités naturelles, bouche, larynx, conduit auditif externe, vagin, etc.

Un des moyens les plus simples est d'amener un fil de platine à l'incandescence au moyen d'une pile à grandes surfaces, mais comme il est plus simple d'avoir à sa disposition une pile secondaire ou un accumulateur, il nous paraît utile de n'exposer avec détail cet emploi médical de l'électricité qu'après avoir parlé de ces deux derniers appareils pour constituer à nos yeux une des plus importantes découvertes de notre époque.

Les piles secondaires et les accumulateurs sont, jusqu'à présent, le meilleur moyen connu pour employer utilement à la production et à la conservation de l'électricité les forces natu-

relles inutilisées, et les instants pendant lesquels les machines travaillent sans produire tout leur effet utile. Quelques expériences, aujourd'hui classiques, nous feront comprendre leur mécanisme.

Quand on fait passer le courant à travers un voltamètre rempli d'eau acidulée, celle-ci est décomposée. L'oxygène s'accumule au pôle positif et l'hydrogène au pôle négatif. Bientôt les deux gaz remplissent les éprouvettes qui surmontent les électrodes de platine. A ce moment supprimons le courant électrique de la pile et mettons les bornes de l'appareil en communication avec un fil conducteur relié à un galvanomètre. Aussitôt nous verrons l'aiguille de cet instrument annoncer par sa déviation, le passage d'un courant allant de l'hydrogène tout à l'heure pôle négatif à l'oxygène tout à l'heure pôle positif. Notre voltamètre fonctionne donc comme une pile dont les pôles seraient renversés. En même temps nous voyons diminuer les gaz qui remplissaient les deux éprouvettes et le courant devient nul quand les gaz ont disparu. Le voltamètre constitue un élément de pile secondaire. En réunissant les uns à la suite des autres un certain nombre de ces voltamètres nous aurons une pile ou batterie secondaire dont le courant sera, pour la même raison, appelé secondaire.

Cet effet est dû à la *polarisation* des électrodes. Dans le voltamètre la polarisation se produit parce que l'oxygène se condense sur l'un des fils de platine et l'hydrogène sur l'autre. Cette condensation amène un état différentiel qui est la source du courant secondaire. Aussi celui-ci cesse-t-il aussitôt la recombinaison des deux gaz. Il est indispensable d'ajouter que le courant secondaire est plus intense que le courant direct, mais il dure moins longtemps.

C'est à M. Gaston Planté que l'on doit la découverte des piles secondaires. Pour leur donner une plus grande puissance, il les construit de la manière suivante. Il emprisonne dans un vase cylindrique en verre, deux lames de plomb de grande surface, enroulées en hélice et séparées par des lanières de caoutchouc. Le vase est ensuite rempli d'eau acidulée avec un dixième d'acide sulfurique puis fermé hermétiquement par un bouchon recouvert d'un mastic particulier. Ce bouchon porte une planchette en bois sur laquelle sont deux bornes métalliques en communication chacune avec l'une des lames de plomb. Ces bornes servent à réunir les uns à la suite des autres plusieurs éléments semblables à celui dont il vient d'être ques-

tion. On forme ainsi une pile secondaire comme on agence une pile ordinaire.

Si alors on réunit la première borne du premier vase et la dernière du dernier aux deux électrodes d'une pile faible et qu'on laisse la communication pendant plusieurs heures, tous les éléments secondaires seront traversés par le courant. Donc l'eau acidulée sera décomposée, l'oxygène oxydera la lame de plomb sur laquelle il se portera et l'hydrogène s'accumulera à la surface de l'autre.

La batterie secondaire est alors chargée. Remplaçons le courant par un fil métallique, celui-ci sera parcouru par un courant très intense mais de faible durée. Mais ce qui rend cette expérience encore plus intéressante c'est que la pile secondaire ne se décharge pas spontanément et qu'elle garde son électricité pendant un temps très long. On peut la transporter dans un autre local, dans un autre pays et n'utiliser sa puissance qu'au moment du besoin. La pile secondaire une fois chargée est un vrai magasin d'électricité où on pourra aller la prendre pour l'expédier là où l'on en aura l'emploi. Bien plus en séparant les différents éléments de la pile, on pourra diviser l'électricité en réserve et pour ainsi dire la distribuer ou la vendre au détail.

M. Gaston Planté ne tarda pas à remarquer qu'après un certain temps d'usage, sa pile secondaire rendait une plus grande quantité d'électricité. Il en a trouvé facilement l'explication en examinant ce qui se passe pendant le chargement et le déchargement. Dans le premier temps l'une des lames de plomb s'oxyde à sa surface pendant que l'autre se couvre d'hydrogène, mais au second temps cet hydrogène décompose l'oxyde de plomb en se combinant avec son oxygène.

Il se forme donc sur la lame primitivement positive une couche de plomb pulvérulent qui facilite singulièrement l'action chimique lors des recharges ultérieures. Car ce travail de formation méthodique, a pour but, dit M. Gaston Planté, « de développer à la surface du plomb, jusqu'à une certaine profondeur dans l'épaisseur des lames, des couches d'oxyde et de métal réduit, dont l'état de division est favorable au développement du courant secondaire. »

Indiquons rapidement quelques-unes des conséquences immédiates de cette intéressante découverte : la division et la distribution faciles de l'électricité; le moyen de faire travailler pendant toute la journée des machines dont l'énergie em-

magasinée dans la pile secondaire sera dépensée avec profit en quelques heures ; possibilité d'employer les forces naturelles à la production de l'électricité, etc., etc.

On peut comparer rigoureusement l'invention de M. Gaston Planté à la cloche à gaz qui se remplit lentement pendant le jour et qui se vide rapidement pendant l'obscurité de la nuit. C'est encore, si l'on veut, la lampe garnie d'huile le matin et ne la consumant que lorsqu'on l'allume le soir.

On comprend qu'une pareille découverte ait stimulé les inventeurs et que plusieurs se soient élancés sur les traces de M. Gaston Planté. L'un d'eux, M. Camille Faure, en apportant à la pile secondaire quelques modifications en apparence insignifiantes, a obtenu, paraît-il, des résultats plus satisfaisants de ses *accumulateurs*. Voici, d'après M. Emile Reynier, en quoi consistent ces modifications :

« Les deux lames de plomb du couple sont individuellement recouvertes de minium ou d'un autre oxyde de plomb insoluble, puis entourées d'un cloisonnement en feutre, solidement retenu par des rivets de plomb : ces deux électrodes sont ensuite placées l'une près de l'autre, dans un récipient contenant de l'eau acidulée. Si elles sont d'une grande longueur, on les roule en spirale comme l'a fait M. Planté. Le couple étant ainsi monté, il suffit, pour le former, de le faire traverser par un courant électrique, qui amène le minium à l'état de peroxyde sur l'électrode positive et à l'état de plomb réduit sur l'électrode négative. Dès que toute la masse a été électrolysée, le couple est formé et chargé. Quand on le décharge, le plomb réduit s'oxyde et le plomb peroxydé se réduit jusqu'à ce que le couple soit redevenu inerte. Il est alors prêt à recevoir une nouvelle charge d'électricité. »

Au début, on chargeait les accumulateurs Faure avec la pile de M. E. Reynier, mais à l'exposition, on employait à ce travail les machines dynamo-électriques qui fournissent de l'électricité à meilleur marché. Mais, nous le répétons, parce que c'est le véritable avenir de l'électricité, c'est en utilisant les forces naturelles pour charger les accumulateurs que l'on aura, à un prix minime, de la force motrice et de la lumière. Un moulin à vent ou une roue hydraulique qui actionnerait une machine dynamo-électrique utilisée à charger des accumulateurs mettrait à la disposition de son propriétaire un réservoir dont il pourrait successivement tirer de quoi subvenir à la plupart des besoins de la vie.

L'accumulateur Faure constitue-t-il un progrès sur la pile secondaire Planté? L'avenir le dira bientôt.

Mais laissons encore une fois ces considérations économiques et industrielles et revenons aux applications médicales, et notamment à l'emploi de la lumière électrique. Grâce aux accumulateurs nous pouvons nous passer maintenant de la pile très puissante et, par conséquent, très encombrante que nous réclamions tout à l'heure. M. Trouvé a construit un appareil qui réalise complètement le but à atteindre. Il consiste en deux parties : 1° une boîte de faibles dimensions contenant la pile secondaire dans son intérieur; 2° un manche relié à cette boîte par deux fils conducteurs et portant à une de ses extrémités le fil de platine qui doit devenir incandescent.

Il est inutile d'ajouter que la spirale de platine ne devra pas être mise en contact avec les muqueuses qu'elle cautériserait. On évite facilement cet accident en se servant d'appareils dans lesquels on a placé la spirale au centre d'une petite coupelle d'une ampoule de verre analogue aux tubes de Geissler.

Par ce moyen, on peut sans crainte d'accident porter la lumière électrique jusque dans les cavités les plus profondes. Quelques expérimentateurs audacieux présumant trop de la transparence de nos tissus, ont porté le polyscope (c'est le nom général que l'on donne à ces divers appareils) jusque dans l'estomac. Ils espéraient voir du dehors ce qui se passait dans l'intérieur de cet organe.

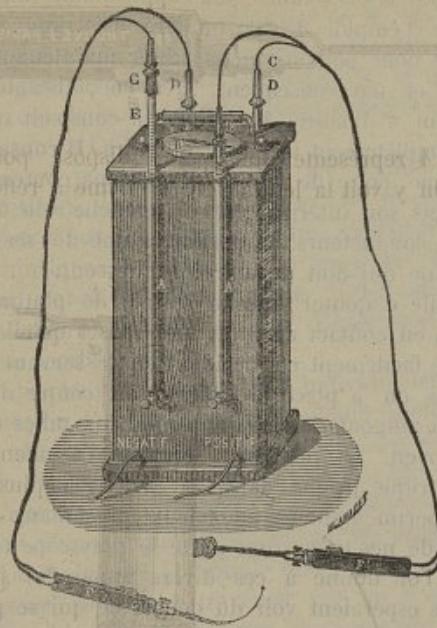
Ils ont été déçus dans leur attente. Abordant alors le problème sous une autre face, M. Trouvé a imaginé un tube métallique contenant un système de prismes et de lentilles, à l'aide duquel on peut voir la surface de la muqueuse.

Pour mieux faire comprendre le polyscope et son mécanisme, nous donnons ici quelques figures qui en diront plus à un simple coup d'œil, que des explications longues et ennuyeuses.

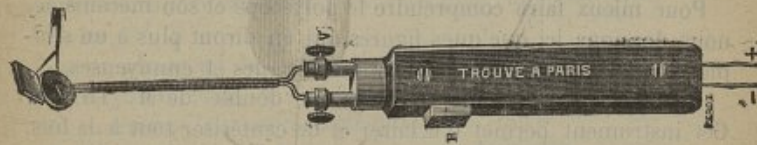
La figure 1 représente le polyscope double de M. Trouvé. Cet instrument permet d'éclairer et de cautériser tout à la fois, le polyscope simple ne permettait que de faire l'une ou l'autre de ces deux opérations.

La boîte contient une pile secondaire que l'on charge préalablement au moyen d'une pile Bunsen ou Daniell que l'on met en communication avec les fils qui sortent de la base de l'appareil et qui sont marqués positif et négatif. A gauche, aux points marqués C D., on place les deux fils du galvano-cautère dont le manche est en F A droite, une disposition identique

permet de placer les fils du réflecteur dont le manche est en E. Ce réflecteur disposé pour remplacer le laryngoscope est



surmonté du miroir laryngien. Il est représenté plus en grand figure 2. Le médecin n'a donc plus besoin ni de loupe ni de miroir laryngien. En même temps qu'il examine la glotte en

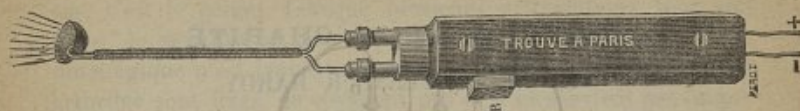


tenant l'instrument de la main gauche, il peut saisir le galvanocautère de la main droite et porter l'anse galvanique sur tel point qu'il veut.

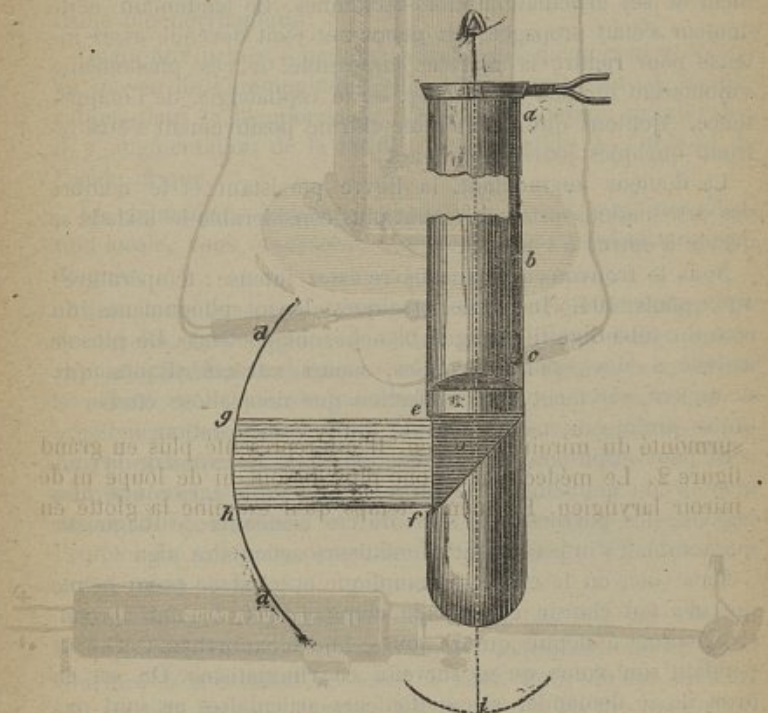
Les deux tiges extérieures marquées E A., E' A', sont les graduateurs qui permettent de régler l'intensité lumineuse dans le porte-lumière, l'intensité calorifique de l'anse galvanique.

La figure 3 représente un porte-lumière avec lequel on peut

examiner la plupart des cavités, bouche, nez, vagin, etc. Le réflecteur est disposé pour porter la lumière en avant.



La figure 4 représente un appareil disposé pour l'examen de l'anus. On y voit la lentille et le prisme à réflexion totale.



C'est une disposition analogue qui existe dans l'appareil disposé pour examiner la muqueuse stomacale dont il était question plus haut.

(A suivre.)

REVUES CLINIQUES

HOPITAL DE LA CHARITÉ

M. LE PROFESSEUR HARDY

Le malade sur lequel je veux attirer aujourd'hui votre attention est un homme de 17 ans, chétif, peu musclé et affaibli par des excès de tout genre. Il y a huit jours éprouvant un peu de douleur en marchant, il s'aperçut d'un léger gonflement de ses articulations tibio-tarsiennes. Le lendemain cette douleur s'était propagée aux genoux et était devenue assez intense pour rendre la marche impossible. A ces phénomènes s'ajoutèrent un peu de malaise, de la céphalalgie, de l'inappétence. Ajoutons que cet homme affirme positivement s'être refroidi quelques jours auparavant.

La douleur augmentant, la fièvre persistant et le nombre des articulations prises devenant plus considérable le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Nous le trouvons avec une fièvre assez intense : température : 40°; pouls 104. Insomnie. Quelques légers phénomènes du côté du tube digestif : langue blanche, inappétence. De plus le malade a des sueurs profuses, sueurs caractéristiques, qui manquent rarement dans l'affection que nous allons étudier et qui se prolongent même souvent après l'amélioration.

Si nous examinons les articulations nous trouvons de la rougeur et du gonflement des articulations tibio-tarsiennes, des genoux, des poignets. En face de ces accidents le diagnostic qui semblait s'imposer était rhumatisme articulaire aigu.

Mais voici où la chose se complique et c'est ce point même qui m'a fait choisir ce malade comme sujet de notre leçon. Cet homme a depuis quinze jours une blennorrhagie et c'est pendant son cours qu'est survenu ce rhumatisme. On est en droit de se demander si ces douleurs articulaires ne sont pas sous la dépendance de la blennorrhagie. Nous prétendons établir notre diagnostic étiologique par les caractères mêmes des phénomènes présentés par notre patient.

Un premier caractère du rhumatisme blennorrhagique est de se développer uniquement sous l'influence de la blennorrhagie et sans refroidissement. Or notre malade est descendu peu vêtu dans une cave et se rappelle nettement avoir eu froid.

Le rhumatisme blennorrhagique est en général apyrétique ou la fièvre, tout au moins, est peu intense. De plus, il n'y a, le plus souvent, qu'une seule articulation prise et dans la majorité des cas, c'est le genou. Lorsque plusieurs articulations sont malades, le nombre en est très limité et le rhumatisme blennorrhagique n'est jamais universel, ni symétrique. En outre, les arthrites sont fixes, ne voyagent pas et il ne survient pas immédiatement de la délitescence sous l'influence du traitement, comme cela a été le cas pour notre homme.

Nous avons déjà parlé de ces sueurs profuses dont se plaint notre malade. Vous les rencontrerez rarement dans le rhumatisme blennorrhagique.

Quant aux urines, à part un peu de pus qu'on peut y déceler au moyen de l'ammoniaque, elles ne subissent guère de modifications dans la blennorrhagie. Chez notre homme, au contraire, il y a augmentation de la densité, augmentation de l'urée et de l'acide urique.

Le rhumatisme blennorrhagique, étant, avant tout, une affection locale, vous observerez rarement des complications cardiaques.

Enfin le traitement vient encore servir en quelque sorte de pierre de touche. Les moyens généraux n'ont guère d'effet sur le rhumatisme blennorrhagique; malgré les saignées, le salicylate de soude, le sulfate de quinine, vous voyez la douleur et le gonflement persister pendant des semaines et même des mois. Le rhumatisme articulaire se comporte tout autrement. Nous pouvons citer plusieurs malades de nos salles chez lesquels la douleur, le gonflement, la fièvre ont promptement disparu par l'emploi du salicylate de soude. Notre malade a été également grandement amélioré.

Nous devons donc dire que cet homme n'a pas un rhumatisme blennorrhagique. D'une simple coïncidence on ne peut conclure à la relation de cause à effet. Pour qu'une maladie soit de telle ou telle nature, il faut qu'elle ait des caractères particuliers. C'est ainsi que dans une précédente conférence nous avons pu, sur le simple examen d'une éruption, affirmer l'existence de la syphilis, malgré les dénégations du malade.

De même notre homme a présenté les caractères les plus tranchés de ce que Bouillaud a appelé la fièvre rhumatismale, fièvre assez intense, douleurs survenant rapidement. Enfin le salicylate de soude, qui n'eût été d'aucune utilité dans le rhu-

matisme blennorrhagique, a calmé promptement les phénomènes inflammatoires.

Le diagnostic sera quelquefois difficile, mais si le rhumatisme blennorrhagique est nettement caractérisé, on devra en affirmer la nature quand bien même on ne retrouverait pas la blennorrhagie.

Quand au pronostic, il est bénin actuellement d'autant plus qu'il n'existe rien du côté du cœur. La guérison va donc survenir très promptement. Il y a cependant quelque chose de fâcheux pour l'avenir, ce sont les récidives qui sont fréquentes.

Le traitement est le traitement aujourd'hui banal du rhumatisme articulaire aigu : 4 à 6 grammes de salicylate de soude. Autour des articulations de la toile vulcanisée, qui provoque une sudation considérable amenant rapidement le dégorgement des articulations malades.

Le salicylate de soude doit être continué pendant dix ou quinze jours pour empêcher une rechute. Le médicament, dont on obtient de si merveilleux résultats, ne neutralise pas le rhumatisme, mais ne l'éteint que temporairement. On prolongera donc son administration pendant quelque temps en diminuant progressivement les doses.

Quant aux accidents qu'on a quelquefois signalés, nous les évitons en ne dépassant jamais la dose de 6 grammes, et jamais nous n'avons atteint 10 et 15 grammes comme l'ont donné quelques médecins.

Malgré ces précautions chez des malades susceptibles, de petites quantités ont pu déterminer des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles. Il suffit, dans la plupart des cas, d'abaisser la dose. Rarement il est nécessaire d'abandonner l'usage du salicylate.

Une dernière précaution, c'est de toujours examiner l'état des reins et de s'assurer en traitant l'urine par le perchlorure de fer que le médicament est bien éliminé, car on n'observe des effets toxiques que lorsqu'il s'accumule dans le sang.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

I. — MARC ILAGE. — **Étude sur l'opération d'Emmet** (déchirure du col de l'utérus, 106 pages). — Nous avons déjà eu l'occasion de signaler ce travail et de dire tout le bien que nous en pensions.

Nous nous bornerons donc ici à répéter que la thèse de M. Ilage est le premier mémoire où l'opération d'Emmet soit décrite et discutée avec tous les détails que comporte la question. Nous signalerons plus spécialement le chapitre du diagnostic des ulcérations du col et de l'ectropion de la muqueuse cervicale dû à une déchirure du col. On trouvera là plusieurs pages très remarquables.

Ajoutons que le manuel opératoire de l'opération est décrit avec les plus grands détails. Une planche, annexée à ce travail, montre quels résultats on peut obtenir.

La thèse de M. Ilage mérite d'être lue par tous les médecins qui s'intéressent à la gynécologie.

II. — LEROY. — **Contribution à l'étude des ovariectomies incomplètes** (62 pages). — Cette thèse a été entreprise sous l'inspiration de M. le Dr Terrier.

Voici comment il faut entendre ce mot ovariectomie incomplète : « Il est arrivé, presque toujours par suite d'adhérences trop intimes, trop résistantes, trop vasculaires, que l'opérateur a été forcé de renoncer à mener l'ovariectomie à bonne fin. C'est ce qu'on a appelé l'ovariectomie incomplète. »

Quant au but poursuivi par l'auteur, c'est d'« indiquer les causes de ces opérations, leur mode d'exécution, leurs résultats, fournir de bonnes observations et arriver enfin à des conclusions justes ».

On voit que le sujet traité par l'auteur est des plus intéressants au point de vue de la pratique chirurgicale courante; on voit aussi que le programme qu'il s'est proposé de suivre est compliqué et nécessite, pour être exécuté avec succès, de profondes connaissances chirurgicales.

Nous allons suivre pas à pas l'auteur dans son étude.

Le premier chapitre de sa thèse est consacré à des considérations historiques.

Nous relèverons, dans ce chapitre, plusieurs indications statistiques intéressantes.

Ainsi, dans la statistique publiée par Clay, nous voyons tout d'abord que, sur 537 opérations d'ovariotomie réunies par l'auteur, dans 24 cas les kystes ne furent excisés que partiellement; sur les 24 malades 10 guérissent, 14 succombèrent.

Dans 82 cas où on dut abandonner l'opération à cause des adhérences; on vit, dans 58 cas, la malade se rétablir; 26 patientes succombèrent.

Sur les 58 malades qui survécurent :

12 ont vécu 6 mois après l'opération.

5 — 1 an —

4 — 2 ans —

2 — 3 ans —

1 — 4 ans —

3 — 7 ans —

10 continuaient à vivre et étaient devenues enceintes au moment où l'auteur publia sa statistique. Il y a 24 femmes dont il n'est rien dit :

Quant aux décès, on vit qu'ils étaient presque toujours dus à de la septicémie.

Si l'on voulait par une seule étude historique juger, ou même seulement pressentir, les dangers que courent les femmes quand elles sont soumises à une ovariectomie incomplète, une semblable statistique présenterait, on l'avouera, le plus grand intérêt; aussi aurions-nous voulu voir l'auteur étudier attentivement chacun des cas publiés par John Clay, faire une étude critique sérieuse des faits produits par cet auteur et ne pas se contenter de la simple appréciation peu flatteuse qu'il donne page 17. Il y avait là un point bien intéressant à discuter que l'auteur n'a malheureusement pas suffisamment traité.

Mais à côté de ce chapitre un peu faible, nous signalerons celui dans lequel l'auteur reproduit dix-neuf observations qu'il a recueillies; il y a là des renseignements bien précieux que l'on consultera avec fruit, et, par la lecture attentive de ces observations, on reconnaîtra combien sont pleines de justesse les conclusions données par l'auteur :

« Nous sommes persuadés que l'opération d'ovariectomie incomplète fait courir aux malades tous les risques de l'ovariectomie, avec la chance de ne pas être guéries lorsqu'elles se rétablissent de l'opération d'un kyste multiloculaire; qu'elle ne peut être qu'une ressource, qu'un pis-aller dans les cas où

l'opération ne peut pas être achevée, qu'elle ne pourrait être conseillée comme méthode d'opération. D'un autre côté, si le kyste est uniloculaire, de Rosenmüller ou dermoïde, si, en un mot, il est stérile, l'opération a bien des chances d'être suivie de succès.

C'est une ressource précieuse puisqu'on peut espérer d'elle une prolongation des jours de l'opérée et peut-être sa guérison complète selon que le kyste est uniloculaire ou multiloculaire. »

La thèse de M. Leroy est intéressante, en somme, par le grand nombre de faits qui s'y trouvent consignés. Peut-être cependant l'auteur aurait-il pu tirer un meilleur parti des recherches qu'il a faites dans la littérature anglaise, et surtout donner un peu plus de soin à ses indications bibliographiques.

III. — GRENIER. — Étude sur une modification apportée au manuel opératoire de la céphalotripsie et de l'embryotomie. (46 pages et une planche.) — Cette thèse qui aborde un des sujets les plus difficiles de l'obstétrique a été faite sous l'inspiration de M. Lucas-Championnière, et est destinée à montrer tous les avantages qu'offre la méthode préconisée par ce chirurgien. Elle renferme quatre observations très intéressantes et, à ce titre, la thèse de M. Grenier mérite d'être signalée.

On sait que M. Championnière a imaginé un terebellum à l'aide duquel il peut perforer les os de la base du crâne et rendre ainsi la céphalotripsie inutile. Voici comment M. Grenier juge l'appareil de M. Championnière :

« ... C'est ce qui a amené M. Championnière à munir le praticien d'un instrument simple, peu coûteux, facile à manier, réduisant sûrement la base, ne pouvant blesser la mère puisqu'il ne doit pas sortir du fœtus et s'appliquant à toutes les présentations.

Il trouve même son application à l'embryotomie, opération plus laborieuse, plus dangereuse encore pour la mère et moins bien réglée que la céphalotripsie.

Lorsque le cou sera inaccessible, ou bien que l'utérus violemment retractor sur lui s'opposera à l'introduction d'un embryotome quelque parfait qu'il soit, la seule ressource de l'opérateur pour peu qu'il hésite à se servir des ciseaux de Dubois sera de porter le perforateur de M. Championnière sur la colonne vertébrale après avoir pratiqué d'abord l'éviscération.

La section de la tige rigide formée par la colonne vertébrale permettra toujours d'amener au dehors les deux tronçons du fœtus.

Si l'instrument de M. Championnière remplit toutes les qualités que lui attribue l'auteur de cette thèse, sans aucun doute il mérite la première place parmi les embryotomes. Mais remplit-il toutes ces qualités? M. Grenier l'a essayé de le prouver et sa discussion ne manque pas d'habileté. Nous avouerons cependant n'avoir pas été convaincu. Aussi nous contentons-nous de signaler aujourd'hui les conclusions de la thèse de M. Grenier; nous les retrouverons quand, un jour ou l'autre, nous traiterons de la céphalotripsie.

IV. — DELASSUS. — **Étude sur l'hydropisie de l'amnios** (83 pages). — L'auteur a nommé dans sa thèse la plupart des travaux qui avaient paru en France et à l'étranger sur les différents points de cette question.

Il rapporte dans sa thèse douze observations d'hydramnios dont sept lui sont personnelles. Nous signalerons plus particulièrement les observations I, V, VI et VII.

La première observation a trait à un cas d'hydramnios datant du début de la grossesse, il y avait inflammation des membranes, le fœtus ne présentait pas de lésions. Dans l'observation V le fœtus était hydrocéphale et ascitique. Les observations VI et VII se rapportent à des faits de sténose de la veine ombilicale, les observations présentent le plus grand intérêt au point de vue de la genèse de l'hydramnios; car elles tendraient à faire admettre l'exactitude de la théorie qui considère l'hydramnios comme le résultat de troubles dans la pression à laquelle est soumis le sang dans le système de la veine ombilicale.

La première observation vient à l'appui des faits rapportés autrefois par Senten et sur lesquels cet auteur avait établi la théorie de l'amniotite provoquant la production de l'hydramnios.

V. — LABESQUE. — **Essai sur l'emploi de moyens antiseptiques pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.** — Ce travail représente le meilleur résumé de tous les travaux qui ont été faits sur l'application de la méthode antiseptique à la femme pendant l'état puerpéral, c'est-à-dire pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

L'auteur se montre partisan absolu de la méthode antiseptique. Voici, du reste, ses conclusions :

1° Les accidents puerpéraux sont causés par des germes septiques; il faut donc pour les combattre, se servir d'agents antiseptiques, et celui à qui on doit donner la préférence est l'acide phénique;

2° Tous les objets de literie, les linges de corps, les murs, les planchers devront être lavés à l'eau phéniquée au 50°;

3° Les personnes qui approchent l'accouchée, les médecins et les instruments dont ils se servent devront être, pour ainsi dire, antiseptiques;

4° Les toilettes des femmes se feront à l'eau phéniquée au 100° ou au 40° si on redoute des accidents.

5° Dès l'accouchement appliquer en permanence des compresses imbibées d'acide phénique au 100° ou au 40°.

6° Quand l'accouchement aura présenté quelque chose d'anormal, faire une injection intra-utérine préventive au 40° ou au 20° que l'on fera précéder d'une injection d'ergotine pour faire contracter les vaisseaux et rendre la pénétration de l'injection dans les sinus impossible et prévenir ainsi tout accident d'intoxication.

7° Quant à ce qui est des irrigations permanentes et du drainage de l'utérus, l'auteur suspend son jugement, vu le petit nombre de cas où ce procédé a été employé.

Le travail de M. Labesque, est très consciencieux et mérite d'être lu.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

Rétrécissement et polypes de l'urèthre (par Herman Klotz, chirurgien de New-York German Hospital). Il s'agit d'un homme de 36 ans, exempt de tout antécédent vénérien, autre qu'une blennorrhagie contractée trois ans auparavant. Le malade ne s'était jamais complètement guéri de cet accident et un écoulement muco-purulent persistait depuis cette époque.

Klotz pratiqua l'examen de l'urèthre à l'aide de sondes molles et reconnut à 13 centimètres du méat, l'existence d'un rétrécissement laissant passer assez facilement une bougie n° 14 de la filière Charrière. Des cathétérismes successifs amenèrent bientôt une dilatation suffisante pour permettre le passage d'une bougie n° 27 de la même filière. Cependant l'écoulement ne

tarissait pas, et des bougies olivaires d'un petit calibre venaient toujours butter dans le même point du canal, à 13 centimètres du méat urinaire: L'auteur eut alors recours à l'endoscope et découvrit en ce point la présence de petites productions polypiformes qui furent inutilement attaquées par la cautérisation au nitrate d'argent. Le malade dut cesser le traitement, mais eut, au bout de quelque temps, de nouveau recours à Klotz, qui cette fois, put, à l'aide de l'endoscope perfectionné de Zinsser, mieux préciser le siège et la forme des polypes. Ceux-ci étaient implantés en assez grand nombre et sur une étendue d'un centimètre environ au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre. En plusieurs séances, l'auteur en excisa environ une douzaine de dimensions variables; les plus gros avaient environ la dimension d'un pois. Au voisinage, la muqueuse présentait un aspect velvétique et enflammé. Elle saignait facilement au moindre contact. Grâce aux préparations astringentes, elle reprit peu à peu son apparence normale.

Ces polypes furent excisés, en partie avec une arme métallique, disposée comme dans l'instrument de Blake, pour l'excision des polypes de l'oreille. Mais cet instrument, utile quand il s'agit d'atteindre une partie du canal voisine du méat, est insuffisant quand il faut pénétrer à une grande profondeur. L'auteur dut, dans le cas particulier, pour quelques-unes des excroissances, recourir à un nouvel instrument imaginé et fabriqué par Eissner de New-York. C'est une sorte de guillotine à polypes.

Cet instrument se compose de deux tubes métalliques à endoscope, s'emboîtant l'un dans l'autre et correspondant aux nos 22 et 23 de la filière Charrière.

L'extrémité oculaire, est munie de deux anses qui permettent de manœuvrer l'instrument, sans boucher la vue, et qui constituent en même temps un point de repère qui permet de reconnaître la situation, par rapport aux parois du canal, d'une ouverture elliptique, disposée à 4 millimètres environ, de l'extrémité vésicale. Sur le tube externe, les bords de cet orifice sont mousses; ils sont tranchants sur le tube interne.

L'instrument est introduit à la manière d'un cathéter, et l'orifice préalablement fermé par un mouvement de rotation imprimé au tube interne, est dirigé vers le point d'implantation du polype. Un mouvement de rotation, imprimé en sens inverse, au cylindre interne, rétablit le parallélisme entre les

deux orifices, à travers lesquels le polype s'engage spontanément ou après quelques déplacements imprimés à l'instrument. Il ne reste plus alors qu'à mouvoir le tube interne, en fixant l'externe, pour sectionner le polype; les bords tranchants de l'orifice du petit cylindre faisant l'office d'un couteau de guillotine. Klotz s'est assuré qu'en aucun cas, la muqueuse saine ne vient faire hernie à travers l'orifice. Elle ne peut, par conséquent, être lésée.

Taille latérale pratiquée pour la troisième fois sur un enfant de six ans (par Sands, chirurgien de New-York Hospital). — Il s'agissait d'un garçon de six ans, opéré le 4 décembre dernier, pour la troisième fois, dans le but d'extraire des calculs vésicaux.

Dès l'âge de huit mois cet enfant présentait quelques-uns des symptômes qui caractérisent la présence de calculs dans la vessie: tractions sur le prépuce, incontinence d'urine, etc.

La lithotomie médiane fut pratiquée pour la première fois, le 17 juillet 1877. L'extraction du calcul ne fut possible qu'après un écrasement préalable. Six mois plus tard, les mêmes désordres se reproduisent et, en octobre 1878, une nouvelle pierre fut extraite, aussi volumineuse que la première. Enfin, après une année de santé parfaite, l'enfant se présente dans le service de Sands qui put aisément reconnaître la présence d'un nouveau calcul, par le cathétérisme et le toucher rectal. Il pratiqua la taille latérale.

Du lavage de l'estomac dans le traitement des vomissements incoercibles et des vomissements des phthisiques. — M. le professeur Sée avait déjà eu recours au lavage de l'estomac et en avait obtenu des résultats très remarquables, dans les vomissements incoercibles indépendants de lésions graves de l'estomac. M. le Dr de Cérenville, médecin de l'hôpital de Lausanne, publie à son tour dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, la relation d'un certain nombre de faits dans lesquels il a employé avec un grand avantage les lavages de l'estomac.

Parmi les malades de M. de Cérenville, les uns étaient atteints de cette variété de vomissements incoercibles qui résistent à toutes les médications et trouvent en défaut, les opiacés, les antispasmodiques, les alcalins, les boissons gazeuses ou glacées, aussi bien que les révulsifs et l'électricité; les autres étaient des phthisiques arrivés à la seconde ou à la troisième période de la consommation.

Une première observation concerne un enfant de 10 ans bien constitué et robuste, qui vomissait régulièrement après chaque repas, immédiatement après l'ingestion des aliments, et était arrivé à un degré marqué d'émaciation. Il n'existait « aucun » symptôme d'embarras gastrique, aucune sensibilité de la » région épigastrique, spontanée ou à la pression. En revanche » la percussion indique une dilatation assez marquée de l'estomac. Le vomissement s'opère brusquement sans nausée préalable ; il expulse des matières alimentaires peu ou pas de » mucus, et l'acidité est peu marquée. Les évacuations sont » régulières. »

Les divers moyens ordinairement employés avaient été vainement mis en usage, quand on essaya des lavages de l'estomac à l'aide d'une sonde molle et avec de l'eau simple. Dès le jour même, le diner ne fut pas rejeté et le soir le malade put tolérer son lait. Le lendemain le mieux persista et les lavages furent suspendus ; les vomissements ne se sont pas reproduits depuis cette époque.

Le second cas est plus complexe et plus obscur. Il s'agit d'un homme, qui, à la suite d'une chute sur le crâne, qui entraîna des lésions variées, ressentit de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreille, des vomissements et des vertiges, en un mot un ensemble symptomatique rappelant la maladie de Ménière. Toutes les tentatives thérapeutiques avaient échoué, contre l'opiniâtreté des vomissements, quand à la suite de lavages de l'estomac, avec une macération de quassia amara, répétés pendant 3 jours de suite, les vomissements et les vertiges disparurent complètement.

Enfin, chez une fille de 20 ans, atteinte de vomissements quotidiens survenus pendant le cours d'un exsudat paramétritique, consécutif lui-même à une vaginite aiguë, les résultats furent tout aussi heureux, quoiqu'un peu plus lents à se manifester.

Ce ne sont pas là les seuls faits observés par l'auteur. Son opinion sur la valeur des lavages de l'estomac s'appuie sur un grand nombre de succès obtenus par ce procédé.

Chez les phthisiques, les vomissements sont fréquents et assez rebelles au traitement pour porter une grave atteinte à la nutrition. Tantôt ils sont provoqués par la toux, tantôt ils la précèdent ; dans la période finale, ils sont déterminés par l'abondance de l'expectoration « dont les masses volumineuses rem-

plissent l'arrière-gorge et appellent le spasme des voies digestives. »

Quelle que soient les causes de ces vomissements les médications les plus variées sont impuissantes à les faire cesser. Les lavages de l'estomac rendraient donc un véritable service s'ils atteignaient ce but. L'auteur les a pratiqués chez deux phthisiques avec un bénéfice réel et les résultats qu'ils ont obtenus par ce procédé méritent de fixer l'attention des praticiens.

Empoisonnement par l'acide phénique après une amputation de cuisse. — Un malade avait subi l'amputation de la cuisse pour une fracture du fémur non consolidée. Cinq jours après l'opération l'urine du malade prit une coloration verte due à l'absorption par la plaie, de l'acide phénique, employé cependant suivant les règles ordinaires de la méthode antiseptique.

(New-York, Hospital Reports)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

Séance du 13 décembre 1884.

Présidence de M. LEGUEST.

Nous avons bien jugé que l'Académie avait accueilli sans enthousiasme l'invitation à elle adressé par J.-B. Dumas de souscrire unanimement et spontanément à la médaille commémorative des travaux de M. Pasteur. En effet, M. le secrétaire-perpétuel Béchard se croit obligé de rappeler que la liste de souscription, déposée à la Bibliothèque, n'a réuni encore aujourd'hui qu'un petit nombre de souscripteurs.

M. Pasteur, même après son succès à l'Académie française, doit s'apercevoir qu'il n'y a pas de bonheur parfait ici-bas.

M. Hardy présente une statistique médicale de la ville d'Orléans, relative à ces dernières années. Un fait intéressant est à signaler dans cette publication. En 1879, il y eut à Orléans une épidémie de fièvre typhoïde; tous les quartiers furent également atteints, sauf un seul, celui du faubourg Saint-Marceau. Or, ce quartier est aussi le seul qui ne reçoit point ses eaux potables des conduites venues de la forêt,

M. H. Guéneau de Mussy cite un fait observé à

Paris, tendant à prouver que le lait peut servir de véhicule aux germes de la fièvre typhoïde. Ceci est donné à l'appui d'un fait du même genre, emprunté par M. Noël Guéneau de Mussy à un ouvrage anglais.

Dans une ferme anglaise il y eut, un jour, un malade atteint de fièvre typhoïde, les déjections de ce malade allaient à la fosse d'aisance, laquelle par des infiltrations inaperçues, communiquait avec un puits, dont l'eau servait à frauder le lait débité aux bons clients. Plusieurs de ces derniers contractèrent la fièvre typhoïde. Les marchands de lait ne furent pas inquiétés. « Que j'administre, dit judicieusement Alphonse Karr, de l'arsenic à mon épicier, on ne trouvera point pour me punir d'assez grand châtiment ; mais que mon épicier m'empoisonne avec ses denrées, on trouvera mille raisons de l'excuser ; il restera indemne. » Songez donc, la liberté du commerce ; encore, si ce n'était que la liberté du vol !

Quant aux faits signalés par M. Henri Guéneau de Mussy, ils ne nous ont paru ni assez probants, ni suffisamment observés pour nous permettre d'y insister.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant dans la 4^e division. La commission présente trois candidats dans l'ordre suivant :

En première ligue M. Ladrey, de Dijon.

En seconde ligne, *ex æquo*, MM. Bourdier et Schlagdenhaufen.

Il y a cinquante et un votants, dont les suffrages se répartissent de la manière suivante :

A M. Ladrey 36 voix, à M. Schlagdenhaufen 14, à M. Bourdier 1.

M. Ladrey est proclamé élu.

M. Léon Colin, du Val-de-Grâce, répond à son tour à M. Verneuil.

De la statistique de l'armée française, durant les deux dernières années, il extrait les chiffres qui accusent 32,000 impaludés, et seulement 14 hommes réformés pour diabète. Comment, dès lors, admettre une relation de cause à effet entre l'impaludisme et le diabète. On ne saurait alléguer le défaut d'examen, car tous les malades atteints d'affections chroniques quelque peu graves sont l'objet, de la part des médecins militaires, d'une attention suivie, et aujourd'hui cette attention se porte, d'une manière spéciale, sur la sécrétion urinaire.

M. L. Colin admet que la fièvre intermittente est suivie de

glycosurie transitoire, et annonce que les médecins qui suivent nos troupes en Algérie vont redoubler de vigilance pour saisir les phénomènes qui rattachent la glycosurie à l'impaludisme. Mais on ne saurait confondre la glycosurie avec le diabète.

Il est bien difficile de croire à un réveil de l'impaludisme au bout de quarante années; n'y a-t-il pas eu plutôt dans l'intervalle une intoxication nouvelle?

D'ailleurs, il existe, tout le monde le sait, dans l'angine de poitrine, dans le croup, dans la phthisie, etc., des phénomènes morbides dont la périodicité est nettement accusée. Les crachements de sang des phthisiques sont de ce nombre. Bref, M. Colin pense qu'il convient de faire intervenir dans l'explication de plusieurs faits allégués par M. Verneuil la fièvre larvée; il croit que le traumatisme n'a pas sur les impaludés, non cachectiques, les dangers qu'on lui attribue. Tout cela, ajoute-t-il, n'est énoncé qu'à titre de simples réserves sur la tendance à créer entre l'impaludisme et le diabète une loi générale de cause et d'effet, mais sans prétention à nier les phénomènes intéressants relevés par M. Verneuil.

M. Panas expose dans quelles circonstances il a été conduit à pratiquer l'élongation du nerf sciatique sur un individu qui, dans une rixe, avait reçu, au-dessous du grand trochanter, un coup de couteau-poignard. Les suites de la blessure avaient été graves : les muscles avoisinant la plaie s'étaient atrophiés, le membre était sur divers points anesthésié ou hyperesthésié, des spasmes, des trépidations, des mouvements convulsifs, accompagnés de douleurs internes et suivies de paralysie étaient survenus. Le malade demandait l'amputation. Le nerf sciatique, mis à nu, subit l'élongation sous une traction, deux fois appliquée, de 20 kilogrammes. La guérison est aujourd'hui complète : les spasmes et les douleurs ont disparu ; le membre a repris un volume à peu près normal ; la marche est possible, dans les mêmes conditions que pour les ataxiques. Ajoutons que le tendon d'Achille a été sectionné et qu'un appareil orthopédique a complété l'œuvre thérapeutique.

M. Labbé présente une note, sur laquelle il est chargé, de concert avec M. Gosselin, de présenter un rapport. La note a pour titre : « Fibro-myôme de l'utérus. Hystérectomie. Section du pédicule avec des ciseaux sans hémorrhagie après dissection de la tumeur et ligature des vaisseaux. Guérison sous quatre pansements; par M. Boeckel. »

M. Alph. Guérin reprend dans un mémoire un sujet de

physiologie traité déjà par lui en 1849 et dont les conclusions n'ont pas eu l'accueil qu'elles méritaient, à son avis. Il s'agit du mécanisme qui préside dans le pénis aux derniers phénomènes de la miction et à l'éjaculation du sperme. M. Alph. Guérin rapporte des expériences faites sur le cadavre, et des recherches anatomiques qui lui sont personnelles; il commente les phénomènes du cathétérisme et conclut ainsi:

Les muscles bulbo-caverneux ne jouent pas exactement le rôle qui leur est attribué par les physiologistes;

Ces muscles agissent par l'intermédiaire du sang amassé à certains instants dans le bulbe;

L'accélération du dernier jet de l'urine est due à l'action du tissu érectile de l'urèthre;

C'est la même cause qui augmente la force de projection du sperme;

Ainsi se trouve expliquée l'impuissance de l'homme résultant de l'existence de rétrécissements de l'urèthre, rétrécissements qui altèrent la constitution, non de la membrane muqueuse, mais du feuillet cellulaire sous-jacent et, par suite, du tissu caverneux. Dans ce cas, l'urine n'est pas complètement expulsée du tube de l'urèthre, et le sperme sort en bavant.

M. Jules Lefort lit un rapport sur un travail de M. Jacquemin, de Nancy, intitulé: « Les nouvelles sources d'eaux minérales de Soultzbach. »

Ces sources sont situées en Alsace, dans la partie du département du Haut-Rhin, détachée, hélas! de notre territoire. Dans cette localité, les sources sont très nombreuses, très abondantes. Des fouilles récentes en ont isolé sept nouvelles. Les analyses de M. Jacquemin ont porté principalement sur les sources dites « du Château » et de « l'Appétit », déjà utilisées soit pour l'art médical, soit comme boisson de table. La source du Château tient le premier rang parmi toutes les sources ferrugineuses des Vosges et de la Forêt-Noire. La source de l'Appétit est, de plus, gazeuse et peut servir comme boisson de table ou d'agrément.

Société de chirurgie.

Séance du 14 décembre 1881.

Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

M. Le Dentu. — Communication sur un cas d'hydrocèle double à contenu graisseux. — Le malade porteur de cette

double hydrocèle était resté deux ans à la Réunion où la maladie s'était développée. La transparence était médiocre mais existait réellement, il n'y avait pas d'épaississement de parois. Le liquide extrait par la ponction, présente l'aspect de pus séreux et le microscope n'y fait découvrir qu'une émulsion de gouttelettes graisseuses sans cholestérine.

M. Debon a décrit un épanchement semblable de la plèvre sous le nom d'épanchement chyloforme et on rencontre dans la littérature médicale quelques faits analogues d'ascites ou de pleurésies chyloformes ou bien encore d'hydrocèles huileuses. Vidal de Cassis a décrit une galactocèle double, Demarquay un kyste laiteux de l'épididyme, Velpeau et Fergusson des épanchements pseudo-purulents de la vaginale. Il est à remarquer que le séjour antérieur dans un pays chaud, que l'on trouve presque toujours pour les hydrocèles chyloformes, ne se trouve pas pour les épanchements du même genre dans les autres séreuses.

Dans les deux cas que M. Le Dentu a pu observer l'hydrocèle était double comme dans le cas de Vidal de Cassis.

M. Verneuil. — Il existe dans les régions tropicales un éléphantiasis des bourses, avec dilatations lymphatiques très apparentes à la surface, déterminées par la présence de la filaire de Fuscherville. On retrouve des embryons de cette filaire dans l'urine des chyluriques des pays chauds, de même que dans le sang et dans le lymphé. Les nombreux médecins qui ont constaté son existence n'ont pu la rencontrer chez les malades que le soir ou la nuit; dans le jour, elle paraît se réfugier dans les chylifères et devenir introuvable. Si M. Le Dentu procède à une analyse microscopique approfondie du liquide de son malade, dont l'hydrocèle se reproduira probablement, il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'il rencontre ce parasite.

M. Damaschino observe actuellement un malade dont les urines chyleuses contiennent des embryons de ce filaire en abondance.

M. Després a vu le cas de Velpeau, le liquide examiné par M. Robin fut trouvé composé uniquement d'éléments gras. Il existe des anévrismes lymphatiques dus à la réunion prématurée d'abcès ganglionnaires incisés. Leur contenu est verdâtre, analogue à de la chartreuse diluée, ne coagulant pas spontanément; le liquide présenté par M. Le Dentu est tout différent et n'a pas l'aspect de la lymphé.

M. Le Dentu. — Il est probable que les lymphatiques ont été en jeu chez mon malade; est-ce de la façon dont parle

M. Verneuil? Je ne le crois pas. Dans aucune observation je n'ai vu que le liquide ressemblât autant que celui-ci à du pus séreux. Le scrotum du malade est sain et ne présente aucune varice lymphatique apparente.

M. Nicaise. — On peut rapprocher ce fait de ceux dans lesquels on observe des hydrocèles contenant de la cholestérine. Il faudrait examiner sous quelle forme chimique se trouve la graisse. Quant à la présence de la cholestérine on l'a attribuée à une dégénérescence granulo-graisseuse de l'épithélium.

M. Guyon a observé à l'hôpital Necker un cas semblable à celui de M. Le Dentu, chez un jeune homme qui eut cette hydrocèle graisseuse à la suite d'une contusion ayant probablement déterminé la déchirure de quelque lymphatique.

M. Trélat. — J'ai vu des écoulements de lymphes dans trois cas : dans un ulcère de jambe, dans des varices lymphatiques du prépuce ulcérées par de l'herpès et dans des varices scrotales. Dans ces trois cas, le liquide recueilli était transparent, à peine opalescent, spontanément coagulable. Il en était de même dans deux observations de Demarquay. Dans les cas de dilatation des gros troncs lymphatiques, le liquide est plus épais et plus trouble.

M. Le Fort. — Le liquide d'une lymphorragie due à un ulcère de jambe que j'ai pu voir était transparent et spontanément coagulable. Le liquide recueilli par M. Le Dentu n'y ressemble pas, il ne tache pas non plus le papier à la manière des graisses.

Rapport. — **M. Terrier** lit un rapport sur l'observation du Dr Demons (de Bordeaux), relative à un cas de *phlébite purulente du coude* guérie par la cautérisation au chlorure de zinc et que nos lecteurs ont déjà vue dans un de nos précédents comptes rendus.

Le rapporteur y ajoute une seconde observation du Dr Demons sur un *enchondrome lobulé des fosses nasales*.

M. Després. — Le phlegmon du bras noté dans la première observation tient à ce qu'on a lié les veines du pli du coude au lieu de se borner à arrêter l'hémorragie par la simple flexion de l'avant-bras. La ligature des veines est alors absolument contre-indiquée. Autrefois quand on faisait des saignées fréquentes, je n'ai jamais vu de phlébite leur succéder.

Pour l'infection purulente, son existence ne me semble pas suffisamment prouvée par le frisson signalé, qui peut très bien être mis sur le compte du phlegmon du bras. La guérison doit

être attribuée plutôt au débridement du phlegmon qu'à la cautérisation au chlorure de zinc.

M. Terrier. — M. Després exagère en proscrivant la ligature des veines, j'en ai lié souvent sans avoir d'accidents et M. Demons dans ce cas en a lié une au-dessus du point malade, ce qui n'a pas empêché son blessé de guérir.

La pyohémie semble établie par les deux frissons qui eurent lieu le matin et le soir et par l'existence d'une pneumonie, il n'est d'ailleurs pas toujours facile de diagnostiquer la pyohémie au début.

Dans la chirurgie vétérinaire où l'on pratique souvent la saignée, la phlébite n'est pas rare. Elle est caractérisée chez les chevaux par des ulcérations de la veine et des hémorrhagies. Dans ces cas on dissèque la jugulaire et on la lie près de la tête; c'est là un procédé de guérison.

M. Lefort ne pense pas non plus que l'infection purulente dans l'observation de M. Demons ait été suffisamment évidente. La meilleure caractéristique pour affirmer l'apparition de l'infection purulente est la cessation de la suppuration.

M. Th. Auger lit un rapport sur une observation du Dr Turgis : *Extirpation d'un fragment de sonde resté dans la portion membraneuse de l'urèthre*. Le doigt introduit dans le rectum fixa le corps étranger contre le pubis et il fut immobilisé au moyen d'un tenaculum et d'un fil pendant que l'opérateur incisait l'urèthre. Le Dr Turgis mit une sonde à demeure, sutura la plaie et le malade guérit.

Le rapporteur conclut, étant données les communications antérieures du Dr Turgis, à son inscription au nombre des candidats à la place de membres correspondants. Adopté.

M. Lucas-Championnière. — *Etude sur le chloroforme*. Tous les malades ne supportent pas le chloroforme de la même façon, c'est là une particularité connue de tous les chirurgiens et sur laquelle M. Lucas-Championnière insiste : mais à côté de cette considération il en est une autre d'une importance capitale : c'est l'état de pureté du chloroforme que l'on emploie. M. Lucas-Championnière a remarqué à plusieurs reprises des frissons, du refroidissement, de l'asphyxie même, ou tout au moins de la lenteur d'hypnotisation chez des séries de malades pour lesquels on s'était servi de certains chloroformes; accidents qui changeaient quand le flacon avait été changé. Ces différences d'action de divers chloroformes se rencontraient encore dans l'anesthésie obstétricale que M. Lucas-Championnière a

pratiquée si souvent à la maternité de Cochin et qu'il emploie couramment en ville.

A quoi tiennent, et ces différences, abstraction faite des susceptibilités individuelles, et ces accidents? A l'impureté de l'agent anesthésique, dit M. Lucas. L'analyse des chloroformes employés a été faite par M. Yvon qui a trouvé que leur point d'ébullition était modifié et souvent remonté, alors que les réactifs ordinaires plaident en faveur de la pureté absolue. M. Yvon conseille encore d'employer dans ces recherches le *permanganate de potasse* qui, mis en présence d'un chloroforme contenant des matières organiques, change de couleur et devient vert. Au moyen de ce réactif on s'aperçoit que les chloroformes de provenances diverses sont d'une pureté très relative. Autrefois il n'en était pas ainsi; à quoi tient cela? Probablement à ce qu'on emploie l'alcool méthylique dans la préparation de cette substance, au lieu de l'alcool éthylique.

Pour purifier le chloroforme provenant des grandes fabriques, M. Yvon conseille de le distiller, puis de l'essayer par le *permanganate* et de le redistiller. On obtient par ce simple moyen un agent chimiquement pur, différant du chloroforme ordinaire en ce que son odeur est plus suave, son pouvoir stupéfiant notablement plus rapide. Il en est besoin d'une quantité beaucoup moins considérable pour obtenir l'anesthésie, la respiration n'est pas gênée et il est très rare que l'on ait à tirer la langue avec une pince. Le réveil est parfait et ne s'accompagne ni de nausées ni de vomissements.

M. Lucas-Championnière termine sa longue et très intéressante communication en concluant qu'avec du chloroforme ainsi purifié les accidents deviendront beaucoup plus rares et les susceptibilités individuelles beaucoup moins sensibles.

M. Trélat. — *Manuel opératoire de la colotomie lombaire.*

— Cette opération ne doit être tentée que pour les cancers du rectum inaccessibles ou indépassables accompagnés d'accidents caractérisés, chez des individus présentant un bon état général.

Elle est supérieure à l'entérotomie inguinale pour trois raisons:

- 1° Parce qu'elle est extra-péritonéale,
- 2° Parce qu'elle porte sur un intestin toujours le même,
- 3° Parce que s'attaquant à la dernière partie de l'intestin elle permet la régularisation du régime des selles, et qu'il est plus commode de porter un anus dans le dos qu'à la région inguinale.

Le manuel opératoire des traités classiques manque de précision, cependant M. Trélat ne tient à insister que sur deux points seulement; le choix de la ligne d'opération et la suture de l'intestin.

— Il faut opérer sur un point formé par l'intersection de deux lignes dont l'une joindrait l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche à l'insertion de la 12^e côte gauche, en contournant le flanc gauche, et la seconde s'élèverait perpendiculairement à 2 centimètres en arrière du milieu de la crête iliaque correspondante.

L'incision dont le milieu est ainsi établi doit, dans le sens de la première ligne, mesurer 8 à 10 centimètres. On arrive sur l'intestin après avoir traversé les plans musculaires et graisseux et on reconnaît le côlon plein à ce qu'il renferme de gaz et des cybales, et vide à ce qu'il se présente sous l'aspect d'un ruban blanc grisâtre, tranchant sur le jaune du tissu adipeux; à ce qu'il est fibroïde transversalement, et à ce qu'on peut le sentir formé de 2 feuillets en le roulant entre les doigts.

— Pour le fixer il faut d'abord passer 2 fils, à 32 millimètres environ l'un de l'autre, qui permettent de l'attirer vers la surface, puis d'autres anses traversant de chaque côté les bords de la plaie mais perforant l'intestin au milieu par le même trou pour deux anses opposées. On incise ensuite sur la ligne médiane ainsi délimitée dans l'étendue de 3 centimètres et il ne reste plus qu'à tordre les fils. On peut, par excès de coquetterie, dit M. Trélat, fermer les deux extrémités de l'incision cutanée trop longue par un point de suture seulement de chaque côté.

— Il va sans dire que l'opération doit être suivie de l'application d'un pansement facilement renouvelable dès qu'il sera souillé: tarlatane trempée dans l'eau phéniquée, taffetas gommé et large bande d'ouate. M. Trélat a opéré suivant cette méthode 2 malades; le premier au mois de mai dernier. C'était un jeune homme atteint d'un cancer du rectum à qui on a procuré par ce moyen une survie de 5 mois, dont trois se sont passés dans les meilleures conditions et sans souffrances. Le malade est mort tout dernièrement d'un énorme cancer du foie. M. Trélat met sous les yeux de ses collègues les pièces relatives à l'anus lombaire. — La séance est terminée à 6 heures.

Société médicale des Hôpitaux

Séance du 9 décembre 1884.

Présidence de M. H. Guéneau de Mussy.

M. Cornil fait une communication sur le *choléra des poules*. On connaît les travaux de Pasteur sur ce sujet, M. Cornil a étudié cette affection à un point de vue des plus intéressants par les déductions qui terminent sa communication.

Le choléra des poules est une maladie contagieuse que l'on provoque dans les laboratoires de deux façons : ou bien en faisant manger à des poules des organes altérés d'autres poules malades, ou bien en inoculant le liquide virulent au niveau du grand pectoral. On détermine ainsi une affection générale avec lésions locales au niveau du point inoculé. Ce sont ces lésions locales qui ont d'abord attiré l'attention de M. Cornil.

A l'autopsie d'une poule morte après 10 ou 20 heures d'inoculation on trouve, à l'endroit où elle a eu lieu, la peau blanchâtre puis, au-dessous, le tissu cellulaire sous-cutané épaissi, infiltré, jaunâtre. Le muscle grand pectoral sous-jacent est envahi par une substance semi-transparente, grisâtre ou jaunâtre offrant l'apparence d'un exsudat fibrineux puriforme, bien qu'on n'obtienne pas de pus par le raclage. Le muscle dans son entier est trois fois plus volumineux que son congénère resté normal.

Au microscope on voit que le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré par le microbe du choléra des poules. Les faisceaux du tissu conjonctif sont séparés les uns des autres par des petits grains ronds associés deux à deux ou réunis en chaînette à cinq ou six en séries plus ou moins régulières. On trouve encore les mêmes organismes dans les faisceaux dont les fibres sont dissociées. Les cellules du tissu conjonctif offrent les mêmes lésions. Dans la peau on rencontre une infiltration du même genre qui lui donne un aspect caséeux. Le muscle, à l'état frais, présente au plus haut degré la dégénérescence cirrheuse ou vitreuse, mais plus profonde, plus complète que dans toute autre maladie. Les faisceaux musculaires sont dissociés et présentent jusque dans leur intérieur des microbes du choléra des poules; certains même, atrophiés, sont uniquement remplis de microbes et n'offrent plus de stries transversales. Dans certains points se voient des renflements formés par un fragment musculaire rempli de microbes et de globules de pus. Sur une coupe transversale des faisceaux on voit des endroits où les fibres

sont remplacées par des disques de bactéries et de cellules lymphatiques.

Que devient la partie musculaire ainsi lésée? M. Pasteur a démontré qu'elle se mortifiait, s'isolait peu à peu des parties voisines; qu'il se formait au bout d'un certain temps une membrane pyogénique sécrétant du pus pendant que le séquestre musculaire se ratatinait. Sur une section de la poche et du séquestre on les trouve séparés l'un de l'autre, de distance en distance, par des glôdes remplies de globules de pus et de microbes au milieu desquels les faisceaux musculaires sont brusquement coupés.

Lorsque l'animal inoculé a succombé à l'infection on retrouve des microbes dans tous ses organes indistinctement.

Ces microbes peuvent nous donner la clef de ce qui se passe dans un grand nombre de maladies infectieuses. On a décrit depuis longtemps dans ces cas l'état trouble de la plupart des cellules de l'organisme, cet état trouble n'est autre chose que leur remplissage par des microbes spéciaux. L'état trouble, le gonflement, l'état cirrheux constituent des façons d'être très voisines. Après un temps assez long, dans le choléra des poules, quand l'animal n'a pas succombé immédiatement, on rencontre des foyers caséeux et il est difficile de ne pas chercher à faire un rapprochement avec les foyers caséeux de la tuberculose. Ce sont ces déductions qui ont porté M. Cornil à faire cette communication à la Société.

Présentation d'instruments. — **M. Moutard-Martin** présente une modification qu'il a fait subir aux trocars ordinaires, dont la canule s'arrête souvent dans la peau après la pénétration de la tige. Pour remédier à cet inconvénient, M. Moutard-Martin donne aux canules une extrémité antérieure taillée en bec de flûte, dont la pointe vient se cacher dans une gorge circulaire ménagée sur la tige. La pénétration de tout l'instrument est ainsi rendue beaucoup plus facile.

Sur l'alimentation forcée des phthisiques.

M. Ferrand vient rapporter l'histoire d'un malade traité à l'hôpital Laënnec par ce moyen et qu'il a pu suivre longtemps. C'était un homme de trente-deux ans, atteint de phthisie héréditaire et entré à l'hôpital le 23 décembre 1880. Il présentait une laryngite ulcéreuse déterminant des quintes de toux et des vomissements; il avait, de plus, des abcès ossifluents vers le sacrum; bref, il était phthisique au troisième degré. Les vomissements incessants, la diarrhée, l'anorexie le menaçaient d'une

fin prochaine. Au mois de mai 1881, l'interne du service M. Lecoq, eut l'idée de l'alimenter avec le tube de Fauché en s'aidant de l'anesthésie du pharynx par le bromure de potassium. L'introduction brusque de deux litres de lait amena des vomissements; on fut obligé de n'y arriver que progressivement, et on s'en tint à l'alimentation lactée. Pendant un mois et demi, l'amélioration fut considérable et le malade reprit des forces. Mais, à la fin de juillet les vomissements reparurent; continuèrent pendant tout le mois d'août, la cachexie s'établit à nouveau et le malade mourait le 28 septembre.

Cet exemple permet de juger l'alimentation forcée continuée longtemps, que l'on peut la considérer comme un traitement de certains accidents des phthisiques, mais non de la maladie elle-même. Quand les malades ont encore une force d'assimilation suffisante pour en profiter, elle est utile; quand l'assimilation ne se fait plus, la cachexie reprend le dessus et l'alimentation forcée n'est d'aucun secours.

M. Du Cazal. — Hémoglobinurie à frigore. —

M. Du Cazal a pu observer un cas d'hémoglobinurie *à frigore* identique à celui qu'a déjà publié M. Mesnet.

Un homme de vingt-neuf ans, d'une très bonne santé antérieure, n'étant entaché ni de syphilis, ni d'alcoolisme, fut pris, au mois d'août, après un refroidissement, d'un frisson violent avec fièvre et pissement de sang; puis tout disparut bientôt, probablement à cause de la température chaude de la saison. Depuis, cet accident s'étant reproduit plusieurs fois, le malade est entré au Val-de-Grâce où M. Du Cazal a pu provoquer un accès d'hémoglobinurie en envoyant le malade se promener dans la cour pendant la visite du matin. A dix heures, il était pris d'un frisson et eut bientôt des urines sanglantes, dont M. Du Cazal montre des échantillons de différentes nuances dans des bouteilles. Pendant l'accès, la température monta à 40°, et une heure après le frisson l'urine redevenait normale.

A l'analyse on ne découvre dans cette urine aucune trace de globules sanguins; mais de l'albumine et de l'hémoglobine, en proportion directe l'une de l'autre.

Le malade est très pâle, anémique, et a une légère teinte subictérique, bien que son urine ne renferme pas de matières colorantes de la bile. Il n'a pas non plus d'oxalurie.

L'altération des globules sanguins dans l'hémoglobinurie semble se faire dans la circulation générale puisque, des ven-

touses scarifiées ayant été appliquées au malade pendant son accès, le sérum du sang fut trouvé coloré en rouge.

M. Du Cazal, rapprochant ce fait de celui de **M. Mesnet**, conclut que l'hémoglobinurie doit avoir une place à part dans le cadre nosologique.

M. Bucquoy a vu un malade analogue à qui il suffisait d'aller de chez lui au boulevard pour avoir des hématuries. Cela dura pendant toute une année, puis la maladie disparut complètement bien que, depuis, le malade ait été exposé aux intempéries de l'air, ayant passé un certain temps sur les pontons, à Cherbourg.

M. Hayem. — Un côté très intéressant de l'observation de **M. Du Cazal**, est la pathogénie de l'hémoglobinurie. Cette dissolution de l'hémoglobine dans l'urine est très remarquable et je ne serais pas étonné que des recherches ultérieures viennent démontrer que cette hémoglobine cristallise différemment de l'hémoglobine du sang normal.

A propos du malade de **M. Mesnet**, j'ai essayé si l'hémoglobine du sang se dissolvait mieux sous l'influence d'une température basse et je l'ai vue résister à un froid de -2° ; or, on sait que jamais la température du corps vivant humain ne descend jusqu'à ce point, bien s'en faut. Dans les expériences sur les animaux, quand on injecte de l'eau dans les veines, jusqu'à doubler la masse du sang, on ne voit cependant pas que l'hémoglobine soit dissoute. Il s'agirait donc dans l'hémoglobinurie d'une modification *qualitative* du sang déterminant la dissolution de l'hémoglobine. Le malade de **M. Du Cazal** est encore intéressant à ce point de vue qu'il n'est pas syphilitique, quand tous les malades de ce genre connus jusqu'à présent l'étaient. La syphilis ne serait donc pas nécessaire.

M. Du Cazal. — J'ai remarqué encore qu'il y avait du retard dans la coagulation du sang, et que les globules avaient une moins grande tendance à s'agglomérer. **M. Bucquoy** nous a dit que son malade avait guéri, je suis fort embarrassé sur le traitement à donner au mien.

M. Bucquoy. — Mon malade a guéri spontanément. Il n'était pas syphilitique non plus puisqu'il a contracté la syphilis plus tard, l'an dernier, à l'âge de soixante-un ans.

M. Hayem. — Ces malades présentent le tableau des individus transfusés avec du sang étranger; l'hémoglobine humaine se transforme probablement en hémoglobine étrangère.

M. Dumontpallier. — Dans la transfusion de sang

humain les accidents sont les mêmes, ainsi que l'a constaté le Dr Roussel. Quant à la syphilis, si l'on admet qu'elle doit être incriminée, il serait étonnant qu'il y eût tant de syphilitiques et si peu d'hémoglobinuriques.

— La Société se forme en comité secret pour la nomination d'un médecin à la Charité.

Voici les résultats de la délibération :

M. PETER passe à la Charité ;

M. AUDHOY, à la Pitié ;

M. GUGENHEIM, aux Incurables ;

M. RAYMOND, à Lourcine.

F.-A. HUE.

NOUVELLES

Par suite de la retraite de M. le Dr Cusco, les mutations suivantes auront lieu dans les hôpitaux de Paris au 1^{er} janvier prochain : M. Le Fort passe de Beaujon à l'Hôtel-Dieu ; M. Labbé passe de Lariboisière à Beaujon ; M. Benjamin Anger passe de Saint-Antoine à Lariboisière ; M. Terrier passe de la Salpêtrière à Saint-Antoine ; M. Terrillon passe de Lourcine à la Salpêtrière ; M. Berger passe du Bureau central à Lourcine.

— M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Comité consultatif de l'enseignement public (commission de scolarité, de médecine et de pharmacie).

BULLETIN DES DÉCÈS DE LA VILLE DE PARIS. — Semaine du 2 au 8 décembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,039. — Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 8. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 53. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 56. — Phthisie pulmonaire, 773. — Autres tuberculoses, 5. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 70. — Bronchites aiguës, 43. — Pneumonie, 78. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 33 ; au sein et mixte, 22 ; inconnu, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110 ; circulatoire, 53 ; respiratoire, 69 ; digestif, 40 ; génito-urinaire, 23 ; de la peau et du tissu lamineux, 6, des os, articulat. et muscles, 6. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 25. — Causes non classées, 10.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

Dr ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

24 Décembre 1881

A partir du 1^{er} janvier 1882, nous publierons à cette place une série d'articles sur *Claude Bernard et la méthode expérimentale*, par le D^r FOURNIÉ.

APPLICATION DES SCIENCES À LA MÉDECINE MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIQUE MÉDICALE. — L'Électricité médicale à l'Exposition du palais de l'Industrie, par M. le D^r TISON (*suite*). — Après avoir fait connaître les transformations de l'électricité et indiqué, en passant, quelques-unes des applications de cet agent aux sciences médicales, nous avons serré notre sujet de plus près en figurant le *polyscope* de M. Trouvé. Nous croyons cet appareil, appelé, quand il sera suffisamment connu, à un emploi très fréquent, soit pour le diagnostic, soit pour la cautérisation galvanique. Il permet en effet, de voir réellement ce qui se passe dans la plupart des cavités du corps, sans crainte que cette lumière, placée à proximité de l'organe à examiner, devienne nuisible par le calorique qu'elle dégage nécessairement. Cet inconvénient était tellement réel dans les premiers appareils imaginés pour l'emploi médical ou physiologique de la lumière électrique, que l'on a dû y renoncer, malgré l'addition d'une circulation d'eau froide ou de réfrigérants. Cette intervention amortissait bien la chaleur, mais elle compliquait trop les instruments et surtout elle les rendait trop volumineux. M. Trouvé a su éviter ces écueils : 1^o par l'emploi de fils très fins en platine iridé, ce qui diminue la production du calorique sans nuire à l'effet lumineux ; 2^o en employant des conducteurs en argent, isolés des muqueuses, ce qui permet de diffuser rapidement la chaleur sur une vaste surface, par suite de la grande conductibilité de ce métal pour le calorique ; 3^o en émaillant les réflecteurs extérieurement et même intérieurement, ce qui les rend mauvais conducteurs de la chaleur ; 4^o en réglant l'intensité de la pile secondaire avec une précision suffisante pour maintenir, pendant assez longtemps, deux fils fins de platine, près de leur point de fusion,

Décembre, T. II, 1881.

76

sans toutefois les fondre. Ajoutons encore que la facilité de donner aux réflecteurs la forme convenable pour projeter la lumière, en avant, latéralement ou en arrière, permet d'explorer tous les recoins et toutes les anfractuosités. Il en est de même pour les galvano-cautères qu'il devient ainsi possible de porter sur le point précis qu'il faut toucher.

Les praticiens habitués à se servir d'une lampe ou d'un réflecteur pour l'examen des yeux, du larynx, du nez et des oreilles, hésiteront peut-être à reconnaître immédiatement tous les avantages du polyscope; ils ne sauraient toutefois dédaigner la simplicité de la manœuvre. Il est permis de s'étonner que les gynécologues n'y aient pas recours davantage pour l'examen du vagin et du rectum. Déjà les chirurgiens commencent à s'en servir pour examiner l'état des muqueuses de l'urèthre, de la vessie, de l'œsophage et de l'estomac.

L'assassinat du président Garfield et la longue agonie qui a suivi la perpétration de ce crime, ont rendu populaires les procédés imaginés par M. Graham Bell et par M. Hughes pour déterminer le point précis du corps où la balle s'était logée. Mais il nous semble que l'on a beaucoup trop parlé des Américains, au sujet d'une découverte faite par M. Trouvé en 1867, c'est-à-dire quatorze ans auparavant et appliquée journellement depuis à la recherche et à l'extraction des corps étrangers. Pour mettre les lecteurs à même de bien juger la question, nous allons décrire succinctement les trois appareils en suivant l'ordre chronologique de leur invention.

En 1867, M. Trouvé voyait à l'hôpital un des plus éminents chirurgiens de l'époque, tirer fortement et inutilement, avec une pince, sur un os du métatarse, qu'il avait saisi au lieu du corps étranger qui se trouvait à côté. Il conçut immédiatement *l'explorateur électrique* qui a rendu impossibles de pareilles méprises. En effet, son instrument indique à coup sûr la présence dans les tissus d'un corps quelconque, métallique ou non, sa nature, plomb, fer, cuivre, pierre, bois, etc., la direction qu'il a suivie; sa profondeur, que la plaie soit ouverte ou fermée, que le corps soit nu ou enveloppé. En outre, il permet d'en produire l'extraction de façon à rendre toute erreur impossible.

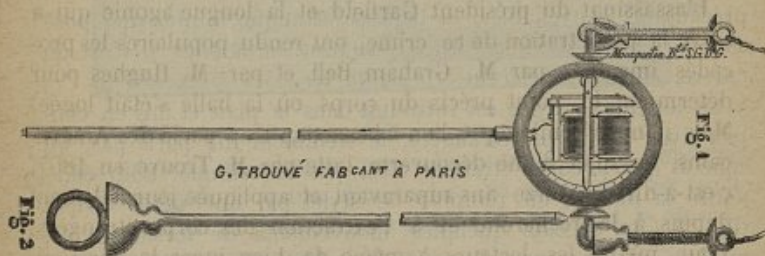
Il y a loin de cet instrument à la sonde terminée par un bout de porcelaine qui a permis à Nélaton de reconnaître, au fond de la plaie, la balle dont souffrait Garibaldi.

L'explorateur électrique de M. Trouvé est représenté par les figures ci-contre qui en faciliteront singulièrement la des-

cription. Il se compose de quatre parties distinctes : une pile ; une sonde exploratrice ; un révélateur ; un extracteur et comme complément, une boussole astatique très sensible.

La *pile* est celle représentée par la figure 6. Elle est hermétique et petite, ce qui permet de la placer dans la poche de son gilet. Elle est composée d'un couple zinc et charbon occupant seulement la moitié supérieure d'un étui d'ébonite, l'autre moitié étant remplie par le liquide excitateur (solution de bisulfate de mercure). Aussi ne fonctionne-t-elle que dans la position horizontale. Une fois redressée, elle ne produit plus d'électricité et par conséquent, elle ne s'use pas. C'est la même pile qui fait fonctionner l'appareil d'induction représenté figure 5.

La *sonde exploratrice* (fig. 2) est une canule rigide ou souple qui sert à faire l'examen préalable de la plaie et facilite l'introduction du stylet de l'appareil révélateur.



Celui-ci est représenté de grandeur naturelle (fig. 1). Il se compose d'un électro-trembleur construit de manière à manœuvrer dans toutes les positions et à résister aux chocs. Il est renfermé dans un cadre en bois ou en ébonite, recouvert de deux glaces transparentes. Sur la périphérie, on aperçoit les deux anneaux auxquels viennent s'adapter les conducteurs de la pile et la gaine métallique où s'engage à frottement, le stylet qui en constitue la partie vraiment originale. Ce dernier est formé de deux tiges d'acier bien isolées l'une de l'autre et terminées par des pointes acérées dépassant à peine de quelques millimètres la gaine qui l'enveloppe.

Voilà qui suffit à faire le diagnostic. S'il y a une plaie, le chirurgien y introduit d'abord la sonde exploratrice qui, généralement, nous devons le dire, le renseignera suffisamment sur la nature du corps étranger (mais il s'agit ici des cas difficiles ou douteux), puis il place le stylet dans son intérieur. Si les pointes rencontrent un objet métallique, le courant que leur

écartement empêchait de passer, sera rétabli et fera marcher le trembleur. Le corps métallique agit ici comme le bouton d'appel d'une sonnerie électrique ordinaire. Il y a donc un corps métallique dans la plaie. Quelle est la nature du métal ? Si pendant que le trembleur marche, on fait vaciller le stylet dans différentes directions et que néanmoins le trembleur continue à fonctionner, on en conclura qu'on a affaire à un métal mou qui se laissant facilement pénétrer par les pointes d'acier, rétablit le courant, quelle que soit l'inclinaison que l'on donne à celles-ci. Puisqu'il s'agit de projectile, ce métal mou est nécessairement du plomb. Le trembleur s'arrête-t-il pendant ces mouvements d'oscillation ? On en conclut la présence d'un métal dur, cuivre, fer, fonte, acier, etc. Car, pendant l'inclinaison, l'une des pointes quitte le métal et le courant interrompu ne peut plus actionner le trembleur. Pour distinguer ensuite l'acier du cuivre ou du fer, on approche avec toutes les précautions convenables, la balance astatique le plus près possible de la plaie. Les aiguilles resteront immobiles si c'est du cuivre, elles se dévieront si c'est du fer.

Si, lorsque le stylet est introduit dans la plaie et mis en contact avec les corps étrangers, le trembleur ne parle pas, on conclut que le corps étranger n'est pas métallique. Pour connaître sa nature, on remplace le stylet par une petite tarière (fig. 4), on exécute quelques mouvements de torsion et on ramène quelques parcelles emprisonnées dans le pas de vis, il suffit de les porter sous le champ du microscope pour reconnaître immédiatement si l'on a sous les yeux du bois, de l'étoffe,

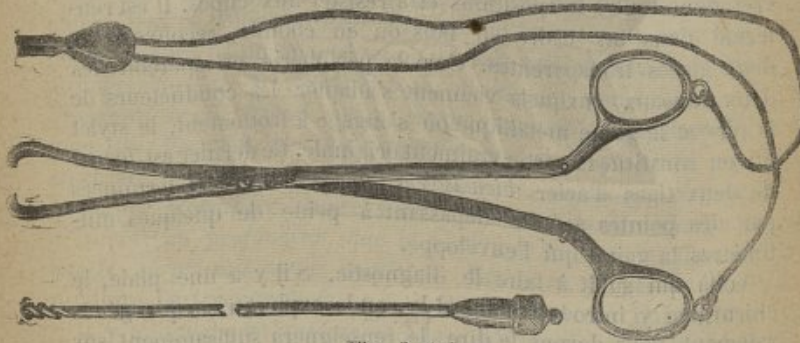


Fig. 3 et 4.

de la pierre ou des fragments d'os. Dans le cas d'un morceau de plomb, cette tarière suffit, souvent, à opérer l'extraction du

projectile dans lequel elle pénètre aussi facilement que dans un bouchon de liège.

Dans le cas contraire, on remplace la sonde par la pince (fig. 3) dont les deux branches sont isolées électriquement et reliées au révélateur par des conducteurs souples. Une fois le corps métallique saisi entre les mors, le trembleur parle et l'on est sûr de ne pas tirer sur un os ou tout autre organe.

Si la plaie est fermée on se guide sur la douleur locale ou sur les accidents, et l'on enfonce, à travers les tissus, deux aiguilles à acupuncture reliées au révélateur par des conducteurs souples. Ces aiguilles jouent exactement le rôle des pointes du stylet.

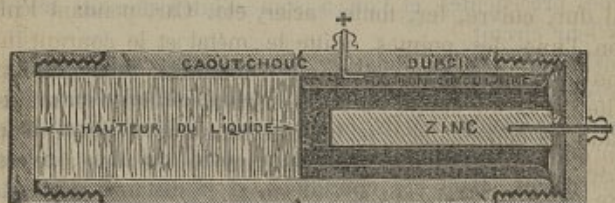


Fig. 3.

Cet appareil est simple, peu volumineux ; il est renfermé dans une boîte de faibles dimensions. Sa manœuvre est facile car en mettant la pile dans la poche de son gilet le chirurgien a toujours une main libre.

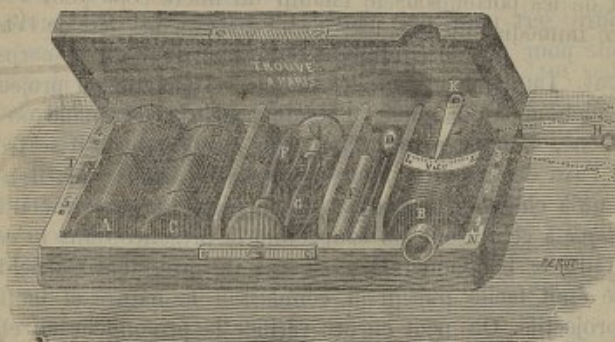


Fig. 6.

Voyons maintenant la balance d'induction de M. Hughes, l'inventeur du télégraphe imprimant et du microphone. La balance d'induction varie de forme et de dispositions suivant la

nature des recherches qu'on se propose de faire. Examinons donc comment elle est disposée pour la recherche des corps étrangers métalliques, car cet instrument n'est d'aucune utilité pour ceux qui ne sont point métalliques.

La balance d'induction se compose essentiellement de deux paires de bobines disposées sur des supports en bois ou en carton. La première paire est placée sur le circuit d'une pile et d'un interrupteur de courants. Celui-ci a été d'abord un microphone sur la planchette duquel on plaçait un mouvement d'horlogerie. Aujourd'hui on interrompt mécaniquement le courant avec un mouvement d'horlogerie. Les deux autres bobines sont reliées d'une part à la pile, d'autre part aux bobines précédentes, et l'on a soin d'intercaler un téléphone dans leur circuit.

Quelle en est la théorie? Les courants interrompus qui traversent les premières bobines développent un courant induit dans les secondes. Mais celles-ci sont reliées entre elles de façon que les courants d'induction soient de sens inverse et se détruisent. Dans ces conditions, si la distance des bobines est bien réglée, on n'entend aucun bruit dans le téléphone. Mais plaçons leur un corps métallique quelconque, l'équilibre sera détruit, et le téléphone fera entendre un bruit. Pour le faire cesser, il n'y a qu'à placer dans une position symétrique un corps métallique identique au premier.

Quelle en est l'application? Les fils constituant les bobines sont enroulés sur des cylindres de verre. Un seul cylindre sert pour une paire. L'un d'eux est fixe et l'autre mobile pour pouvoir s'appliquer où l'on veut sur le corps du patient. Tant que le cylindre mobile est éloigné du projectile, le téléphone reste muet; il commence à parler quand on s'en approche, et il augmente d'intensité jusqu'à ce qu'il se trouve dans l'axe des bobines. Pour apprécier la profondeur, il n'y a plus qu'à chercher la position pour laquelle un corps métallique *identique* à celui dont on soupçonne la présence dans le corps fait taire le téléphone. Dans le cas du président Garfield, la chose était facile puisqu'on connaissait la nature et le poids du projectile. On peut encore vérifier la profondeur en changeant la bobine ou le patient de position et en recommençant chaque fois l'expérience. On obtient ainsi plusieurs directions qui doivent aboutir au même point.

On voit que cet appareil n'exige qu'une *application extérieure*.

M. Graham Bell a déclaré avoir pensé le premier à cette application au cas du président Garfield, mais M. Hughes le conteste. Depuis, le premier a envoyé à l'Académie des sciences deux notes sur le même sujet.

Dans la première (séance du 24 octobre 1881) il présentait un appareil permettant de déterminer, sans douleur pour le patient, la position d'un projectile de plomb ou d'autre métal dans le corps humain. « L'instrument se compose essentiellement d'un système de deux bobines plates, parallèles et superposées en partie l'une à l'autre de manière que le bord de chacune d'elles passe auprès de l'axe de l'autre. L'une de ces bobines est faite de fils gros, c'est le circuit primaire; l'autre de fil fin, c'est le circuit secondaire. L'ensemble des bobines est noyé dans une masse de paraffine et placé à l'intérieur d'une planchette en bois munie d'une poignée. Un courant vibratoire, provenant d'une pile traverse la première bobine, tandis que le circuit de la seconde comprend un téléphone ordinaire. Dans ces conditions aucun son ne sera perçu dans ce téléphone. Mais si l'on approche de la partie commune aux deux bobines, un corps métallique quelconque, le silence fera place aussitôt à un son dont l'intensité dépendra de la nature et de la forme de ce corps métallique et aussi de sa distance (1) ».

Pour rendre l'appareil plus pratique, on intercale dans les deux circuits, deux autres bobines plus petites dont la surface commune peut être modifiée par le jeu d'une vis micrométrique. On ajoute encore dans le circuit primaire une *capacité électro-statique* qui rend les effets plus intenses. « Si l'on veut déterminer la profondeur à laquelle se trouve la masse métallique, cela est facile, si l'on connaît *a priori* sa forme, son mode de présentation et sa substance. Il suffit, en effet, de dérégler l'appareil, tandis qu'il est appliqué sur la peau, jusqu'à ramener le téléphone au silence; après quoi retirant l'appareil, on approche la masse auxiliaire, *identique* à celle explorée, jusqu'à produire à nouveau le silence, et la distance de cette masse à l'explorateur donne la mesure qu'il s'agit de déterminer (2).

Le 7 octobre dernier, à New-York, dans le cabinet du docteur Franck Hamilton, M. Graham Bell, en présence de treize chirurgiens de la plus grande habileté, a découvert avec son appareil que la balle reçue en 1862 par le colonel B. T. Clayton se trouvait en avant et au-dessous de la troisième côte. La

(1) *Comptes rendus*, XCIII, 626. .

(2) *Ibid.*, 627.

balle était entrée par devant, dans l'articulation de la clavicule gauche qu'elle avait fracturée. Les docteurs Swinburn et Wanderpool supposaient qu'elle s'était logée sous le scapulum.

La seconde note (séance du 7 novembre 1881) a pour titre :
« *Sur une méthode électrique servant à déterminer, par le moyen d'une aiguille, la position et la profondeur d'un projectile, ou autre substance métallique, dans le corps humain.* »

« Je propose, comme préliminaires d'une opération, dit M. Graham Bell, d'enfoncer une aiguille fine dans la région soupçonnée d'être le siège du projectile. Cette aiguille communique à l'une des bornes d'un téléphone que le chirurgien tient à son oreille, l'autre borne est mise en relation avec la surface de la peau du malade. Lorsque la pointe de l'aiguille rencontre la balle de plomb, une pile se trouve naturellement formée par le plomb et la surface métallique appliquée sur la peau. Il en résulte qu'un courant électrique traverse les bobines du téléphone et que celui-ci fait entendre un bruit chaque fois que l'aiguille touche le plomb. »

« Le chirurgien peut alors opérer une incision en toute confiance et même se servir de l'aiguille comme d'un guide pour son couteau (1). »

Ce moyen a permis de reconnaître une balle de plomb introduite dans un morceau de bœuf. Le téléphone rendait un son chaque fois que l'aiguille rencontrait la balle, il restait muet quand elle butait contre un os.

« Les sons ainsi produits, quoique très suffisamment distincts, ajoute M. Graham Bell, sont nécessairement faibles, mais une modification de l'appareil permet d'obtenir des effets beaucoup plus marqués. Cette modification consiste à introduire dans le circuit un *trembleur* qui produit de très nombreuses interruptions, de manière à faire entendre une note musicale dans le téléphone, à chaque contact de la balle et de l'aiguille. »

« Lorsque le circuit comprend une pile, le téléphone peut se faire entendre à plusieurs personnes à la fois, tant est grand l'accroissement du son. Dans ce dernier cas, le téléphone donne un son à partir du moment où l'aiguille pénètre dans la peau ; mais ce son est très faible, en raison de la grande résistance offerte par le corps humain, au passage du courant. Aussitôt que l'aiguille vient à toucher le plomb, un accroissement de son se produit, à cause de l'accroissement de surface des électrodes métalliques et de la chair, qui cause une dimi-

(1) *Comptes rendus*, XCIII, 717.

nution de résistance dans le circuit. Les effets sont encore mieux marqués lorsqu'on se sert d'une *aiguille recouverte d'un vernis isolant, excepté à sa pointe*. Il est préférable de se servir d'une pile très faible, et d'avoir soin de ne pas opposer sa force électro-motrice à celle que développe le plomb lui-même (1). »

Les pièces du procès sont sous les yeux de nos lecteurs. A eux d'apprécier les trois procédés, à eux de constater comment il est loisible à un étranger couvert de gloire par l'invention du téléphone et du photophone, de venir annoncer en pleine Académie des sciences, comme une découverte, des procédés inventés et appliqués depuis quinze ans par M. Trouvé. Car dans cette seconde note de M. Bell, on retrouve, presque au complet, l'explorateur électrique : le trembleur et l'aiguille recouverte d'un vernis isolant excepté à sa pointe. Où étiez-vous donc illustres physiciens, défenseurs-nés de la science française ? Où étiez-vous chirurgiens, qui avez eu si souvent recours à l'explorateur de M. Trouvé pour dissiper vos doutes, car cet habile constructeur a déjà réuni plus de 3,500 cas dans lesquels son appareil si simple et si ingénieux a été efficacement employé là où les autres méthodes avaient été impuissantes. Il ne suffit donc pas que M. Graham Bell ait terminé sa dernière note en disant : « Je dois ajouter que ces méthodes d'exploration m'ont été suggérées par les ingénieuses sondes électriques de M. G. Trouvé, dans lesquelles deux conducteurs sont employés, la balle complétant le circuit (2). »

Après avoir rendu à notre compatriote la justice qui lui est due, on nous permettra de donner notre appréciation sur ces différents appareils et sur les services qu'on peut en attendre dans la pratique. Nous ne reviendrons sur l'explorateur électrique que pour faire remarquer que les résultats qu'il donne sont basés sur une certitude absolue de la présence du projectile, et cela dans toutes les conditions possibles, que la plaie soit ouverte ou cicatrisée, que le corps soit mis à nu ou enveloppé de vêtements. On obtient aussi par ce moyen la nature du projectile, plomb, cuivre, fer, pierre, bois, etc., en même temps que la direction et la profondeur.

La balance de Hughes, en apparence plus simple est d'un maniement beaucoup plus minutieux et plus compliqué ; en outre, les résultats quoique pouvant être affirmatifs resteront souvent plus ou moins hypothétiques, puisqu'ils dépendent de

(1) *Comptes rendus*, 718.

(2) *Ibid.* 718.

la perfection des sens de l'observateur et de son habileté à manier l'instrument. L'opérateur aura encore à se mettre en garde contre toutes les causes d'erreur qui pourraient résulter de la présence de corps métalliques sur le blessé ou sur lui-même et, en général, de la proximité des métaux qui composent le matériel des hôpitaux et des ameublements privés.

Quant au dernier appareil proposé par M. Graham Bell, il nous sera bien permis, en dehors de la question de priorité relevée plus haut et qui n'est pas discutable, il nous sera bien permis, pensons-nous, de ne pas trouver merveilleuse l'intervention du téléphone dans les recherches dont nous nous occupons. Nous croyons, en effet, qu'il faudra un silence bien absolu et une extrême attention de la part du chirurgien, pour arriver à saisir le petit « tac » résultant dans le téléphone de l'augmentation d'intensité du courant, au moment même où l'aiguille viendra toucher le projectile. Les chirurgiens connaissent la grande mobilité des corps étrangers dans les parties molles de nos tissus; l'opérateur se trouvera donc souvent obligé de prononcer sur un seul « tac », résultat d'un seul attouchement.

Peut-on comparer un résultat aussi problématique avec la certitude absolue que donne l'appareil de M. Trouvé. Cette certitude repose, en effet, sur les perceptions de trois de nos sens: l'œil qui voit le trembleur s'agiter, l'oreille qui l'entend, le doigt qui sent un frémissement très net. Il est vrai qu'il en est de même avec l'appareil à trembleur de M. Graham Bell, mais alors où est la différence fondamentale avec l'explorateur électrique de M. Trouvé.

Il faut encore observer, toutefois, que M. Graham Bell a passablement négligé les conséquences qui résulteront de l'introduction de l'organisme du blessé dans le circuit du courant. L'expérience de l'excitation d'une patte de grenouille placée dans le circuit d'un téléphone dans lequel on prononce des voyelles, peut donner une idée suffisante de la perturbation qui se produira dans l'organisme du patient, lorsqu'on aura à faire des recherches sur la face, surtout au voisinage des yeux et des oreilles, ce qui est encore assez fréquent en chirurgie.

(A suivre.)

REVUES CLINIQUES

REVUE DE CHIRURGIE

1. — Les dépôts sanguins du pli du coude. —

Le Dr Charvot a puréunir plusieurs cas de dépôts sanguins du pli du coude consécutifs à différents traumatismes de cette région et en faire une étude minutieuse et intéressante. Il a eu surtout en vue les hématomes péri-articulaires que l'on connaissait peu et sur lesquels ses recherches jettent un jour utile. Les signes cliniques qui appellent l'attention du chirurgien sur ces épanchements varient suivant l'époque à laquelle il est appelé près du malade.

Au début, peu de temps après l'accident, on observe un gonflement très prononcé de tout le membre et surtout du coude, qui prend une forme globuleuse. La douleur est vive et gêne l'exploration : néanmoins la palpation permet de reconnaître un vaste épanchement sanguin infiltrant le tissu cellulaire sous-cutané et surtout abondant au pli du coude ; on y sent de la crépitation sanguine. Les mouvements spontanés sont impossibles ; les mouvements provoqués, très douloureux ; le membre est immobilisé dans une position intermédiaire entre la flexion et l'extension, position due à l'hémarthrose concomitante. A ces symptômes, qui manquent peu souvent, s'ajoute l'ecchymose apparaissant de suite, après l'accident ou peu de temps après et qui s'étend souvent très haut sur le bras, principalement à sa face interne et sur l'avant-bras. Peu à peu les phénomènes aigus du début s'apaisent, les parties molles redeviennent souples, et il ne reste qu'une tumeur spéciale, caractéristique, mais qui n'avait pas été décrite avant le travail de M. Charvot.

Au moment où on découvre cette tumeur, elle est, en général, grosse comme un œuf, sa forme n'est pas toujours régulièrement arrondie ; elle peut être aplatie, triangulaire, avec des bosselures plus ou moins marquées. La consistance varie avec l'âge de la tumeur ; au début elle peut être encore légèrement pâteuse, surtout en certains points ; mais au bout de quelques semaines elle acquiert une dureté caractéristique. On croirait avoir sous les doigts une tumeur cartilagineuse ou même osseuse ; cependant, même dans ces cas, il est possible de

Décembre, T. II, 1881.

78

découvrir certains points moins durs et plus pâteux. Son siège est constant; elle occupe le côté interne du pli du coude au-devant de l'articulation et remonte plus ou moins haut (3 ou 4 travers de doigt) sur la partie antéro-interne du bras; en bas elle s'arrête au niveau de l'interligne articulaire et est profondément située au fond de la branche interne du V bicipital; en dedans elle s'étend au-devant de l'épitrôchlée; en dehors elle empiète sur la fosse coronoïdienne et s'engage sous le biceps dont elle est parfaitement indépendante et dont le tendon fait corde au dessus. On sent très distinctement le faisceau vasculo-nerveux rouler sur la tumeur, que l'on peut déplacer latéralement sur l'humérus. Dans les mouvements de l'avant-bras sur le bras elle suit le brachial antérieur, dont elle semble occuper le corps charnu. A la longue, cependant, cette tumeur peut contracter des adhérences avec l'humérus, avec lequel elle fait corps. L'hématome est indolore ou ne devient un peu douloureux que par la fatigue. Le nerf cubital est chassé de sa gouttière épitrôchléo-olécraniennne et devient plus superficiel, partant plus exposé au traumatisme pendant les manœuvres que l'on pourrait faire pour redresser le bras. Il en résulte parfois des troubles nerveux dans sa sphère de distribution, troubles qui ont été étudiés par M. Panas, en 1877. L'intégrité des mouvements du coude est nécessairement atteinte. Le dépôt sanguin comblant en partie la cavité coronoïde, la flexion est souvent arrêtée avant l'angle droit et l'extension est aussi gênée.

Que devient l'hématome par la suite? Ou bien il se résorbe entièrement, dans les cas heureux; ou bien il persiste, s'organise, devient cartilagineux, s'encroûte de sels calcaires et serait peut-être l'origine de ces formations osseuses placées au-devant du pli du coude dont parle Malgaigne dans son *Traité des luxations*.

Le diagnostic de l'hématome du pli du coude n'est pas difficile quand on est prévenu de sa possibilité. On pourrait surtout le confondre avec la fracture de l'épitrôchlée ou de l'épicondyle, de l'apophyse coronoïde, les fractures épiphysaires et les corps étrangers.

Le traitement est celui de tous les épanchements sanguins, c'est-à-dire l'immobilité, la position élevée du membre, les résolutifs tels que les sangsues, par exemple. M. Charvot agite la question des incisions avec lavages antiseptiques, sans s'en montrer trop partisan. Il est de fait qu'on ne saurait trop se

mettre en garde contre les interventions de ce genre. Le mieux est d'attendre la résolution lente et spontanée du dépôt sanguin, parfois longtemps stationnaire et peu influencé par le traitement. Les causes des hématomes du pli du coude sont des traumatismes variables, soit directs, soit indirects, mais exerçant leur maximum d'action sur le côté interne du coude : telle l'entorse du coude avec déchirure du ligament latéral interne, mais surtout avec rupture plus ou moins considérable du corps charnu du brachial antérieur contracté au moment de l'accident.

II. — Du redressement brusque du genu valgum. — **M. V. Ménard** a entrepris sur ce sujet un certain nombre d'expériences au moyen desquelles il est arrivé à des conclusions un peu différentes de celles que *M. Delore*, de Lyon, énonçait à la Société de chirurgie en 1874. Le redressement a été tenté d'abord avec la main, suivant le procédé de *M. Delore*, puis avec l'appareil de Collin dont *M. Ménard* se montre très partisan.

Pour opérer le redressement, le membre doit être mis dans l'extension complète, alors la force de l'opérateur ou celle de l'ostéoclaste ne corrige pas seulement la saillie interne du genu valgum, l'angle ouvert en dehors est exagéré; il tend aussi à forcer l'extension. De là cette conséquence; ce n'est pas exclusivement par le ligament latéral externe que l'articulation du genou résiste à l'écartement des surfaces articulaires, à l'entorse; c'est en même temps et pour une part très notable par le ligament postérieur et aussi par les ligaments intra-articulaires. Toujours, quoi qu'on fasse, on provoque le redressement en dehors et en arrière avec la main ou avec l'appareil.

Quelles sont les lésions observées après de pareils redressements? Tandis que *M. Delore* a observé les lésions osseuses les plus variées, *M. Ménard* n'a vu que le seul fémur présenter des altérations consistant en décollement épiphysaire total ou partiel et un décollement du périoste en arrière et en dehors de l'extrémité diaphysaire. Le décollement épiphysaire se fait entre le cartilage de conjugaison et la diaphyse, au niveau juste de ce point où se trouve la zone d'ossification aux dépens de laquelle se produit l'accroissement des os en longueur. Si l'on n'examine, en effet, ces deux surfaces séparées, on voit qu'elles ne sont ni franchement cartilagineuses, ni franchement osseuses; le cartilage reste donc intact du côté de l'épiphyse. Parfois, cependant, par exception, le trait de fracture s'égare en

prend la plupart du temps presque aussitôt ses jeux et ses occupations. Néanmoins, si on l'examine deux ou trois jours plus tard, il est souvent possible de retrouver des signes évidents de la lésion osseuse. Au poignet, par exemple, on trouve un peu de tuméfaction au niveau de la région juxta-épiphyssaire du radius à 1 ou 2 millimètres au-dessus de l'articulation; celle-ci est libre, les mouvements normaux ne sont pas douloureux; mais il n'en est pas de même des mouvements forcés ni de la pression sur le point lésé qui réveille de la douleur. Dans les autres régions: sous l'aisselle, au niveau du col chirurgical de l'humérus; au cou-de-pied, au niveau de l'extrémité de la diaphyse du tibia ou du péroné, selon le sens de l'entorse; au pli de l'aîne même, malgré l'épaisseur des parties molles, on retrouve les mêmes symptômes qui, dans la majorité des cas, se dissipent par le repos au bout de quelques jours. Le périoste se tuméfie et devient assez épais et assez résistant pour constituer une attelle périphérique qui immobilise complètement la diaphyse et l'épiphyse.

Parfois les entorses juxta-épiphyssaires sont très douloureuses, c'est alors qu'il s'y est mêlé des lésions des organes de voisinage tirillés: muscles, gaines tendineuses, nerfs et surtout ligaments articulaires dont la sensibilité, obtuse à l'état normal, se réveille alors et s'exaspère. Le symptôme caractéristique de l'affection qui nous occupe est donc la tuméfaction du voisinage de l'articulation consécutive à une chute, avec intégrité parfaite de cette articulation.

M. Ollier rapporte encore à l'entorse juxta-épiphyssaire l'affection que l'on a appelée « pronation forcée douloureuse », torpeur douloureuse des jeunes enfants », dont le siège a été placé par tous les auteurs qui ont étudié cette question dans les articulations du poignet ou du coude. L'entorse siègerait à l'extrémité inférieure du radius dans beaucoup de ces cas où les lésions trouvées du côté des articulations n'ont pas rendu compte d'une manière satisfaisante des symptômes observés.

La thérapeutique de l'entorse juxta-épiphyssaire est très simple, mais ne manque pas d'une certaine importance. Pour prévenir et éviter les conséquences qui peuvent en résulter, il suffit de faire garder le repos à l'enfant et d'immobiliser le membre lésé, en ajoutant la compression à l'immobilisation, s'il y a eu de la tuméfaction et de l'épanchement sanguin. Ce qui peut aggraver la situation de l'enfant et transformer en une affection sérieuse

une lésion insignifiante, c'est l'exercice et la fatigue du membre, ou, plus encore, la répétition de nouvelles chutes sur la même région.

REVUES DE THÉRAPEUTIQUE, D'HYGIÈNE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

De l'observation du réflexe palpébral dans l'anesthésie chloroformique. — Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on signale aujourd'hui des accidents causés par l'anesthésie chloroformique, et pourtant l'emploi de cet agent anesthésique s'est généralisé. La marche des accidents tient évidemment à la connaissance des contre-indications pathologiques du chloroforme, et aussi à la stricte observance du principe de n'administrer cet anesthésique qu'à petites doses successives, séparées par des intermissions régulières jusqu'à ce que le malade soit arrivé à la période de tolérance.

Les effets physiologiques du chloroforme sont d'ailleurs connus et leur constatation suffit, en général, pour faire reconnaître si le malade est près du réveil, ou si, au contraire, il va entrer dans la période de révolution musculaire.

Dans une note récemment communiquée à l'Académie des sciences, M. Paul Berger (1) fait connaître un de ces effets dont l'observation attentive permettra de régler l'emploi du chloroforme et d'obtenir une anesthésie complète sans crainte de dépasser les limites de la tolérance. C'est le phénomène de l'abolition et du retour du réflexe palpébral.

« L'attouchement très léger avec la pulpe du doigt, de la conjonctive bulbaire et de la cornée, sur un sujet éveillé, donne lieu à un phénomène réflexe de contraction de l'orbiculaire des paupières, se traduisant par l'occlusion de la fente palpébrale.

Lorsque l'anesthésie est complète ce réflexe palpébral est supprimé ; les attouchements de la cornée ou de la conjonctive oculaire ne donnent plus lieu à aucun clignement des paupières. Cet acte réflexe est le dernier de ceux de la vie de relation qui disparaissent ; le seul qui persiste après son abolition est la dilatation de la pupille sous l'influence des excitations du grand sympathique abdominal. D'autre part son

(1) *France médicale.*

abolition, marquant le début de la période de tolérance est encore assez éloignée de la période des accidents toxiques produits par la surcharge chloroformique.

Le retour de la contraction de l'orbiculaire se manifestant d'abord à la paupière inférieure sous forme de contractions fibrillaires, puis bientôt de contractions totales de ce muscle, lorsqu'on vient à toucher légèrement avec le doigt la cornée ou la conjonctive, est le premier phénomène qui après la suppression du chloroforme indique le retour vers la période de réveil.

Donc, supprimer les inhalations dès que le réflexe palpébral est aboli, et les reprendre avec précaution dès que l'attouchement de la conjonctive ou de la cornée provoque de nouveau les contractions de l'orbiculaire.

C'est donc un point de repère précieux à ajouter aux phénomènes déjà connus, qui caractérisent les diverses phases de l'anesthésie par le chloroforme, et dont la constatation ne doit jamais être négligée.

Intoxication par des applications de caoutchouc.

— Un enfant à la mamelle, traité dans le service de M. Jules Simon (1) pour un eczéma de la face, fut pris subitement de vomissements, de diarrhée et de collapsus. Ne trouvant aucune autre cause à ces troubles, M. Simon pensa que le masque de caoutchouc, appliqué sur la face de l'enfant pour le guérir de son eczéma, pouvait être incriminé, et prescrivit de le remplacer par un masque de gutta-percha laminée. Aussitôt après ce changement, les symptômes que nous avons décrits, disparurent complètement.

Ce fait contient un utile enseignement à savoir, que chez les jeunes enfants, certaines toiles caoutchoutées riches en sulfure de carbone, peuvent déterminer un véritable empoisonnement que l'on évitera en employant les masques de gutta-percha ou même, plus simplement, et avec autant d'avantages, la toile gommée.

Sur la réunion immédiate des tissus divisés par le thermo-cautère. — Lorsqu'on pratique, à l'aide du thermo-cautère, une solution de continuité, c'est que l'on a préalablement renoncé à l'espoir d'obtenir une réunion immédiate. Pour que les surfaces opposées puissent, en effet, contracter des adhérences, il faut que les eschares produites par le platine rougi, soient tombées, laissant à découvert les bour-

(1) *Journal de méd. et de chirurgie pratiq*

geons charnus sous-jacents. Cette condition cependant n'est pas indispensable, ainsi que le démontre un fait observé par M. Paul Reclus (1). Dans certains cas, rares à la vérité, la couche des tissus est si peu épaisse que les divers éléments détruits peuvent être, en partie, repris par absorption, et que cette zone mince peut être immédiatement traversée par les anses des vaisseaux de formation nouvelle et les cellules proliférées qui vont s'unir à ceux de la surface cruentée opposée.

Le malade de M. Reclus, portait dans la région carotidienne droite, une tumeur ganglionnaire cancéreuse, dont les limites remontaient en haut jusqu'aux attaches du sterno-mastoïdien et atteignaient du bas la partie moyenne du cou. Le muscle était soulevé et les gros vaisseaux fortement rejetés en avant.

Nous avons pratiqué, dit l'auteur, au thermo-cautère une première incision de 10 centimètres, qui de l'apophyse mastoïde, descendait en suivant le bord du sterno-mastoïdien; une seconde section, perpendiculaire partait de la première vers son milieu, passait par le point culminant du néoplasme et se terminait en arrière, vers la nuque après un trajet de 8 centimètres.

Nous avions ainsi deux larges lambeaux que nous avons détachés avec le thermo-cautère chauffé au rouge sombre. La dissection fut assez minutieuse et la lame de platine longtemps au contact des tissus. Les deux lambeaux soulevés et maintenus par des rétracteurs, le muscle a été divisé sur la sonde cannelée, toujours avec le thermo-cautère; le néoplasme était mis à nu; la veine jugulaire interne était comprise en partie dans les tissus dégénérés et, comme nous l'avons souvent vu faire à M. Verneuil, nous avons dû en réséquer entre deux ligatures, une certaine longueur, 6 centimètres environ; puis la masse ganglionnaire a été extirpée.

La plaie ainsi produite était large, déprimée à son centre, assez régulière. Les lambeaux cutanés, minces et flexibles, s'appliquaient facilement sur les tissus divisés et les recouvraient en partie, leur face profonde était nette et paraissait peu carbonisée. Ces lambeaux, après les lavages antiseptiques ordinaires furent réappliqués; un tube à drainage fut laissé dans la partie déclive de la plaie.

Compression douce et pansement de Lister. Ce premier pansement est enlevé au bout de 48 heures; la réunion est parfaite; pas le moindre décollement; 4 jours après l'opération,

(1) *Gazette hebdomadaire*, n° 47. 1881.

suppression du drain; 8 jours plus tard, l'adhésion est solide et complète.

Lavage de la vessie avec le siphon. — Le Dr Taillefer (1) a eu l'idée d'appliquer à la vessie le procédé si facilement et si efficacement employé pour les lavages de l'estomac.

Il se sert d'un tube en caoutchouc de 60 centimètres de longueur environ, et d'un entonnoir ordinaire. Il commence par vider la vessie avec la sonde ordinaire, sur le pavillon de laquelle il abouche ensuite l'extrémité du tube dont l'autre bout est adapté à l'entonnoir. Celui-ci, tenu d'abord au-dessus du niveau de la vessie, est rempli de liquide et élevé graduellement, jusqu'à ce que celui-ci ait pénétré dans la vessie.

F. L.

Formulaire

M. J. Simson prescrit assez souvent la mixture suivante, aux petites filles de 6 à 8 ans, déjà dyspeptiques et nerveuses (2).

Teinture de Colombo..... 10 grammes.

— de belladone..... 5 —

Elixir parégorique..... 5 —

Cinq à dix gouttes avant chaque repas.

Contre l'élément douleur, on élèvera le chiffre de l'élixir parégorique. Si la constipation prédominait, on supprimerait l'opium et on ne donnerait que la belladone.

RECUEIL DE FAITS

1° Rapports de l'héméralopie et de l'ictère dans les hypertrophies du foie. — M. le Dr Cornillon vient de publier dans le *Progrès médical* quatre observations qui nous paraissent établir d'une manière formelle la relation de cause à effet entre la congestion hépatique et l'héméralopie.

En dehors du diabète, dit M. Cornillon, les troubles oculaires dans les affections du foie ont été un peu négligés. Les auteurs classiques qui traitent de l'ictère, Murchisson, en particulier, s'étendent assez longuement sur la vision en jaune, fait aussi exceptionnel que bizarre, tandis qu'ils signalent à peine l'héméralopie qui me paraît plus commune et plus importante à connaître que la première aberration visuelle. Cependant

(1) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

(2) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

Frerichs, dans son *Traité des maladies du foie*, et M. Jules Simon, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, consacrent quelques lignes à ce singulier phénomène morbide.

C'est en 1876 que, pour la première fois, mon attention fut attirée sur ce point d'oculistique. Un homme encore dans la force de l'âge se présenta à moi avec une congestion du foie et un ictère datant de plusieurs mois. L'affection viscérale dont il était atteint ne l'inquiétait nullement, d'autant plus qu'elle ne l'empêchait point d'exercer sa profession de boucher; mais, ce qui le gênait par-dessus tout, c'est qu'après le coucher du soleil il ne pouvait plus reconnaître les passants, tandis que pendant le jour il voyait très distinctement. Je le soumis sans retard au traitement par les alcalins, et, en moins d'un mois, l'affection du foie, la jaunisse et l'héméralopie avaient disparu : il pouvait reprendre ses anciennes occupations.

Je n'accordai qu'une faible importance à ce fait, quelque insolite qu'il fût, d'autant plus qu'à peu près à la même époque je soignai un jeune militaire en congé semestriel, qui était atteint de néphrite albumineuse et qui présentait de l'héméralopie. Je crus que, dans un cas comme dans l'autre, j'avais affaire à une simple coïncidence. Mais, cette année-ci, ayant observé quatre faits analogues, je suis amené à considérer ces troubles oculaires non pas comme un épiphénomène, mais comme un symptôme de la jaunisse.

Après l'exposition des faits, M. Cornillon termine par les réflexions suivantes :

A l'occasion de tous ces faits, j'aurai quelques observations à présenter. Tout d'abord, ce qui ressort des renseignements qui nous ont été fournis, c'est que, chez nos malades, l'héméralopie n'est jamais survenue au début de la congestion du foie. Toujours elle s'est montrée longtemps après l'apparition de l'ictère. Or, à cette époque, elle n'a pas encore le caractère qu'elle aura par la suite, la persistance; elle est éphémère, peu tenace, cédant le plus souvent sans traitement spécial au bout de quelques semaines. Voilà le premier point sur lequel nous tenions à fixer l'attention.

Puis, lorsque la congestion hépatique s'aggrave, que l'ictère augmente et tend à devenir chronique, l'héméralopie reparaît et se maintient. Elle ne constitue plus alors comme au début un épiphénomène sans importance; elle devient un symptôme grave, inquiétant. En effet, lorsqu'elle n'est que passagère, elle ne doit s'accompagner d'aucune lésion profonde de la rétine,

tandis qu'une fois persistante, il existe vraisemblablement des désordres irrémédiables dans le nerf optique. Voilà le second point que nous tenions à relever.

Autre remarque. Dans les quatre cas que nous venons de rapporter, constamment l'héméralopie nous a paru liée à la présence de l'ictère et subordonnée à sa marche — diminuant lorsqu'il s'améliorait, s'aggravant lorsqu'il augmentait. C'est ainsi que, dans l'observation n° 2, une fois que la pneumonie se déclare, faisant disparaître, en même temps et la jaunisse et la congestion hépatique, l'héméralopie cesse aussitôt. Quand cette phlegmasie est guérie, l'ictère reparaissant, l'héméralopie revient, bien que le foie n'ait pas repris son volume primitif, se soit même atrophié. Les relations de cause à effet ne sauraient être mieux établies.

2° Troubles psychiques chez les cardiaques. —

L'état mental des cardiaques a été, à plusieurs reprises, dans ces derniers temps, l'objet de travaux assez importants. M. d'Astros a publié sur ce même sujet une étude récente dans laquelle il a réuni un certain nombre de faits nouveaux qui donnent beaucoup d'intérêt à ce travail. L'auteur, en effet, établit entre les cardiaques aortiques et les cardiaques mitraux un parallèle qui fait reconnaître déjà entre eux de notables différences au point de vue de la modification des caractères. Les premiers sont quelquefois d'une impressionnabilité extrême, d'un caractère variable, capricieux et fantasque, d'une susceptibilité exagérée, enfin d'une mobilité remarquable d'esprit et d'humeur. Les cardiaques mitraux sont ordinairement plus renfermés en eux-mêmes ; peu expansifs, vivant peu en dehors, ils gardent pour eux les sentiments qu'ils ressentent, le plus souvent de nature triste : découragement plus ou moins profond ou sorte d'ennui de la vie. Aussi moroses, pensifs, taciturnes, ils restent quelquefois plongés dans une sombre mélancolie. A un degré plus avancé, on voit se produire plus facilement chez les aortiques de la fatigue intellectuelle, puis de l'affaiblissement et même de la démence analogue à la démence sénile. On peut voir enfin survenir, ainsi que M. Armingaud en a cité des cas, de véritables états hystériques. Dans les cas de lésions mitrales on observe plutôt les formes mélancoliques ou violentes de la folie.

A un point de vue plus particulier, on peut dire que chez des sujets prédisposés par des antécédents héréditaires d'aliénation mentale les maladies du cœur peuvent amener la folie

sous un aspect spécial : la mélancolie est la forme constante dans la folie cardiaque, mais avec deux tendances différentes. Tantôt les phénomènes de dépression prédominent et l'on peut observer jusqu'à la mélancolie stupide ; tantôt c'est une forme plus active que l'on rencontre avec délire intellectuel plus ou moins prononcé et quelquefois des hallucinations. Dans cette dernière forme, sous l'influence de ces déceptions délirantes, le malade en arrive quelquefois à des tentatives de suicide ; ces aliénés commettent fréquemment des actes de violence sous l'influence soit de réactions passionnelles exagérées soit quelquefois d'impulsions irrésistibles.

M. d'Astros s'est attaché aussi à décrire les troubles cérébraux qui surviennent quelquefois au moment des attaques d'asystolie, qui consistent généralement en des hallucinations, survenant le plus souvent la nuit, ou un délire maniaque plus ou moins violent. Mais un point qui mérite de fixer particulièrement l'attention, c'est qu'au traitement employé, et principalement à la digitale, incombe quelquefois la responsabilité, au moins partielle de ces troubles intellectuels et sensoriels. Le Dr Durozier a, le premier, décrit un délire digitalique. M. le professeur Vulpian admet aussi qu'outre les vertiges la digitale peut produire d'autres troubles cérébraux, tels que des hallucinations, du délire nocturne surtout. Le délire serait chez certains malades un des premiers et des principaux phénomènes de l'intoxication par la digitale. M. Vulpian cite une malade qui fut atteinte de délire avec une agitation considérable pendant une partie de la nuit après avoir pris deux pilules contenant chacune dix centigrammes de poudre. Elle ne reprit de nouveau deux pilules qu'au bout de quelques jours pendant lesquels l'intelligence était restée parfaitement normale. Le même phénomène se reproduit cette fois encore. Ce n'est pas d'ordinaire aussi rapidement, d'après M. Vulpian, que se produit le délire digitalique ; il ne se produit qu'après deux, trois, quatre jours de traitement, ou même après un plus grand nombre de jours.

L'existence de ce délire a été niée par certains auteurs ; il paraît cependant bien prouvé qu'il peut se montrer isolé de toute autre manifestation digitalique, mais favorisé probablement par les troubles antérieurs de la circulation cérébrale. Prévenu de cette circonstance on doit donc surveiller d'autant plus l'action de la digitale. La même prudence doit guider le médecin dans l'emploi des autres médicaments qui comptent des troubles cérébraux au nombre de leurs accidents possibles,

l'opium et la morphine en particulier dont l'emploi est devenu fréquent dans les affections aortiques.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

Séance du 20 décembre 1884.

Présidence de M. LEGUEST.

L'ordre du jour portait l'élection du vice-président de 1882, le futur président de 1883. Le bruit courait qu'on allait assister à une lutte entre deux candidats, et que la lutte partageait l'Académie en deux camps de même force, ce qui ne s'était pas encore vu, en de telles circonstances. Et, en effet, dès la proclamation des premiers bulletins, la division est apparue. A quatre reprises différentes, les deux candidats ont été *head at head*, et l'élu, M. Hardy, a obtenu la stricte majorité, c'est-à-dire 39 voix sur 77 votants; l'autre candidat, M. Fauvel, a eu 33 suffrages.

Lorsque le résultat a été acquis, M. Hardy a demandé la parole. On se demandait ce qui allait arriver; quelques-uns croyaient qu'il s'agissait d'un désistement. Mais non, M. Hardy voulait remercier ses confrères de l'honneur qu'ils venaient de lui faire et qui « était, a-t-il dit, le plus beau couronnement de sa carrière médicale ».

D'autres estimaient que le silence convenait à l'académicien élu « si justement ». C'est affaire d'appréciation personnelle.

Nos lecteurs nous sauront gré, croyons-nous, de leur expliquer l'incident.

Suivant l'usage de l'Académie de médecine, chaque membre est porté à la présidence à son tour. Le tour est réglé par la date d'admission dans la Compagnie. Cette année amenait le tour de M. Hardy. Sa candidature était donc parfaitement régulière. Voici le motif qui a fait surgir celle de M. Fauvel, dont le tour arrivait seulement l'année prochaine. L'éminent hygiéniste, qui a rendu des services signalés à la science épidémiologique et à la police sanitaire internationale, est membre du comité consultatif d'hygiène, institué par le Ministre de l'Agriculture et du Commerce. Il est même vice-président du

Comité: sa notoriété, son caractère et l'autorité incontestable qu'il s'est acquise, justifiaient pleinement cette haute situation. L'Administration supérieure, paraît-il, n'est pas de cet avis, et M. Fauvel aurait été en butte à des tracasseries, dont il a cru pouvoir déléguer l'appréciation au jugement de ses pairs, les membres de l'Académie, les plus compétents sans doute en la matière.

De là cette candidature, accueillie avec empressement par tous ceux qui placent haut la dignité professionnelle et veulent la faire planer au-dessus des misères de la politique. Certes, parmi ceux qui n'ont pas voté pour M. Fauvel, il y a nombre de personnes qui pensent là-dessus de la même manière que ceux qui ont voté pour M. Hardy, en sacrifiant à l'usage. Nous croyons, en conséquence, que le vote constitue en l'honneur de M. Fauvel une manifestation imposante, dont le Gouvernement aurait tort de ne pas tenir compte.

M. Bergeron a été, par acclamation, maintenu dans les fonctions de Secrétaire annuel.

MM. Bernutz et Jules Lefort ont été élus membres du Conseil.

M. Ch. Richet se porte candidat dans la section d'anatomie et de physiologie.

MM. Gareau et Rollet posent leurs candidatures au titre de correspondants nationaux.

M. Gust. Retzius adresse à l'Académie le commencement d'une magnifique publication sur l'anatomie des organes de l'ouïe chez les vertébrés. Le présent volume est relatif aux amphibiens et aux poissons. M. Retzius est un Suédois; il est professeur à Stockholm. Jadis la France considérait la Suède comme sa plus vieille et sa meilleure alliée; nous ne comptons que des amis dans ce pays. Pourquoi s'habitue-t-on à écrire en allemand dans la Suède?

M. Colin, d'Alfort, appelé à la tribune pour donner lecture d'un mémoire, refuse de prendre la parole. « On me fait attendre depuis plusieurs semaines, dit-il, sous divers prétextes, que je trouve insuffisants. Je puis bien attendre encore ».

M. Verneuil reprend la discussion, qui nous semble épuisée pour le moment, sur l'impaludisme et le diabète. Il remercie ses contradicteurs de leur courtoisie.

De fait, cela nous a reposés quelque peu des criaileries

épileptiques auxquelles les bouillons de poule et la culture de la bactériidie nous avaient trop longtemps condamnés.

M. Verneuil convient qu'il a employé comme quasi-synonymes les mots glycosurie et de diabète. Est-ce là une faute bien grave ? Il ne le croit pas. Parce que, dit-il, nous attendons encore une définition précise qui permettra de déterminer les limites respectives des deux affections. En somme, il consent à ne parler désormais que de glycosurie palustre. Cette glycosurie, ajoute-t-il, lui paraît un accident tertiaire de l'impaludisme.

Discutant les objections de M. Le Roy de Méricourt et de M. Léon Colin, l'orateur cherche à en atténuer les conclusions : les statisticiens n'ont fait attention au diabète que durant les dernières années. Le diabète ne tue guère ceux qu'il atteint que d'une manière indirecte et par les complications survenues et aggravées sous l'influence pernicieuse de la diathèse. Cela explique pourquoi le diabète est resté latent même pour des yeux attentifs.

Enfin, M. Verneuil produit diverses observations de glycosurie paludique, qu'il a reçues depuis la dernière séance et qui apportent à sa thèse une nouvelle confirmation. Il continuera l'enquête commencée et s'engage à en communiquer, d'ici quelque mois, les résultats à l'Académie.

M. Tarnier présente trois instruments nouveaux destinés à la pratique obstétricale.

J'ai l'honneur, dit-il, de présenter à l'Académie de la part du docteur Pierre Thomas, de Paris, un embryotome emporté-pièces destiné à couper le tronc ou le cou du fœtus dans les présentations de l'épaule alors que la version est impossible. Cet embryotome est très puissant et ingénieusement combiné. Je ne crois cependant pas qu'il doive être préféré ces ciseaux à l'embryotome de Paul Dubois.

J'ai aussi l'honneur de présenter de la part de M. le docteur Pierre Thomas un autre instrument destiné à rendre la décollation plus facile que par le passé. Ce dernier instrument se compose d'un crochet analogue à celui de C. Braun (de Vienne) ; mais ce crochet est creux et il sert de conducteur à une ficelle autour de laquelle un petit fil de fer est enroulé en spirale. Une fois le crochet passé derrière le cou, on saisit l'une des anses par laquelle se termine la ficelle et on attire celle-ci au dehors. En imprimant à cette ficelle un mouvement de va-et-vient on coupe très rapidement tous les tissus y com-

pris la colonne vertébrale du fœtus. Mais cette ficelle ainsi armée d'un fil de fer en spirale serait dangereuse pour les organes maternels; aussi M. Thomas protège ceux-ci en faisant passer la ficelle dans une double canule en forme de canon de fusil double. Je crois que ce dernier instrument de M. Thomas est appelé à rendre de réels services et simplifiera la décollation; mais, je pense que M. Thomas rencontrera, dans certains cas, de la difficulté à attirer au dehors, la ficelle et à la faire sortir du crochet.

J'ai encore l'honneur de présenter à l'Académie, de la part de l'un de mes anciens élèves, M. le docteur Ribémont, chef de clinique d'accouchement, un instrument analogue à celui de M. Thomas. L'instrument de M. Ribémont se compose aussi d'un crochet creux qui cache un ressort analogue à celui de la sonde Belloc. Ce ressort sert à entraîner une ficelle armée d'un fil de fer en spirale. Dans l'instrument de M. Ribémont, le crochet se termine par un anneau métallique pivotant dans tous les sens, facile à saisir avec le bout du doigt et ce détail d'instrumentation me paraît présenter un très grand avantage.

En combinant les avantages respectifs des deux derniers instruments à ficelle armée de fil de fer, je crois que MM. Thomas et Ribémont arriveront à contruire un embryotome très puissant, facile à manier et appelé, je l'espère, à rendre de très grands services.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. PETER sur les candidatures aux places vacantes de correspondants et le rapport sur les dépenses de l'année qui va prendre fin.

Société de chirurgie.

Séance du 21 décembre 1881.

Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

Le compte rendu de la séance précédente est lu et adopté après quelques rectifications.

M. Trélat a appris, depuis sa communication sur la colotomie, qu'elle avait déjà été décrite de la même façon par Nélaton. Il a pu, en effet, trouver dans le traité de chirurgie de ce maître une description identique à la sienne. De sorte qu'il n'a fait que réinventer, sans le savoir, le procédé de Nélaton.

Discussion sur le chloroforme. — M. Berger. —

M. Lucas-Championnière a appelé notre attention sur le chloroforme, et j'ai remarqué que celui que j'employais à la Charité me donnait des résultats d'une grande instabilité, aussi me suis-je bien trouvé d'en apporter de la ville.

Un bon chloroforme a une odeur suave et pénétrante ; celui des hôpitaux a, au contraire, une odeur rappelant celle de l'acide acétique. De plus, il laisse sur la compresse qui a servi à l'administrer une tache à bords brunâtres ou grisâtres, alors qu'il ne devrait laisser aucune trace. Dans son emploi, au lieu de la respiration calme et égale qui, avec un chloroforme pur, succède à la période d'excitation, on observe une respiration ralentie. Chaque mouvement est accompagné d'une pose de 3 à 10 secondes, ce qui peut abaisser le nombre des mouvements respiratoires à 6 ou 7 par minute. Ces accidents paraissent dus à un réflexe laryngé dont la syncope primitive par arrêt du cœur peut être la conséquence. Le malade asphyxie absolument, ses jugulaires ont des battements isochrones du pouls dus à la surcharge veineuse du cœur droit.

Le chloroforme que nous avons dans les hôpitaux est un agent très instable, et j'ai toujours remarqué ces suspensions dans la respiration chaque fois que le chloroforme présentait la mauvaise odeur dont je viens de parler.

Faut-il en rejeter la faute sur l'administration ? Non, assurément ; on doit n'incriminer que les intermédiaires, la façon dont il est conservé jusqu'au moment de l'emploi, dans des flacons plus ou moins bouchés et en vidange. Je souhaite qu'on exagère les précautions à la pharmacie centrale et qu'on ne livre le chloroforme qu'en petits flacons de 250 grammes au plus en verre bleu ou fumé, flacons qui devront être très surveillés par les personnes qui en ont la garde dans les salles.

M. Perrin a modifié ses idées depuis 1860, époque où il fit un traité sur l'anesthésie. Il a fait les mêmes remarques que M. Berger et n'a plus observé d'accidents avec du chloroforme purifié.

Sédillot a dit que le chloroforme bien administré ne tuait jamais, ce n'est pas l'avis de M. Perrin ; l'état anesthésique quel qu'il soit expose à des morts subites, si bien administrés et si purs que soient les agents oesthésiogènes. M. Lucas-Championnière qui avait cité Sédillot a encore dit que les chiens étaient de mauvais réactifs physiologiques pour le

chloroforme, M. Perrin n'est pas non plus de cet avis avec Claude Bernard.

M. Regnault purifie le chloroforme pour les hôpitaux en le débarrassant de l'alcool en excès par le lavage et en le traitant par le calcium sec en présence d'une huile. Le chloroforme peut ainsi se conserver parfaitement à la lumière, néanmoins l'expérience a démontré au Val-de-Grâce qu'il était meilleur quand il était tout récemment préparé. Il serait encore bon de l'essayer chaque fois que l'on doit s'en servir.

Quant à la respiration artificielle pour parer à l'asphyxie, M. Perrin s'y associe entièrement, surtout si on emploie le procédé de Pacini, de Florence.

M. Marc Sée croit que dans l'anesthésie la mort n'est pas due à l'impureté du chloroforme.

M. Farabeuf. — Autrefois la pharmacie centrale fabriquait elle-même son chloroforme, elle se contente aujourd'hui de vérifier s'il est pur. Le chloroforme versé sur un papier plié en quatre doit s'évaporer en conservant toujours sa même odeur et sans laisser aucune tache. Il serait intéressant encore de savoir quel crédit on doit accorder aux recherches de M. Paul Bert sur le sujet.

M. Després. — Pour cela, il faudrait que sa méthode ait été appliquée autant de fois que le chloroforme l'a été, afin que l'on puisse comparer. Mais je tiens à défendre le chloroforme des hôpitaux injustement attaqué. Autrefois, Velpeau, Nélaton n'en voulaient pas d'autre. On lui attribue tous les accidents, en cherchant bien on pourrait peut-être trouver d'autres causes tenant aux malades, calculs biliaires, d'où vomissements, etc. Le chloroforme agit comme l'alcool, ce n'est qu'une ivresse plus rapide ; qu'importe la qualité du vin avec lequel on se grise, qu'importe la pureté du chloroforme. Mais tout le monde sait que se griser tout d'un coup, rend plus malade que de se griser à petites doses ; donc il faut administrer le chloroforme par petites doses et avec précaution, autrement que ne le font les Anglais.

M. Tillaux. — Je n'ai jamais eu de mort par le chloroforme et je n'ai pas remarqué qu'il déterminât plus d'ennuis qu'autrefois. Je crois que les différences tiennent aux individualités et les accidents au mode d'administration.

C'est ainsi qu'on a vu un chirurgien avoir la spécialité de ces accidents.

M. Le Fort. — Les ennuis de la chloroformisation ne se

rencontrent plus avec du chloroforme pris en ville, c'est donc le chloroforme qu'il faut incriminer. Autrefois, celui des hôpitaux était meilleur que les autres, il semble ne plus en être de même; cela tient probablement à son mode de conservation. J'ai encore en ma possession un tube de chloroforme fermé à la lampe depuis 1849, il sera intéressant de savoir s'il a été altéré. Je serais d'avis que l'on conservât le chloroforme dans des tubes de 30 grammes au plus, fermés à la lampe aux deux bouts.

M. Lucas-Championnière répond successivement à tous les orateurs précédents et répète ce qu'il a déjà dit dans la précédente séance, à savoir qu'il est plus sûr de n'employer que du chloroforme pur comme le faisait Sédillot qui, sur 1,500 cas, n'a pas eu d'accident notable. Par le procédé de M. Yvon il est facile de l'avoir avec toute la pureté désirable. La fréquence des accidents en Angleterre doit tenir à la façon d'administrer l'anesthésique. En effet, chez nos voisins, on n'endort pas les malades, on les assomme avec le chloroforme. Il maintient, contre M. Perrin, que les chiens sont tués facilement par l'anesthésie chloroformique.

M. Perrin. — Il est évident que les résultats sont meilleurs avec du chloroforme pur, mais pouvez-vous affirmer que l'anesthésie, même alors, ne tue jamais.

M. Lucas-Championnière. — Non, mais les chances de mort diminuent et le chloroforme pur reste de beaucoup le meilleur agent anesthésique.

Rapport. — **M. Pollaillon** lit un rapport sur quatre observations de *résection du maxillaire supérieur* par le Dr Combalat.

Le Dr Combalat rejete la ligature préalable de la carotide et s'est servi tantôt de l'incision interne partant du grand angle de l'œil, contournant le nez pour passer par le milieu de la lèvre supérieure, tantôt de l'incision externe partant de la commissure pour aller vers l'oreille. — Pour la section des os le Dr Combalat préconise les cisailles aidées de la scie à chaîne pour l'os malaire parfois trop dur.

Dans un cas il y eut destruction consécutive d'un œil due peut-être au tiraillement du sous-orbitaire et à une lésion du ganglion de Gasser. Une autre fois la phthisie de l'œil semble imputable à ce que la paupière inférieure devint incapable de recouvrir le globe oculaire. De ces quatre observations l'une a trait à une résection partielle des deux maxillaires supérieurs.

C'est là une chose rare, aussi le rapporteur propose-t-il de mettre l'observation tout au long dans les archives de la Société.

M. Nicaise. — J'ai déjà fait remarquer dans une précédente séance qu'il y avait une différence notable entre l'élongation des nerfs crâniens et celle des nerfs rachidiens. Il est toujours à craindre que l'étirement des premiers ne produise des lésions considérables ; aussi faut-il invariablement sectionner le sous-orbitaire avant d'arracher le maxillaire supérieur.

M. Tillaux n'est pas partisan de l'incision externe partant de la commissure. Elle laisse une cicatrice apparente, tandis que l'incision interne n'en laisse pas d'appréciable, si elle est bien faite.

M. Marc Sée. — La méthode de Nélaton pour ces résections vaut mieux que celle de Velpeau. Elle amène entre autres choses à couper d'abord le sous-orbitaire.

M. Pollaillon. — M. Combalat a toujours sectionné préalablement le nerf ; mais chez un de ses opérés on peut supposer qu'il était resté assez de tissu cellulaire de la gaine du nerf pour amener l'ébranlement du ganglion de Gasser lors de l'extirpation de l'os. On se rend compte ainsi des troubles trophiques observés du côté de l'œil. L'incision externe quand elle est bien réussie peut ne donner lieu qu'à une cicatrice courte et peu apparente.

M. Chauvel présente l'observation d'un malade qui a reçu, il y a un an, un traumatisme à la région pariétale gauche de la tête et qui depuis a présenté des accès de contractures spasmodiques durant chacune deux ou trois secondes dans les muscles du cou, du membre supérieur et du tronc du côté droit. Ces accès d'abord éloignés se sont rapprochés. Le malade voit son état s'aggraver de jour en jour ; il n'est pas syphilitique, a de la fièvre et souffre au niveau du pariétal ascendant où a porté le traumatisme vers la circonvolution. Tous les remèdes employés, l'iodure de potassium, entre autres, n'ont amené aucun soulagement. — Faut-il trépaner ?

— Oui, disent **MM. Tillaux** et **Lannelongue**. Ce dernier ajoute que la névrite optique signalée par M. Chauvel chez son malade semble indiquer une lésion assez étendue.

M. Marc Sée pense que ces phénomènes d'encéphalite chronique peuvent tenir à une lésion superficielle sans suppuration.

M. Guérmonprez lit une observation de *fracture du*

carpe sans plaie, compliquée d'une synovite tendineuse des fléchisseurs et suivie de guérison.

Présentation de malade. — M. Nicaise présente un malade qui était atteint d'un épithélioma de l'avant-bras de 40 centimètres de diamètre, englobant les muscles et allant jusqu'au cubitus.

Pour l'enlever, il fallut réséquer une partie du cubitus. Néanmoins, la plaie s'est parfaitement cicatrisée.

Le point de départ du néoplasme semble avoir été un eczéma chronique, et l'examen microscopique a démontré qu'on avait eu affaire à un épithélioma pavimenteux pénétrant dans l'os.

La séance est levée à 6 h. 1/4.

F.-A. HUE.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Livres d'Étrennes

La librairie Hachette s'est acquise une telle réputation pour les livres d'étrennes, elle en possède une variété si nombreuse, en rapport avec les différents âges et les divers goûts, qu'une promenade rapide à travers ceux qu'elle offre cette année au public, sera la justification la plus complète de ce que nous annonçons. Voici d'abord les éditions de grand luxe dans le format in-folio. *Le Livre d'Esther* tiré de la traduction de la Bible par Lemaistre de Sacy frappe particulièrement nos regards. C'est un superbe volume enrichi de douze grandes compositions gravées à l'eau forte, d'après les dessins originaux de Bida, par Boilvin, Champollion, Flameng, Milieu, etc., etc. C'est encore Bida qui a dessiné toutes les têtes de chapitres pendant que Poterlet faisait les lettrines, les culs-de-lampe. Nous ne voulons pas raconter ici l'histoire si connue et si intéressante d'Esther que la belle tragédie de Racine a rendue si populaire, mais on peut dire que ce magnifique volume ne sera pas le moins bien accueilli dans la collection consacrée à l'Ancien et au Nouveau Testament, collection qui renferme déjà dans ses écrits : les *Saints Évangiles*, traduction tirée des œuvres de Bossuet, par M. H. Wallon (deux volumes exceptionnellement illustrés) *l'Histoire de Joseph* et *l'Histoire de Tobie*.

Le deuxième Récit des temps mérovingiens, par Augustin Thierry, forme un fascicule de six feuilles grand in-folio. Il

contient six grands dessins de Jean-Paul Laurent, reproduits par le procédé de MM. Goupil et C^{ie}. C'est l'année dernière qu'a paru le premier récit. Le deuxième est en tous points digne de son aîné. Ce splendide ouvrage inaugure admirablement cette nouvelle collection qui sera consacrée à notre histoire nationale. Celle-ci a encore fourni le sujet d'un des plus beaux livres que chacun voudra posséder. J'ai nommé *l'Histoire du gentil seigneur de Bayard*, composée par le *loyal Serviteur*. On sait les qualités et les vertus du chevalier sans peur et sans reproche, mais on connaît moins celles de son biographe. Celui-ci, qu'on croit être Jacques de Mailles, gentilhomme archer dans la compagnie de 500 lances commandées par Bayard en 1523, et en même temps secrétaire du bon chevalier, écrivait au xvi^e siècle. Son orthographe archaïque et compliquée rendait sa lecture pénible et difficile. Heureusement que M. Lorédan Larchey a modifié pour nous cette orthographe et ces tournures mais sans rien leur faire perdre de leur simplicité et de leur naïveté primitives. L'illustration de ce volume in-8° est splendide. Nous dirons seulement qu'il contient huit planches, trois titres et une carte en chromo-lithographie, un portrait en photo-gravure, 33 grandes compositions et portraits tirés en noir et 186 gravures intercalées dans le texte. Nos lecteurs connaissent déjà les deux premiers volumes de *l'Histoire des Romains*, par V. Duruy et la manière large et heureuse qui a présidé à la conception de cet ouvrage. Aussi suffira-t-il de leur dire que le quatrième volume vient de paraître. Il comprend la période écoulée entre le règne d'Auguste et l'avènement d'Adrien. L'illustration se compose de 499 gravures sur bois d'après l'antique, de 6 cartes et de 9 planches en couleur. Pour les mêmes raisons, nous ne ferons que mentionner le tome VII de la *nouvelle Géographie universelle*, la Terre et les Hommes, par Elisée Reclus. Il est consacré à l'*Asie orientale* et il contient 2 cartes d'ensemble, 3 planches tirées à part et en couleurs, 200 cartes insérées dans le texte et 90 gravures sur bois, d'après les dessins de Barclay, Lancelot, Ronjat, etc., etc.

Nous ne pouvons pas séparer la géographie des voyages. La maison Hachette en possède une collection sans rivale. Pas une découverte n'a lieu, pas un pays n'est exploré à nouveau et surtout pour la première fois, sans qu'aussitôt paraisse un volume magnifiquement illustré, grâce au concours de nos plus éminents artistes. Cependant plusieurs beaux ouvrages

sont encore venus l'enrichir. Citons d'abord ceux qui se rapportent à l'Afrique, cette terre en grande partie inconnue et qui au nord comme à l'est et à l'ouest présente un intérêt vital pour nous. Ouvrons donc *le Maroc*, par Edmondo des Amicis. C'est un volume in-4°, illustré de 200 gravures sur bois et traduit de l'italien par Henri Belle. Puis voici les deux volumes du major Serpa Pinto : *Comment j'ai traversé l'Afrique depuis l'Atlantique jusqu'à l'Océan Indien*, de Benguela à Durban, à travers des régions inconnues, ouvrage traduit sur l'édition anglaise et collationné avec le texte portugais par J. Belin de Launay. Enfin, prenons le *Voyage en Afrique* du docteur Nachtigal, traduit par J. Gourdault. Le tome premier qui vient de paraître, comprend le voyage dans le Fezzan et au Bornou. C'est un beau volume in-8° raisin, illustré de 50 gravures et accompagné de deux cartes. Nous revenons en Europe avec l'ouvrage de P. Kanitz, intitulé : *la Bulgarie danubienne et le Balkan*, études de voyage (1860-1880), édition française publiée sous la direction de l'auteur, accompagnée d'une carte et illustrée de 150 gravures sur bois. C'est à la suite de ce beau et luxueux ouvrage qu'il faut placer une série de livres de voyages d'un format plus portatif, où nous relevons comme nouveautés : *trois Années en Grèce*, par Henri Belle ; *le Pays des Nègres*, par E. la Selve ; *Panama et Darien*, par Armand Reclus, et *Voyage à la Sierra Nevada de Sainte Marthe*, par Elisée Reclus.

Mais quand il s'agit de voyages, rien ne peut être plus intéressant que *le Tour du Monde*, cette belle et splendide publication dont il paraît une livraison hebdomadaire depuis l'année 1860. Cette collection comprend donc 21 volumes qui contiennent 340 voyages, environ 12,500 gravures, 400 cartes et plans. C'est une des revues les mieux illustrées et les plus intéressantes. Les médecins y trouveront souvent des renseignements utiles, car beaucoup de nos confrères ont raconté dans *le Tour du Monde* les impressions de leurs voyages. Rien que dans l'année 1881, nous relevons les voyages de M. le docteur Lortet, en Syrie, de M. le docteur Gustave Le Bon, aux monts Tatras, de M. le docteur Jules Crevaux, de Cayenne aux Andes, etc.

Une publication parallèle à celle du *Tour du Monde* c'est le *Journal de la Jeunesse*, nouveau recueil hebdomadaire illustré, destiné aux enfants de dix à quinze ans. Chaque année forme deux beaux volumes grand in-8°, ce recueil comprend déjà

dix-huit volumes où l'on trouve un choix des lectures les plus attrayantes, dans lesquelles sont entremêlées des nouvelles, des contes, des biographies, des récits, d'aventures et de voyages, des causeries sur l'histoire naturelle, la géographie, l'astronomie, les arts, l'industrie, etc., etc. Il suffit de dire que nos meilleurs écrivains et nos plus habiles artistes concourent à qui mieux mieux à rendre ce recueil excessivement intéressant. L'illustration de ces dix-huit volumes comprend 3,400 gravures.

Pour répondre au goût du public savant qui fouille de plus en plus dans l'antiquité pour y surprendre le secret de la vie de tant de peuples fameux dans l'histoire, Assyriens, Égyptiens, Grecs, Romains, la librairie Hachette vient d'entreprendre une nouvelle publication qui fait grand honneur à son esprit d'initiative. C'est *l'Histoire de l'Art dans l'antiquité*, par Georges Perrot, professeur à la faculté des lettres de Paris, membre de l'Institut et Charles Chipiez, architecte, inspecteur de l'enseignement du dessin. Cet ouvrage comprendra cinq ou six volumes in-8° supérieurement illustrés. Le premier qui vient de paraître est consacré à l'Égypte, il contient 4 planches en couleur, 13 planches en noir, tirées à part, et environ 500 gravures intercalées dans le texte. Les volumes suivants auront pour objet l'Assyrie, la Perse, l'Asie-Mineure, la Grèce, l'Étrurie et Rome.

La vulgarisation des sciences comprend un grand nombre de volumes parus les années précédentes et parmi lesquels nous citerons seulement *la Vie végétale*, par Émery, *le Monde de la Mer*, par A. Fredol, tous les ouvrages si populaires de Louis Figuier sur l'histoire naturelle, etc., etc. Cette année nous donne le tome II du *Monde physique*, par Amédée Guillemin, ce brillant vulgarisateur à qui nous devons entre autres magnifiques publications, *le Ciel*, qui a eu tant de succès. Le tome II est consacré à la lumière envisagée dans tous ses phénomènes et surtout dans ses nombreuses applications. *Le Monde physique* qui formera quatre volumes constitue le meilleur complément des traités classiques de physique.

Que de livres nous aurions encore à citer ! Disons toutefois un mot de la *Bibliothèque des Merveilles* qui comprend déjà plus de cent volumes et qui s'est encore enrichie de quatre nouveaux, *le Sel*, par Lefebvre, *les Sièges célèbres*, par Maxime Petit, *l'Ecorce terrestre*, par Mme Stanislas Meunier, *les Moteurs*, par H. de Graffigny. Citons aussi la *Bibliothèque rose illustrée* qui contient tant de nouvelles charmantes. Terminons enfin

par les grands et magnifiques dictionnaires qui sont à nos yeux l'un des plus beaux fleurons de la librairie : le *Dictionnaire de la Langue française*, par Littré, celui des *Contemporains*, par Vapereau, de *Chimie*, par Wurtz, de *Botanique*, par Baillon, des *Mathématiques appliquées*, par Sonnet, etc., etc.

D^r Y....

NOUVELLES

BULLETIN DES DÉCÈS DE LA VILLE DE PARIS. — Semaine du 9 au 15 décembre 1881. — Population : 1,988,806 habitants.

Décès : 1,039. — Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 9. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 60. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 4. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchites aiguës, 42. — Pneumonie, 74. — Athrepsie des enfants élevés au biberon, 45; au sein et mixte, 28; inconnu, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 92; circulatoire, 68; respiratoire, 65; digestif, 53; génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 6. — Nombre absolu de la semaine, 1,040.

Résultats de la semaine précédente : 1,039.

— ÉLECTION D'UN REPRÉSENTANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le scrutin a donné les résultats suivants :

Faculté de médecine. — Électeurs inscrits, 230; votants 181. Majorité, 91. Ont obtenu : MM. Béclard (élu), 98 voix; Chauveau, 13; Lacassagne, 11 divers, bulletins nuls, 59.

M. Béclard a été nommé membre de la section permanente.

— *Internat en médecine des asiles d'aliénés.* — A la suite d'un brillant concours, les élèves dont les noms suivent ont été nommés dans les asiles d'aliénés du département de la Seine :

Internes titulaires. — 1. M. Heulz; 2. M. Vitault; 3. M. Béraud; 4. M. Boucher.

Internes provisoires. — 1. M. Gandry; — 2. M. Poumeau; — 3. M. Manière.

Les candidats étaient, cette année, au nombre de 21.

Les questions qui ont été données sont : A, épreuve écrite : nerf spinal, anatomie et physiologie; B, épreuve orale : 1° signes et diagnostic de la pleurésie; signes et diagnostic de la fracture de l'extrémité inférieure du radius; 2° la rougeole; fracture de la rotule.

Pour tous articles non signés, le propriétaire-gérant est responsable.

D^r ÉDOUARD FOURNIÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE CHAIX, RUE BERGÈRE, 20, PRÈS DU BOULEVARD MONTMARTRE.

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

31 Décembre 1881

APPLICATION DES SCIENCES A LA MÉDECINE MÉTHODES ET PROCÉDÉS SCIENTIFIQUES

PHYSIQUE MÉDICALE. — L'Électricité médicale à l'Exposition du palais de l'Industrie, par M. le Dr Tison (*suite*). — On a dit avec assez de justesse que l'électricité médicale n'avait pas progressé, dans ces derniers temps, à l'égal des autres applications de cet agent. Il serait facile d'en donner plusieurs bonnes raisons et de dire, par exemple, que les appareils actuellement à la disposition des médecins remplissant toutes les conditions désirables, il n'y a pas lieu, pour le moment, de chercher de nouveaux perfectionnements. Nous aimons mieux ne pas nous attarder à cette discussion dont le moindre tort serait d'être oiseuse, car nous voulons étudier les causes qui ont empêché l'emploi de l'électricité médicale de se généraliser. Que de praticiens n'ont jamais eu recours à cette ressource thérapeutique ? Combien d'autres en ayant usé y ont renoncé ? Seuls, quelques spécialistes continuent à s'en servir d'une manière suivie et c'est à quelques-uns d'entre eux que nous devons réellement de savoir ce que vaut cet agent de guérison, quels sont les cas où l'on peut en attendre du succès et quels sont ceux où il ne convient pas de l'appliquer. Il nous suffira de citer les travaux de Tripier, Onimus, Boudet de Paris, etc. Mais que d'incertitudes encore dans le mode d'application ? Celui-ci, à l'exemple d'Arthuis, déclare s'en tenir à l'électricité statique. C'est ce que l'on tente depuis peu de temps à la Salpêtrière, où, semblerait-il, on n'a pas eu à se louer des autres sources d'électricité. Les aimants, les solénoïdes, la métallothérapie, etc., avec lesquels on a si vivement préoccupé l'attention publique, dans ces dernières années, vont donc être mis au rebut. Il paraîtrait même que l'on n'attend que le vote d'un crédit important pour augmenter, dans des proportions inouïes, les appareils électriques dont on a vu quelques spécimens à l'Exposition.

Que de procédés encore dans le mode d'application de cette électricité : les étincelles, le bain, les effluves, les aigrettes, les

Décembre, T. II, 1881.

79

secourses avec ou sans condensateur, etc. Que de doutes, d'incertitudes sur les indications et les contre-indications. Nous ne parlons pas, bien entendu, de la durée du traitement et du nombre d'applications quotidiennes. Car l'emploi de l'électricité présente, sur la plupart des autres moyens thérapeutiques, l'immense avantage de pouvoir se répéter presque aussi souvent qu'on le désire.

Si vous pénétrez dans un autre sanctuaire, attendez-vous à une autre manière de voir et de procéder. Ici, on n'admet que la galvanisation continue. On y obtient tout de l'emploi judicieux d'un certain nombre de piles convenablement associées en tension. Là, on professe, au contraire, un culte des plus ardents pour l'électricité d'induction, qu'elle soit obtenue par les courants (volta-faradique) ou par les aimants (magnéto-faradique). On a vu cet engouement se communiquer à tout un pays, puis le quitter et envahir le voisin. Et ces divers procédés n'ont-ils pas été successivement en honneur dans les mêmes contrées?

Qu'on ne se méprenne pas sur nos intentions. Nous croyons l'électricité appelée à jouer un grand rôle dans l'exercice de la médecine, soit comme moyen de diagnostic, soit comme moyen de traitement.

Peut-être pourrions-nous bientôt traiter ces deux questions qui ne laissent pas que d'être très intéressantes, malgré les enthousiasmes qu'elles ont provoqués et les déceptions qu'elles ont amenées. Pas plus qu'aucune autre médication, l'électricité n'est une panacée. C'est un moyen précieux qui peut rendre des services dans certains cas déterminés, c'est là qu'il faudra uniquement en faire usage. Aujourd'hui, nous n'avons d'autre but que d'attirer l'attention de nos lecteurs sur la nécessité de mesurer l'électricité en thérapeutique et sur les moyens de mesure que nous présente l'outillage des constructeurs.

Généralement, quand on a recours à l'électricité comme agent thérapeutique, on agit, sinon au hasard, du moins à tâtons. Car on a bien rarement le pouvoir de contrôler la dose administrée au patient. Pour mieux faire comprendre notre pensée, nous dirons que la posologie électrique n'est pas encore pratiquement résolue. On sait pourtant combien l'introduction d'instruments précis de mesure a contribué au progrès des sciences. N'a-t-il pas suffi à Lavoisier d'employer la balance dans les expériences chimiques pour en conclure immédiatement l'indestructibilité de la matière? N'est-ce pas à ce même instrument que nous devons

de pouvoir faire absorber, par l'organisme, la quantité strictement suffisante d'un alcaloïde ou de tout autre médicament, pour produire un effet déterminé, physiologique ou thérapeutique. Or l'électricité manque encore de ces instruments précis de mesure. Il y a longtemps que les physiciens s'occupent de cette question. On l'a beaucoup travaillée, mais le résultat cherché n'est pas encore suffisamment atteint, et ne sait-on pas que c'est là l'un des plus grands *desiderata* exprimés par le Congrès des électriciens? Pourrons-nous bientôt mesurer l'électricité avec autant de facilité qu'on mesure, avec un compteur, le gaz et l'eau. Quand une lampe a brûlé pendant un certain nombre d'heures, on peut savoir très exactement le poids d'huile consommée. Si l'on se sert du gaz, le compteur indique automatiquement la dépense à un litre près. Il en est de même pour l'eau. Edison a déjà résolu pratiquement la question pour la lumière électrique. Il a exposé, au Palais de l'Industrie, deux appareils remplissant ce but. L'un, appelé *amperemètre* ou compteur d'électricité, exige que, de temps en temps on vienne peser les électrodes et intervertir le courant. L'autre, appelé compteur *automatique* d'électricité, indique la quantité d'électricité au moyen d'aiguilles circulant sur des cadrans comme dans les compteurs à gaz. Mais, pour l'électricité médicale, nous n'avons rien de semblable. Il n'est même pas à désirer que l'on adopte, dans les instruments de mesure, le principe du voltamètre sur lesquels sont fondés les appareils d'Edison, à cause de la trop grande complication qu'ils ajouteraient aux batteries médicales, sans compter d'autres inconvénients dont nous parlerons plus loin.

Il nous a semblé que l'exposé de l'état actuel de la question aurait un grand intérêt pour la plupart de nos lecteurs, car ce que M. Jenkin écrivait, en 1873, est encore aussi vrai aujourd'hui. « Il y a en ce moment, disait cet auteur, deux sciences de l'électricité : celle des ouvrages généraux de physique et celle plus ou moins connue des électriciens. Ces deux sciences parlent un langage différent et c'est un fait digne de remarque que la science des hommes pratiques est en quelque sorte plus scientifique que celle des traités (1) ».

Si la question des mesures électriques n'a pas encore fait des progrès bien sensibles dans la voie de la pratique et surtout dans la voie de la généralisation, c'est qu'elle est, en somme, très compliquée. Par cela même qu'elle est un fluide impondé-

(1) Voir *l'Électricité et ses applications*, p. 47. Lahure, éditeur.

nable, l'électricité échappe à nos moyens ordinaires de mesure. Les longueurs, les surfaces, les volumes, les capacités, les poids, n'ont rien à faire avec elle, directement du moins. Comme elle est inconnue dans sa nature et dans son essence, on ne peut la juger que par les effets qu'elle produit sur les corps extérieurs ou sur l'organisme vivant. Aussi chaque expérimentateur s'est-il fait un moyen particulier de mesure. Les uns se sont adressés aux actions chimiques et calorifiques, les autres à l'électro-dynamique ou à l'électro-magnétisme, d'autres, enfin, ont cherché dans une autre voie.

L'un des moyens de mesure les plus exacts et les plus précis, c'est l'emploi du voltamètre. On fait passer le courant dans de l'eau acidulée avec une quantité déterminée d'acide sulfurique,

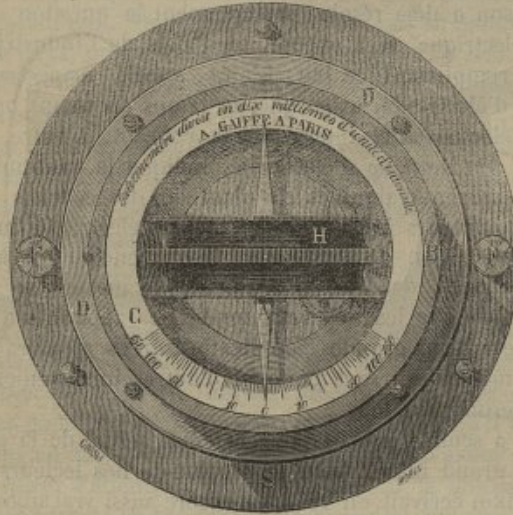


Fig. 1.

et on note le volume d'hydrogène dégagé après un certain temps. Ce procédé laisse encore quelques inexactitudes, puisqu'il est nécessaire d'opérer toujours avec de l'eau présentant la même acidité. Aussi obtient-on des résultats plus précis, en opérant avec un sel métallique dissous dans l'eau, le sulfate de cuivre, par exemple, et en prenant pour électrodes deux anodes du même métal. Le poids du cuivre précipité sur l'électrode négative, dans un temps déterminé, est une valeur exacte de l'intensité du courant.

C'est la précipitation du cuivre sur l'électrode négative qui

sert de mesure dans les deux compteurs électriques d'Edison. Dans son *amperemètre*, on enlève de temps en temps cette électrode et on évalue, sur la balance son augmentation de poids. Dans le compteur automatique, l'électrode négative est fixée au plateau d'une balance. Quand le dépôt de cuivre est suffisant, le fléau s'incline et le courant s'intervertit. L'électrode, qui était tout à l'heure positive, devient maintenant négative et augmente de poids, à son tour. Bientôt, le second plateau de la balance s'incline pour intervertir de nouveau le courant. C'est ce mouvement alternatif du fléau de la balance qui fait mouvoir les aiguilles sur les cadrans.

Avant d'aller plus loin, faisons remarquer que ce procédé de

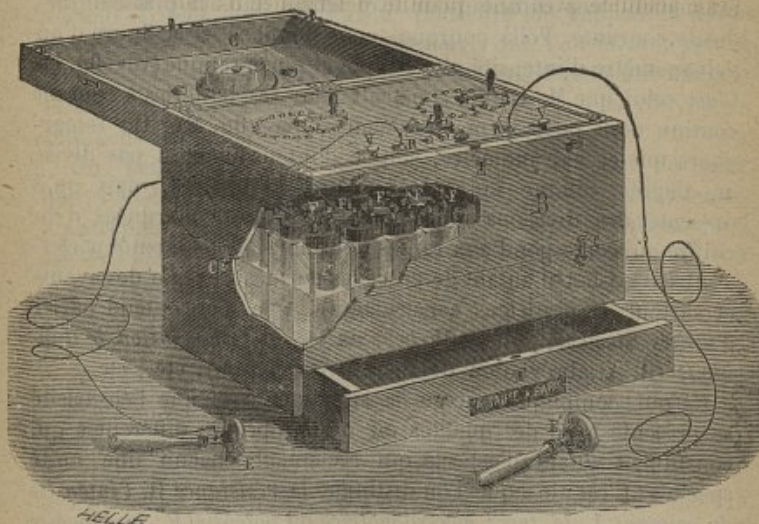


Fig. 2.

mesure, qui est l'un des plus exacts, ne peut s'appliquer en thérapeutique, par la raison qu'il transforme l'électricité en une force différente, l'action chimique. On peut éviter la majeure partie de cet inconvénient, en ne faisant passer par le compteur qu'une faible partie du courant, la centième, par exemple. Le moyen suivant est susceptible des mêmes remarques.

Pour mesurer l'intensité du courant, d'autres l'emploient à faire rougir un fil de platine placé dans un calorimètre, ils calculent ensuite la quantité de chaleur dégagée. L'intensité du courant répond alors à un certain nombre de calories. Nous n'avons pas l'intention de parcourir ainsi tous les procédés em-

ployés, aussi ne dirons-nous rien de celui qui consiste à transformer l'électricité en mouvement qu'on apprécie, au moyen du frein de Prony, comme on le fait pour un moteur quelconque. Dans ce dernier cas, l'intensité s'exprime en kilogrammètres.

Le seul moyen pratique pour l'emploi médical est basé sur l'électro-magnétisme, c'est-à-dire sur l'action que les courants exercent sur les barreaux aimantés. C'est, en somme, le galvanomètre, mais un galvanomètre construit dans d'autres conditions que les galvanomètres ordinaires, qui ne sont guère que des galvanoscopes. Les instruments de mesure qui remplissent toutes les conditions désirables sont les boussoles des sinus et des tangentes. Mais ils sont trop volumineux, trop délicats et d'un maniement trop difficile pour être admis dans la pratique médicale courante. Voilà pourquoi nous donnons ici la figure d'un galvanomètre d'intensité plus simple et plus pratique (voy. fig. 1). C'est celui que M. Gaiffe, construit pour ses batteries à courant continu dont nous avons représenté l'une (fig. 2). On remarquera que ce galvanomètre, simple d'intensité, n'est pas divisé en degrés comme les galvanomètres ordinaires, mais qu'il présente des divisions inégalement distantes, marquées d'un chiffre qui correspond aux unités dont nous allons bientôt parler.

Aussi existe-t-il autant de procédés de mesures que de savants et surtout de praticiens constructeurs. Ainsi l'on entend parler d'*unités Siemens*, *unités Weber*, *unités de l'Association britannique* (B. A., abréviation de British Association), etc., etc.

Ce qui complique encore la situation, c'est que l'électricité se présente avec des qualités ou des propriétés différentes qui constituent autant d'aspects qui réclament chacun une unité spéciale. C'est ainsi que l'on distingue la *résistance R*, l'*intensité du courant I*, la *force électro-motrice* ou *potentiel E*, la *capacité électrique C* et la *quantité d'électricité Q*.

Sans entrer dans des détails qui seraient hors de proportion avec l'espace dont nous disposons, nous pouvons faire remarquer combien ces notions sont précieuses pour le médecin. N'est-il pas de la plus grande importance de pouvoir évaluer facilement la résistance qu'offre un circuit donné, et surtout ne doit-il pas pouvoir reconnaître par lui-même, la résistance que les diverses parties de l'organisme offrent au passage des courants de diverse nature. On sait l'usage que l'on fait aujourd'hui, en télégraphie, des *boîtes de résistance* qui permettent de diminuer l'intensité du courant dans une proportion déterminée. Ne faut-il pas désirer voir bientôt le moment où les

appareils électro-médicaux seront munis de ces boîtes? Le médecin n'a-t-il pas encore le plus grand intérêt à pouvoir manier facilement la force *électro-motrice* ou *potentiel*. C'est par l'une ou l'autre de ces deux expressions que l'on remplace aujourd'hui le mot *tension*, qui s'emploie si souvent en médecine où on oppose toujours *l'électricité de tension* à *l'électricité de quantité*. Faut-il rappeler combien cette dernière est susceptible de produire de profonds désordres par les décompositions chimiques que son passage détermine dans les divers liquides de l'économie. Aujourd'hui surtout que la galvanisation continue devient de plus en plus en honneur, n'est-il pas bon de rappeler que la pile fournit principalement de *l'électricité de quantité* et que l'on doit craindre et redouter son action chimique. Aussi, le docteur Tripier, dont nous avons plusieurs fois rappelé la haute compétence en ces matières, est-il d'avis que l'on ne doit jamais employer la galvanisation continue, à moins d'avoir une batterie munie d'un galvanomètre d'intensité qui permet de voir constamment quelle est la quantité d'électricité employée.

On peut dire que c'était le chaos. C'est pour l'éclairer que l'Association britannique pour l'avancement des sciences a entrepris une série de recherches qui ont été publiées dans les *Proceedings of the royal Society*, de 1862 à 1867. Son but a été l'adoption d'unités absolues, représentées matériellement par des étalons déposés à Kew. Elle espère que l'adoption de ces unités par tous les savants des divers pays amènera cette uniformité de langage scientifique qui est la première condition du progrès et surtout de la discussion sérieuse. Malheureusement, elle a pris pour base le système des unités électromagnétiques de Weber. Or, comme, d'après M. Cazin, ce système est arbitraire, il est à craindre qu'il ne nuise à l'adoption unanime des unités proposées.

Quoi qu'il en soit, voici les noms de ces unités : l'unité de résistance est l'*Ohm* ; l'unité de quantité, le *Weber* ; l'unité de courant, le *Weber seconde* ; l'unité de force électro-motrice ou potentiel, le *Volt* ; l'unité de capacité électrique, le *farad*.

Ces cinq unités sont reliées entre elles par les trois expressions : $I = \frac{E}{R}$; $Q = It$, $Q = CE$, dans lesquelles les lettres ont l'acception indiquée plus haut, tandis que t indique le temps en secondes.

En outre, comme ces unités ne s'expriment pas toujours par des nombres d'un usage pratique, on les fait précéder, dans

quelques circonstances, des mots *méga* ou *micro*. Le premier indique un million d'unité fondamentale; le dernier, un millionième d'unité fondamentale. Ainsi, un *mégohm*, vaut un million de *ohms*, et un *microfarad* la millionième partie d'un *farad*. On emploie encore le mot *milli* pour représenter la millièmiè partie de l'unité. C'est ainsi que le galvanomètre simple d'intensité de M. Gaiffe (fig. 4) est divisé en dixièmes de *milliwebers*.

Tels sont les noms des unités de l'Association britannique. On les appelle encore souvent *unités absolues*, car elles sont fondées sur le centimètre, le gramme et la seconde et elles dérivent les unes des autres, de manière à pouvoir les rétablir si la chose devenait nécessaire.

Elles présentent l'immense avantage de pouvoir être introduites dans les calculs comme les mesures basées sur le système métrique.

Il serait trop long d'en dresser les définitions qui sont parfois excessivement complexes et encore plus long d'indiquer la manière dont on les a réalisées pratiquement. Nous nous contenterons d'en donner une idée suffisamment concrète en les comparant à des objets connus.

Une manière à la fois simple et commode de se rendre compte de ces diverses unités est de comparer l'électricité à l'eau qui s'écoule d'un réservoir. Dans cette comparaison la *tension*, *force électro-motrice* ou *potentiel* est comparable à la pression qui fait couler l'eau du réservoir, c'est-à-dire à la hauteur du niveau au-dessus du lieu d'écoulement, l'*intensité* au volume d'eau débité dans un temps donné, une seconde par exemple et la *résistance*, à la résistance que le tuyau offre à l'écoulement de l'eau.

Pratiquement, l'unité de résistance ou *ohm* correspond à la résistance opposée au courant par un fil de fer d'environ cent mètres de long et de quatre millimètres de diamètre. En France, avant l'adoption des unités de l'Association britannique, on évaluait les résistances en kilomètres de fil télégraphique. On voit donc qu'un kilomètre de ce fil correspond très approximativement à dix *ohms*. En Allemagne, on emploie encore l'unité *Siemens* qui est représentée par la résistance d'une colonne de mercure bien purifié et ayant à 0° un mètre de hauteur et un millimètre carré de section. L'unité *Siemens* est, à peu de chose près, égale à l'*ohm*.

Le *volt* ou unité de tension, force électro-motrice ou poten-

tiel, correspond assez bien à la force électro-motrice développée par un élément de pile au sulfate de cuivre, la pile Daniell, par exemple. Celle-ci vaut exactement 1,079 volts. Cependant Gaugain avait introduit une excellente unité pour la mesure du potentiel, c'était la force électro-motrice développée par un couple thermo-électrique cuivre-bismuth dont on maintenait l'une des soudures à 0° (glace fondante) et l'autre à 100° (eau bouillante). Cette unité qu'on peut toujours réaliser pratiquement vaut 1/182 de Volt et 1/197 de l'élément Daniell.

L'intensité se déduit de la formule de Ohm, $I = \frac{E}{R}$, citée plus haut. Elle peut s'énoncer ainsi: l'intensité d'un courant sur un circuit électrique, est égale à la force électro-motrice divisée par la résistance. Son unité est le Weber seconde c'est-à-dire la quantité d'électricité qui s'écoule par le circuit pendant une seconde, comme le débit d'un cours d'eau est la quantité de liquide qu'il laisse passer en une seconde. Le Weber (seconde) est encore appelé Ampère par beaucoup d'électriciens, surtout en France.

Ces considérations nous ramènent à la théorie mécanique de la chaleur dont nous avons dit un mot dans notre premier article, grâce à la loi de Joule représentée par la formule $W = I^2 R t$ et qui peut s'exprimer ainsi: la quantité de chaleur ou de travail W développée dans un circuit électrique est proportionnelle au carré de l'intensité du courant I , à la résistance du circuit R et au temps t .

En combinant les formules de Joule avec les formules précédentes $I = \frac{E}{R}$ et $Q = I t$ on arrive à celle-ci $W = Q E$.

On en conclut que le travail est proportionnel à la quantité d'électricité et à la force électro-motrice, L'analogie avec le cours d'eau se poursuit toujours, car, dans ce dernier, le travail est proportionnel au volume de l'eau et à la hauteur de chute, c'est-à-dire, à la pression.

REVUES CLINIQUES

CLINIQUE CHIRURGICALE.

LEÇON DE M. DESPRÉS, Chirurgien à La Charité

Entropion. — Plaie des bras. — Abscess graves du sein. — Opération de la tumeur blanche du

gros orteil. — Appareil plâtré appliqué aux amputations de jambe.

Je me propose aujourd'hui de vous parler de cinq maladies différentes, au sujet desquelles j'appellerai votre attention sur un point spécial de l'histoire de chacune d'elles.

I. — Le premier cas dont je vous entretiendrai s'est présenté chez le malade de la salle Sainte-Rose à qui nous allons faire une opération destinée à guérir l'entropion dont cette femme est affectée.

L'entropion, dont la nature et le traitement sont connus depuis la plus haute antiquité, consiste en un renversement, en dedans, de la paupière supérieure ou inférieure. Ce renversement du bord palpébral produit un frottement des cils sur la cornée qui est assez souvent une cause de kératite ponctuée. Cette kératite ne guérit, une fois établie, qu'après l'opération de l'entropion.

L'entropion est ordinairement le résultat des maladies des yeux de l'enfance; il se produit aussi à la suite d'affections éruptives généralisées. Dans le fait qui nous occupe, il est survenu à l'occasion de la variole.

Cette affection abandonnée à elle-même est grave, car elle peut entraîner la perte de la cornée; au contraire, elle guérit facilement après une opération appropriée. Elle siège, dans le plus grand nombre de cas, sur la paupière supérieure. La paupière inférieure en est rarement atteinte,

On a préconisé, contre l'entropion, l'épilation des cils. Ce moyen est complètement illusoire attendu qu'il échappe toujours quelques cils est que les cils arrachés repoussent.

On a inventé des petits fers à friser pour retourner les cils en dehors. On a cherché à détruire les bulbes des poils en introduisant dans chacun d'eux une épingle que l'on pinçait ensuite avec une pince chauffée au rouge.

Vous voyez que les procédés opératoires ont été variés; mais ce n'est pas tout, on a enlevé le bord libre du cartilage où s'insèrent les cils. Le résultat de cette pratique a été le rétrécissement de l'orifice palpébral et un frottement plus dur sur la cornée.

Depuis Celse, on a imaginé de faire une incision de la paupière destinée à produire, en se cicatrisant, un ectropion relatif; méthode inspirée par l'observation de ce qui se passe dans la cicatrisation des brûlures de la face. Pour faire cette opération,

on a inventé, au ^{xv}^e siècle, une pince que Tavignon a réinventée récemment. Verglin a fait une pince courbe suivant la direction du globe de l'œil.

C'est le dernier procédé que nous allons employer, mais nous nous servirons tout simplement d'une pince de trousse ordinaire et de ciseaux courbes. Quand le petit lambeau est enlevé sur une longueur de 15 millimètres environ, on réunit les lèvres de la plaie par trois épingles autour desquelles on fait une suture entortillée. La réunion se fait très bien, et le résultat est très satisfaisant; les malades peuvent travailler au bout de quelques jours.

Contrairement à ce qui se passe à la suite des opérations autoplastiques de l'ectropion, l'opération de l'entropion est rarement suivie d'érysipèle.

II. — Vous m'avez vu, hier, faire une opération qui, banale sur le cadavre, présente, chez le vivant, les plus grandes difficultés. Il s'agit de la ligature que nous avons pratiquée sur la radiale, à une malade entrée un instant avant dans le service. Cette femme, en faisant son ouvrage, s'est blessée à la partie antérieure de l'avant-bras avec un couteau de cuisine à lame étroite et pointue. La radiale a été intéressée et un jet de sang saccadé s'est aussitôt fait jour. Instinctivement, la blessée a mis un doigt sur sa plaie et un pharmacien y appliqua une bande.

Le sang fourni par la section de l'artère ne pouvant plus s'échapper entre les lèvres de la plaie, s'est glissé dans le tissu cellulaire entre les muscles, les nerfs et les aponévroses de l'avant-bras. Le gonflement était considérable; il a fallu prolonger l'ouverture accidentelle pour aller à la recherche de l'artère et enlever des caillots sanguins, les uns faciles à détacher, les autres très adhérents. La radiale divisée incomplètement était située beaucoup plus profondément qu'on pourrait le croire sous les caillots. Après avoir saisi dans les mors de deux pinces les deux bouts de l'artère, j'achevai la section et deux ligatures furent jetées, l'une sur le bout supérieur, l'autre sur le bout inférieur du vaisseau. Il ne fallait pas songer à la réunion par première intention sur une plaie contusionnée par les manœuvres de l'opération. Aussi nous avons appliqué un pansement à l'alcool et, pour immobiliser la plaie, nous ne nous sommes pas contenté de mettre le bras en écharpe et de faire garder le lit à la malade, mais nous avons appliqué une bande roulée sur la main dans laquelle nous

Décembre, T. II, 1881.

81

avons mis, au préalable, un tampon de charpie, afin d'empêcher les mouvements des fléchisseurs au milieu desquels nous avons la ligature.

III. — Depuis le commencement de l'année, nous avons eu, dans notre salle des femmes, plusieurs malades entrées à l'hôpital pour des abcès du sein. Quatre d'entre elles, atteintes très gravement à l'un des seins ou aux deux à la fois, ont présenté, pendant plusieurs jours, quelques symptômes des plus alarmants. Pendant près d'une semaine, après l'ouverture des abcès et leur drainage, tel que je le pratique d'habitude, ces malades ont eu une température très élevée (40°, 41°) et ensuite des oscillations considérables en tout semblables à celles qu'on observe dans l'infection purulente. Des frissons et une légère teinte subictérique complétaient encore l'analogie, de telle sorte que ceux d'entre vous qui n'étaient pas prévenus se sont crus en présence de cette terrible complication des affections chirurgicales.

Eh bien, messieurs, je n'ai pas eu un seul instant d'inquiétude au sujet de ces malades, car l'expérience m'a démontré qu'il en était souvent ainsi lorsque les abcès du sein surviennent dans les deux premiers mois qui suivent l'accouchement. Je possède un nombre d'observations suffisant pour vous convaincre que les cas observés dans le service ne sont pas des exceptions fortuites.

IV. — Nous avons reçu, dans le cours du mois dernier, à quelques semaines d'intervalle, deux malades atteints de tumeurs blanches du gros orteil. A ce moment, je vous fis remarquer les caractères de ces arthrites, dans lesquelles les os étaient intéressés aussi bien que les parties molles. Aujourd'hui que nos malades sont guéris et marchent, je tiens seulement à vous rappeler la modification que j'ai apportée à la taille des lambeaux, en raquette, pour cette opération.

Cette modification est tout simplement celle-ci :

Au lieu de tracer en ligne droite l'incision dorsale, je lui fais parcourir une ligne courbe, à concavité interne, dont la tangente est représentée par le bord interne du deuxième métatarsien. En examinant les malades qui sont encore dans nos salles, vous pourrez constater les avantages de ce procédé : la cicatrice n'occupe aucun point saillant ; le milieu du lambeau est seul en contact direct avec la chaussure.

V. — En terminant, je veux encore vous signaler une innovation à laquelle je m'arrêterais, après plusieurs essais d'autres

méthodes qui ne m'ont pas donné les mêmes résultats. Je veux parler de l'attelle plâtrée bilatérale semblable à celle que j'utilise pour les fractures de jambe compliquées ou non de plaie, employée pour maintenir le moignon dans l'amputation de jambe.

Après l'amputation de la cuisse, le moignon peut être relevé sur un coussin et les lambeaux sont bien maintenus sans porter sur le lit, mais il n'en est plus ainsi pour le moignon de la jambe, et tous les chirurgiens savent combien les malades sont incommodés.

Pour remédier à cet inconvénient sérieux, j'ai placé l'attelle par dessus le pansement par occlusion avec bandelettes de diachylum, en la faisant remonter à la partie interne jusqu'au niveau de la tubérosité du tibia et à la partie externe jusqu'au-dessous de la tête du péroné. Un drain est placé dans la plaie, dont les lambeaux sont rapprochés verticalement pour faciliter l'écoulement des liquides.

Le malade s'est très bien trouvé de cet appareil et, dès le troisième jour, il pouvait se tourner dans son lit et se coucher sur le côté, quand il était fatigué de rester sur le dos. Tous ceux qui ont été obligés de garder longtemps le décubitus dorsal peuvent apprécier l'avantage de cette innovation. En outre, l'immobilisation, si nécessaire, dans ce cas, est aussi complète que possible.

REVUES DE THÉRAPEUTIQUE, D'HYGIÈNE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

De l'action de la pilocarpine dans la diphthérie.

— Il est peu de médicaments dont les applications thérapeutiques aient été aussi multipliées que celles de la pilocarpine. Chaque semaine la presse médicale enregistre des résultats nouveaux obtenus, à l'aide de cet agent, dans le traitement des maladies les plus diverses par leur nature, aussi bien que par leur siège et par les indications thérapeutiques qu'elles font naître. Parfois ces résultats sont peu favorables; plus souvent, ils sont excellents; presque toujours ils sont contradictoires.

Une fois de plus la contradiction et le désaccord règnent dans les appréciations des auteurs qui ont écrit sur l'emploi de la pilocarpine dans le traitement de la diphthérie.

Bien que cette médication soit de date récente, les recherches et les essais ont été assez multipliés pour qu'il soit possible

de se créer une opinion sur la valeur réelle de cette méthode thérapeutique, sur les bénéfices qu'il est permis d'en espérer, et sur les inconvénients qu'elle comporte.

Avant la publication du mémoire de Guttman, en octobre 1880, Weber et Lehwers avaient déjà eu recours à la pilocarpine dans le traitement de la diphthérie. Le premier, chez un enfant atteint de croup et trachéotomisé depuis cinq jours ; le second, dans une série de cas observés à l'hôpital des enfants de Saint-Petersbourg.

Mais ces essais étaient passés inaperçus, et le mérite d'avoir réglé et vulgarisé l'administration de la pilocarpine revient incontestablement à Guttman.

Cet auteur employa, pour la première fois la pilocarpine chez 7 membres de la même famille atteints de diphthérie. La guérison rapidement obtenue dans un espace de temps variant de 2 à 4 jours, l'encouragea à multiplier ses essais. 66 cas nouveaux furent soumis à la même médication, et bien que parmi eux, 15 malades fussent atteints d'une diphthérie d'une extrême gravité, la guérison fut constamment et rapidement obtenue. Des résultats aussi heureux avaient également été observés par les docteurs Geldner et Dylewski, qui avaient suivi à la lettre, les recommandations de Guttman, au sujet des doses et du mode d'administration.

Le médecin de Cronstadt, recommande d'administrer la pilocarpine par la bouche ; ce n'est que dans les cas où l'action médicamenteuse doit être obtenue très rapidement qu'il conseille de pratiquer les injections sous-cutanées.

En pareille circonstance il injecte sous la peau une demi-séringue d'une solution à 1 pour 500 (0,01 centig.) Dès que l'amélioration est survenue, il revient à sa méthode ordinaire.

Celle-ci consiste dans l'administration toutes les heures d'une cuillerée d'une potion dont les proportions varient avec l'âge du malade.

Pour les enfants, suivant l'âge :

Chlorhydrate de pilocarpine	0,02 à 0,04 centig.
Pepsine	0,60 à 0,80 —
Acide chlorhydrique	2 gouttes
Eau distillée	80 grammes.

Une cuillerée à café toutes les heures,

Pour les adultes :

Chlorhydrate de pilocarpine	0,80 à 0,05 centig.
Pepsine	2 grammes
Acide chlorhydrique	30 gouttes

Eau distillée 240 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

L'administration de chaque cuillerée doit être suivie immédiatement de celle d'une égale quantité de vin de Hongrie.

Cette potion doit être administrée régulièrement toutes les heures, la nuit aussi bien que le jour. Il ne faut pas craindre de réveiller les malades. Guttman a remarqué que lorsque ceux-ci dormaient plusieurs heures de suite, la sécheresse, les phénomènes inflammatoires, la tuméfaction et le dépôt diphthérique de la gorge augmentaient d'une façon menaçante. Le traitement se complète par l'application d'une compresse froide autour du cou, et l'administration toutes les deux heures, de café ou de bouillon. Comme boisson, de l'eau froide et même glacée en grande abondance.

Dehio a simplifié comme suit la formule de Guttman.

Chlorhydrate de pilocarpine	0,05 ou 0,06 centig.
Eau distillée	50 grammes
Vin d'Espagne	50 —

A prendre par doses de 10 grammes toutes les heures ou toutes les deux heures.

Lepidi-Chiotti, dans le but d'éviter les vomissements, qui ne sont pas rares dans la pratique ci-dessus, préfère la voie rectale. Il prescrit un lavement contenant 3 centigrammes de pilocarpine dans 60 grammes de véhicule. Il a ainsi obtenu la salivation en 10 ou 15 minutes.

La méthode hypodermique a l'avantage d'agir plus promptement et plus énergiquement. La plupart des auteurs y ont eu recours en employant des voies variables avec l'âge du malade.

Chez un enfant de 6 ans, le Dr Lemagne, injecta d'un seul coup, un centigramme de chlorhydrate de pilocarpine. Des doses plus modérées suffisent, en général, pour provoquer la diaphorèse et la salivation. Il ne faut pas oublier qu'il existe à cet égard, des susceptibilités individuelles dont il importe de tenir grand compte : Ainsi, chez un enfant de deux ans, dont l'histoire est racontée dans la thèse inaugurale de M. Paynard-deau (1), M. Netter, interne du service de M. le Dr Bergeron à l'hôpital Trousseau, injecta dans le tissu cellulaire de la cuisse une solution contenant 1 milligramme de pilocarpine. Des vomissements survinrent aussitôt et se répétèrent sans cesse pendant plus de deux heures. Nous avons injecté, chez une petite fille du même âge, 2 milligrammes de pilocarpine sans

(1) *Traitement de la diphthérie par la pilocarpine*, 1881.

provoquer autre chose qu'une diaphorèse abondante qui survint au bout de deux heures.

Une chose digne de remarque, d'ailleurs, c'est l'inconstance et le variabilité des phénomènes physiologiques de la pilocarpine. Neumeister, qui a soumis les résultats de Guttman, à une critique rigoureuse et scientifique, arrive, après de nombreux essais cliniques aux conclusions suivantes appuyées par celles de M. Paynardeau :

La pilocarpine s'est montrée inconstante dans ses effets sialagogues. Quand la salivation se produit, elle est capricieuse dans son abondance et dans l'époque de son apparition.

C'est là un reproche grave puisque l'effet sialagogue est précisément celui qu'on espérait mettre à profit pour détacher et expulser les fausses membranes.

Il est vrai que chaque fois que la salivation se montre abondante, elle entraîne une quantité plus ou moins considérable de fausses membranes. L'observation du Dr Gérard est très démonstrative à cet égard : « Deux minutes, ne s'étaient pas écoulées depuis l'administration de la pilocarpine que l'effet sialagogue se manifesta comme par jets, de toutes les glandes à la fois, tant salivaires que muqueuses ; une violente quinte de toux se produisit, celle-ci claire et bien timbrée, alors que depuis deux jours les quintes étaient aphones. Enfin vint un violent effort de vomissement et l'enfant expulsa spontanément par le nez et par la bouche, un véritable MOULAGE de tous les organes affectés ; l'enfant était sauvé. »

M. Archambault, dans le mémoire qu'il a lu devant la Société de thérapeutique, reconnaît également, que sous l'influence de la pilocarpine, les fausses membranes se détachent plus tôt et en plus grande proportion qu'elles n'ont l'habitude de le faire.

A ce point de vue la pilocarpine est un moyen précieux ; surtout quand il s'agit d'expulser de la trachée et des bronches des fausses membranes qui s'opposent au passage de l'air. La muqueuse des voies aériennes participe en effet à l'hypercoignée générale provoquée par la pilocarpine, et les fausses membranes qui la recouvrent se montrent en général moins adhérentes que partout ailleurs, ce qui tient vraisemblablement à la structure de cette muqueuse et aux changements incessants qui se produisent dans le calibre des conduits de l'air. C'est donc quand il s'agit de croup ou de bronchite pseudo-membraneuse qu'il faut avoir recours à la pilocarpine.

que la trachéotomie ait été pratiquée ou non. Le docteur Le Moyné, de Lorient a publié un remarquable exemple de guérison survenue dans ces conditions. Il s'agissait d'un enfant de 6 ans trachéotomisé, pris à deux reprises différentes d'épouvantables accès de suffocation. Chaque fois une injection de pilocarpine fut pratiquée et au bout d'un temps très court, l'expulsion d'une fausse membrane tubulée, ramenait le calme et faisait cesser l'asphyxie. Il en est autrement des fausses membranes qui siègent dans le pharynx et les cavités nasales. Celles-là sont directement accessibles, et en général assez faciles à détacher, soit à l'aide de pinces, soit par des injections ou des badigeonnages astringents. Dans ce cas l'influence favorable de la pilocarpine sur le détachement des fausses membranes, ne compense pas suffisamment l'action dépressive de cet agent sur l'économie tout entière.

D'ailleurs la fausse membrane n'est pas tout dans la diphthérie. Elle suffit souvent, en obstruant les voies de l'air, à faire périr le malade par asphyxie ; mais bien plus souvent celui-ci meurt du fait de l'intoxication diphthérique, alors que les fausses membranes ont disparu depuis longtemps, ou se montrent peu abondantes. C'est alors le poison diphthérique qui constitue le danger. Or, quelques médecins, au nombre desquels, il faut citer Lepidi-Chioti, ont attribué à la pilocarpine une sorte d'action *dépurative* sur l'économie en favorisant, par la diaphorèse, l'élimination du poison diphthérique. C'est là une hypothèse toute gratuite, dont la démonstration ne saurait être faite puisque la nature de ce poison morbide est encore absolument inconnue. D'ailleurs, dans la plupart des cas où la guérison a été notée, il s'agissait de diphthéries bénignes, et pas une fois, sauf un cas de M. Le Reboullet, où la pilocarpine ne fut pas le seul remède employé, — quand la diphthérie était manifestement toxique, la pilocarpine n'a eu d'effet marqué sur l'état général du malade. Souvent, au contraire, elle a produit des accidents qui n'ont fait qu'ajouter à la gravité de la situation : des vomissements violents et persistants, de la diarrhée, et surtout un état de prostration et de collapsus, d'autant plus redoutable que la diphthérie a une tendance à provoquer spontanément la syncope et l'asthénie cardiaque.

Nous avons essayé de résumer fidèlement les appréciations des auteurs. Les uns, on l'a vu, se montrent très enthousiastes de la méthode de Guttman, les autres font preuve d'un scepticisme parfois trop absolu. Dans les conclusions suivantes

que nous empruntons à sa thèse, M. Paynardeau nous paraît sagement éviter l'un et l'autre écueil :

1° La pilocarpine a, par ses propriétés sialagogues, une action réelle mais inconstante et capricieuse, comme les effets dont elle procède sur le détachement des fausses membranes du pharynx et des cavités nasales.

2° Les fausses membranes des voies aériennes, inaccessibles aux moyens locaux, peuvent être détachées et expulsées à l'aide de la pilocarpine. Celle-ci est donc indiquée dans le croup et dans la bronchite pseudo-membraneuse avant et surtout après la trachéotomie, mais seulement quand le péril vient de la fausse-membrane elle-même et non de l'empoisonnement diphthérique.

3° La pilocarpine ne paraît pas faciliter l'élimination du poison diphthérique par la sueur qu'elle provoque.

(Elle n'empêche ni la reproduction des fausses-membranes, ni l'apparition des paralysies diphthériques.)

4° Elle entraîne du côté du tube digestif et de l'appareil circulatoire des accidents (vomissements, diarrhée, collapsus) qui ne peuvent qu'ajouter à la gravité de l'état général du malade.

5° Son emploi est formellement contre-indiqué toutes les fois qu'il y a lieu de soupçonner une altération du muscle cardiaque.

F. LEPRÉVOST.

Index bibliographique

- GUTTMANN. — (*Berlin, Klin. Woch.* 1880, n° 40.)
 ZUBER. — (*Gazette hebdom.*, n° 37, 1881.)
 DEHIO. — (*Saint-Petersbourg med. Woch.*, 1880, nos 19 et 20.)
 LAX. — (*Aertze Inst. Blatt.* 1880, n° 43.)
 NEUMEISTER. — (*Deutsch med. Woch.* 1881, n° 8.)
 ALFOERI. — (*Ibidem.*)
 PICOT. — (*Rev. méd. de la Suisse romande*, n° 2, 1881.)
 WEISE. — (*Berl. Klin. Woch.* 1881, n° 4.)
 LEPIDI-CHIOTI. — (*Il Morgagni*, n° 3.)
 MASINI. — (*Imparziale*, 1881, n° 14.)
 WENDT. — (*N.-Y. Méd. Rec.*, 9 avril 1881.)
 OERTEL. — (*Lond. Med. Rec.*, 15 mai 1881.)
 DENME. — (*Jahrk for Hunderk.* XXI, 1881.)
 LECOIN. — (*Ibidem.*)
 LE REBOULLET. — (*Bulletin général de thérapeutique* (1881).)
 PAYNARDEAU. — Thèse de Paris, 1881.
 GÉRARD. — Lettre à l'Abeille médicale.
 JACOBI ET FOREST. — (*N.-Y. Méd. Rec.*, 1881.)
 CANIN. — (*Lyon médical*, 1881, T. XXXVII.)

ARCHAMBAULT. — Société de thérapeutique, séance du 20 oct. 1881.

NOEL. — *Moniteur thérapeutique* n° 11, 1881.

LE MOYNE. — (*Journal de méd. et de chirurgie prat.* octobre 1881.

F. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

Séance du 27 décembre 1881.

Présidence de M. LEGUEST.

M. Brouardel dépose sur le bureau un exemplaire imprimé de la consultation médico-légale qui lui a été demandée par M. Aghion, président de la communauté israélite d'Alexandrie d'Égypte. Les circonstances dans lesquelles cette consultation s'est produite méritent d'être rapportées.

Au mois de mars dernier, un jeune enfant grec, de 9 ans, Evangeli Fornaraki, disparaissait. On retrouva quatre jours après, son cadavre sous l'eau, près du môle de l'arsenal. Le bruit courut que le corps portait des traces de violences, notamment des incisions aux poignets et à la langue. On fit la remarque que, chaque année, à pareille époque, semblable accident arrivait. L'imagination populaire s'échauffant là-dessus, les Grecs accusèrent les Juifs d'avoir fait servir cet enfant à des rites religieux abominables. La sécurité de la colonie juive fut très sérieusement menacée.

Les autorités réunirent une commission internationale de médecins qui procéda à l'examen et à l'autopsie du cadavre. Les commissaires furent d'avis que la mort avait eu lieu par suite de submersion et que le jeune Evangeli était entré vivant dans l'eau ; ils déclarèrent qu'il ne portait aucune trace de violence.

Un médecin grec, M. OEcoumopoulos, contesta ces conclusions, prétendit que l'état des poumons, la saillie des yeux hors des orbites et d'autres signes plus au moins sujets à conteste révélaient la mort par strangulation.

Ne voulant pas rester sous le coup même d'une contestation isolée la communauté israélite eut recours à l'arbitrage d'un médecin français, M. Brouardel.

La consultation de notre confrère établit péremptoirement qu'il n'existe aucune trace de la prétendue strangulation ; que

la saillie des yeux résulte du séjour sous l'eau ; que les symptômes de l'asphyxie par submersion, très nets quelques heures après la mort, s'atténuent ou disparaissent après une macération de 50 heures au moins par une température assez élevée et après une exposition du corps à l'air libre, qui a duré vingt-quatre heures. Cependant, la présence dans les ramuscules bronchiques de matériaux empruntés au fond durant les inspirations ultimes, toujours très énergiques, ainsi que divers autres signes permettent d'affirmer sans crainte d'erreur, que la mort a été produite par submersion.

Nous serions surpris que le travail si précis et si ferme de M. Brouardel ne terminât pas d'une manière définitive cette affaire, qui fait revivre une vieille calomnie, que le bon sens, paraît-il, n'a pas encore réussi à tuer en Orient.

Les immolations d'enfants chrétiens par les Juifs constituent une légende bien ancienne, mais aussi bien terrible, qui a provoqué les plus sanglantes explosions des haines religieuses.

Dans la société païenne, l'isolement relatif des Juifs était une nécessité de leur croyance à un Dieu unique, croyance qui frappait d'abandon les dieux de l'Olympe et comportait de l'horreur pour l'idolâtrie. Aussi, accusait-on les Israélites de haïr les autres hommes, d'être *misanthropes*. Plus d'une fois leurs ennemis allèrent jusqu'à présenter cette misanthropie, cette haine comme *active* et leur imputer des faits de cruauté. Nul peuple n'eut plus à souffrir de la calomnie ; nul n'en sentit plus durement la puissance, n'en connut mieux les redoutables ressorts.

Lorsque, plus tard, la naissance du christianisme introduisit dans la synagogue un schisme douloureux, cet événement suscita, comme il était naturel, des haines ardentes. Les Juifs virent dans leurs frères convertis des athées et des païens d'un nouveau genre, et qui leur furent plus odieux encore que les païens d'origine. Il y eut entre l'Eglise et la Synagogue une lutte acharnée, tantôt sourde, tantôt ouverte, qui précéda et prépara l'ère des persécutions. Les rites eucharistiques, qui comportaient l'immolation d'une créature vivante, dont on mangeait la chair et dont on buvait le sang et le secret dont s'enveloppaient les mystères chrétiens donnèrent une apparence de fondement à la légende qui faisait de véritables anthropophages des fidèles du Christ. Les Juifs ne furent pas les derniers à exploiter cette absurde accusation, qui reparait partout dans les Actes des Martyrs.

Au moyen âge, l'arme fut retournée non moins cruellement, non moins absurdement contre les fils d'Abraham.

Il est temps que ces antiques haines s'apaisent; s'il semble par trop difficile d'éclairer tout d'un coup le peuple en Orient et de lui démontrer l'inanité de ces calomnies traditionnelles, il appartient du moins aux gens éclairés de tous les pays de s'élever en toute occasion contre ces contes ridicules et dangereux. Les pratiques sanglantes qu'on attribue aux Juifs n'ont pas plus de réalité que l'anthropophagie des premiers chrétiens. Le crédit qu'on a donné de part et d'autre à ces odieux mensonges a fait verser des flots de sang innocent.

M. Gustave Lagneau communique un rapport sur deux études statistiques adressées à l'Académie par MM. Moulié et Dardignac, médecin-major, sur le recrutement dans le département de Tarn-et-Garonne.

Le rapporteur montre que la population de ce département, quoique présentant une proportion croissante de jeunes hommes aptes au service militaire, diminue néanmoins d'une manière assez notable, par suite de l'excédent des décès sur les naissances. En France, dont la population totale, de 1872 à 1876, en temps de paix, s'est accrue annuellement de 37 individus sur 10,000 habitants, 17 départements ont vu leur population diminuer.

La plupart de ces départements à population décroissante sont répartis en deux groupes situés dans de riches régions. L'une, au nord, comprend les départements de la Manche, du Calvados, de l'Orne, de l'Eure, de la Somme, etc. L'autre, au midi, comprend les départements du Lot, du Cantal, du Lot-et-Garonne, du Gers, du Tarn-et-Garonne, de la Haute-Garonne et de l'Ariège.

M. Lecorché lit une note relative aux lésions du foie qui peuvent coïncider avec le diabète. Suivant l'auteur, ces lésions ne sont pas les causes, mais les effets de l'affection diabétique. La lésion profonde de l'organe hépatique supprime la glycosurie; le diabète suppose d'une manière générale le foie sain. Cependant il existe, chez le diabétique, un état habituel congestif du foie susceptible d'amener la cirrhose.

Le travail de M. Lecorché est renvoyé à la section de pathologie médicale, dans laquelle se trouve une place vacante, pour laquelle l'auteur de la notice a posé sa candidature.

M. Magitot communique une note sur la valeur diagnos-

tique dans le diabète de la périostite alvéolaire des mâchoires; en voici les conclusions :

1^o L'examen de la bouche fournit au diagnostic du diabète sucré un signe constant.

2^o Ce signe consiste dans une lésion du bord alvéolaire désignée sous le nom d'*ostéo-périostite alvéolaire*.

3^o Cette manifestation du diabète, qui appartient au début de la maladie, et qui persiste pendant toute sa durée, acquiert, dans certaines circonstances, l'importance d'un *signe révélateur*.

4^o L'affection alvéolaire se caractérise, comme signe initial du diabète par la première période ou période de simple *déviations des dents*. Pour la seconde période, *ébranlement des dents et catarrhe alvéolaire*, elle répond à la phase d'état de la maladie générale. Par la troisième période, ou *chute des dents*, elle correspond à la phase la plus avancée de la maladie.

5^o Au delà de ce dernier terme, si le diabète continue son évolution, les bords alvéolaires peuvent devenir le siège d'une résorption osseuse, consécutive ou non à la gangrène de la gencive. Ce dernier signe est critique et précède de peu, ordinairement, la terminaison fatale du diabète.

La Commission chargée de présenter la liste des candidats à une place vacante dans la première division des membres correspondants nationaux, avait mis :

En première ligne, M. Lambon;

En deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Mandon, de Limoges, et Manouvriez, de Valenciennes;

En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Barrallier, de Toulouse; Berchon, de Pauliac, et Mignot, de Chantelle.

Le dépouillement du scrutin donne 60 votants.

M. Lambon est élu par 37 suffrages, contre 7 à M. Mandon, 8 à M. Barrallier, 4 à M. Berchon, etc.

L'Académie procède, par voie de scrutin, au renouvellement réglementaire des Commissions permanentes.

Ont été élus :

Membres de la Commission des épidémies : MM. Jaccoud, Leblanc, Davaine;

De la Commission des Eaux minérales : MM. Bardou et Gautier;

De la Commission des Remèdes secrets : MM. Dujardin-Beaumetz et Mialhe;

De la Commission de Vaccine : MM. Blot et Tarnier;

De la Commission d'hygiène de l'Enfance : MM. Berthez et Parrot.

Après l'appel de deux lecteurs absents, qui ont été rayés de l'ordre du jour, la séance est levée à 4 h. 1/2.

Société de chirurgie.

Séance du 28 décembre 1881.

Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

M. Trélat offre une thèse ayant pour sujet un nouveau cas d'opération d'inversion de l'utérus par la ligature élastique.

M. Boinet à propos de la discussion sur le chloroforme croit qu'il est bon de sauvegarder les chirurgiens contre les attaques que pourrait leur valoir l'aphorisme de Sédillot disant que le chloroforme pur et bien administré ne donne pas la mort.

Même dans ce cas, le chloroforme peut donner la mort et la science actuelle n'a guère de moyens de prévoir ni de prévenir les accidents.

M. Tillaux reprend la discussion sur *l'anus lombaire*. Il partage en cela l'avis de M. Trélat et l'étend aux affections non cancéreuses. A l'appui de son dire, il a fait venir un malade qu'il a opéré, il y a environ 3 ans, par un procédé fort analogue à celui de M. Trélat, et qui se porte actuellement fort bien. Il ne s'agissait pas d'un cancer, mais d'une rectite inflammatoire chez un jeune homme de 20 ans environ qui avait déjà subi dix opérations pour une atrésie considérable de la région anale. On ne pouvait pas même introduire le petit doigt par l'orifice inférieur de l'intestin. M. Tillaux songea d'abord à faire l'anus d'Amussat en décollant le rectum et en l'attirant en bas pour le fixer dans la région normale. Il dut y renoncer en face d'un rectum qui adhérait de toutes parts aussi haut qu'il était possible de remonter. C'est alors qu'il se décida pour la colotomie lombaire. La grande difficulté dans cette opération est d'abord de ne pas s'éloigner du bord externe de la masse du sacro-lombaire, puis de reconnaître ensuite le côlon avec lequel on pourrait confondre le muscle carré des lombes.

L'opération, d'ailleurs, a si bien réussi que le malade a repris ses forces, est revenu à la santé et a pu, après un laps de temps assez bref, retrouver le besoin de défécation, au point que le ressentant alors qu'il se promenait dans les jardins de

l'hôpital Beaujon, il lui était facile de remonter deux étages pour le satisfaire. Ce résultat est intéressant par la conservation du besoin, sinon complète, au moins quand les matières sont solides.

M. Després est fort surpris de n'avoir jamais encore rencontré l'occasion de pratiquer la colotomie. Il a eu affaire à des cancers qu'il pouvait atteindre avec le doigt dans deux cas. La première fois il introduisit trois doigts dans le rectum et put dilater suffisamment le rétrécissement pour donner passage aux matières. La seconde fois, récemment, chez un malade qui présentait des vomissements fécaloïdes, il introduisit, à la mode allemande, la main entière dans l'intestin et fit cesser les accidents comme il l'avait fait chez son premier malade. L'amélioration fut aidée par un vésicatoire sur l'abdomen et des bains quotidiens. En face d'un malade comme celui de M. Tillaux, il aurait longtemps hésité et puisque l'atrésie n'était pas absolue il aurait essayé la dilatation. Dans les cancers infranchissables du rectum pourquoi opérer puisque le malade est fatalement condamné ?

Présentation de malade. — **M. Trélat** présente une malade sur laquelle il a pratiqué la colotomie lombaire il y a à peine un mois et qui a été aujourd'hui assez forte pour venir jusqu'au siège de la Société. Elle avait dans le rectum une tumeur maligne inaccessible du volume du poing. Actuellement son anus lombaire fonctionne très bien.

M. Léon Labbé. — Déjà partisan en 1879, dans un mémoire présenté à l'Académie, de la colotomie lombaire en est aujourd'hui plus partisan que jamais. Il se rapproche en cela de beaucoup de chirurgiens anglais et français, n'en déplaît à M. Després. Bien qu'il ait obtenu personnellement dans un cas une survie de six ans on peut établir que la survie obtenue en moyenne, par cette opération, est de 18 mois à 2 ans. Or il ne croit pas qu'un chirurgien soit en droit de refuser ce bénéfice à un malade quand les médecins prodiguent à chaque instant des adoucissements à des malades incurables. L'opération a deux avantages incontestables : d'abord elle remédie aux accidents aigus de l'occlusion intestinale quasi complète ; puis elle retarde l'évolution du néoplasme.

Dans un des cas de son mémoire publié en 1879. M. Labbé a été forcé par des circonstances majeures, par les mauvaises conditions surtout au milieu desquelles il opérait, de pratiquer

un anus dans la fosse iliaque, mais il se déclare de nouveau partisan de la cœlotomie lombaire.

— Il est ensuite procédé à la nomination des membres du bureau et des commissions pour l'année 1882.

Résultat des élections :

Bureau,

Président. — Votants 33. — Majorité absolue 18.

MM. Léon Labbé	18
Giraud-Teulon	16

En conséquence M. LÉON LABBÉ est nommé président pour 1882.

Vice-président. — Votants 32. — Majorité absolue 17.

MM. Guéniot	24	<i>nommé</i>
Després	5	
Marc Sée	1	
Désormeaux	1	
Bulletin blanc	1	

1^{er} secrétaire annuel. — Votants 29. — Majorité absolue 15.

M. Nicaise est nommé à l'unanimité.

2^e secrétaire annuel. — Votants 30. — Majorité absolue 16.

MM. Périer	16	<i>nommé</i>
Terrier	14	

Archivistes : MM. Berger, Terrier.

Commission pour le prix Gerdy : MM. Tillaux, Terrillon, Pollaillon, Després, Guéniot.

Commission pour le prix Demarquay : MM. Duplay, Monod, Lannelongue, Farabeuf.

La Société se réunit en comité secret pour la nomination de nouveaux membres titulaires et de membres correspondants qui seront proclamés dans la prochaine séance.

F.-A. HUE.

Société médicale des Hôpitaux

Séance du 23 décembre 1881.

Présidence de M. H. Guéneau de Mussy.

M. Mesnet à propos de l'observation de M. Du Cazal sur l'hémoglobinurie, rappelle qu'il a signalé non seulement la même gamme descendante dans la coloration des urines, mais encore une gamme ascendante qui a échappé à M. Du Cazal et que celui-ci aurait pu observer, si au lieu de recueillir les urines 2 heures après l'exposition au froid il les avait recueillies dès le début. En effet, sur le schéma que montre M. Mesnet c'est juste deux heures après son apparition que l'hémoglobine se montre plus abondante. Au reste l'observation de M. Du Cazal, celle de M. Mesnet, celle encore qui a servi de base à une thèse du 5 décembre dernier, sont tellement sem-

blables, tellement identiques, que le même malade pourrait paraître leur avoir servi de sujet.

M. Desnos. — *Sur l'alimentation forcée des phthisiques.* Dans l'application de cette méthode, M. Desnos a rencontré des inconvénients qui peuvent être la source de déceptions et jeter du discrédit sur un moyen thérapeutique capable cependant de rendre de grands services.

Il y a 3 semaines ayant eu à soigner un phthisique au 3^e degré, il a vu du lait, introduit cependant en petite quantité par la sonde, refluer dans le larynx et déterminer, par son introduction dans les derniers ramuscules bronchiques, une pneumonie droite qui a abrégé de quelques jours la vie du malade.

M. Barth, interne lauréat des hôpitaux, a aussi observé 3 cas d'intolérance, quel qu'ait été le soin avec lequel on ait introduit la sonde.

Pour remédier autant que possible à tous ces déboires, il faut :

Introduire la sonde lentement, avec des temps d'arrêt.

Donner d'abord peu de nourriture, puisque l'on opère sur des malades qui ne sont plus habitués à manger.

Ne pratiquer le gavage qu'en dehors des accès de fièvre, sans quoi on s'expose à voir survenir des vomissements.

Ne pas s'obstiner à donner du lait quand il détermine de la diarrhée, mais le remplacer par du bouillon, par exemple. Sous l'influence de ce changement, la diarrhée cessera le plus souvent.

M. Cadet de Gassicourt, offre le volume qu'il vient de publier sur les maladies de l'enfance.

M. Guinguand rend compte de l'état des finances de la Société pour l'année 1881. Il en ressort que la situation est prospère et que la Société possède 2,500 francs de plus que l'an dernier.

M. Besnier, secrétaire général, rappelle, en quelques mots, les travaux de la Société pendant l'année qui vient de finir. Il propose de rendre les séances hebdomadaires au lieu de bi-mensuelles qu'elles sont ; déplore l'inutilité de ses démarches pour faire reconnaître la Société d'utilité publique ; enfin, termine par un souvenir ému à l'adresse de Sueet et de M^{re} Raynaud.

M. Millard présente les pièces du malade atteint de tuberculose du pharynx dont il a entretenu la Société dans une précédente séance.

M. Hallopeau vient d'observer trois cas d'éruptions bulleuses consécutives à l'administration de l'iode à l'intérieur. Elles se sont faites sans fièvre et ont revêtu l'aspect pemphigoïde. Un malade étant mort d'insuffisance aortique

pendant qu'il présentait ces lésions, l'examen microscopique a pu en être fait. Cet examen a démontré que l'altération siégeait à la partie moyenne du corps muqueux et qu'il existait des globes épidermiques dans le liquide. D'après les observations analogues publiées en Angleterre, il ne semble pas que la lésion soit toujours identique. On a décrit de ces éruptions dans lesquelles la bulle reposait sur une surface érythémateuse. La nature de la préparation iodée est indifférente, toutes peuvent y donner lieu.

M. Rendu a observé de même un malade qui a présenté une éruption due à l'iode et qu'on peut faire apparaître de nouveau par une seconde administration du médicament.

M. Rathery. — Je ne sais si l'on a observé de pareilles éruptions à la suite de l'administration du salicylate de soude. Je suis malheureusement obligé d'en prendre pour des douleurs rhumatismales, et chaque fois le médicament provoque chez moi l'apparition de bulles pemphigoides.

M. Besnier. — Il est maintenant bien établi qu'il n'y a pas d'éruptions spéciales dues à tel ou tel médicament, mais bien des intolérances individuelles spéciales à un médicament ou à un autre. Chez ces sujets intolérants, tous les médicaments le mercure, par exemple, peuvent amener une éruption.

M. Grancher annonce qu'il prendra la parole dans la prochaine séance sur le *tympanisme sous-claviculaire* et principalement sur la valeur pronostique des variétés de ce symptôme.

A 4 1/2, le scrutin est clos pour les nominations du bureau et des conseils pour l'année 1882.

Voici le résultat du dépouillement :

Président : M. Dujardin-Beaumetz.

Vice-président : M. Millard.

Secrétaire général : M. Desnos.

Secrétaires : MM. Duguet, Troisier.

Trésorier : M. Rob Moutard-Martin.

Conseil de famille : MM. H. Guéneau, de Mussy, Siredey, Martineau, Landrieux.

Conseil d'administration : MM. Hervieux, Descroizilles, Rendu, Sevestre, Rathery.

Comité de publication : MM. Landouzy, Zuber, Desnos, Duguet, Troisier.

Changement de médecins dans les hôpitaux par suite de la démission de M. Frémy.

Hôtel-Dieu : M. Vulpian. — Charité : M. Féréol. — Beaujon : M. Fernet. — Lariboisière : M. Duguet. — Saint-Antoine : M. Gouraud. — Sainte-Périne : M. Landrieux. — Yvry : M. Raymond.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

A		C	
Abadie.	816	Cagny.	601
Albut.	534	Callias.	269
Anger (Th.)	28, 33, 67, 71, 74, 129, 681, 706	Carré.	34, 72, 324, 502
Apostoli.	433	Carré (Fabrice).	784
Astros (d').	922	Carrier.	302
B		Castel (Du).	348, 607, 676
Ball.	365, 495	Cianciosi.	776
Baker.	680	Charcot.	326, 460, 484, 911
Bamberger.	30	Chauvel.	98
Barnes.	664	Chéron.	697
Barwell.	679	Chevreur.	255
Barlier.	680	Chroback.	518
Bastia.	392	Claudot.	218, 404
Béchamp.	392	Clenann.	736
Béckel.	132	Coah.	428
Béclard.	25, 63	Coghill.	275
Belhomme.	30	Cohen.	571
Beregszaski.	276	Colin.	24, 115, 168
Béranger-Féraud.	93	Collin (Léon).	743
Berger.	68, 172, 212, 249, 706	Combattat.	27
Berger (Paul).	917, 928	Comby.	85, 634
Bernard.	348	Cornil.	175, 484, 633, 657, 676, 896
Bert (P.).	757	Cornillon.	920
Bertherond.	862	Courty.	136
Besnier.	100, 280, 599, 674, 751	Creighton.	388
Bernoud.	632	Crevois.	665
Bigelow.	680	Cros.	63, 361
Bird.	700	Czerny.	647
Blachez.	103, 607	D	
Blake (de Boston).	121	Dartigues.	456
Bleynie (père).	620	Dastre.	357
Blot.	457	Debove.	548, 604, 677, 752
Blum.	645	Decaisne.	813
Bocci.	356	Dejerine.	113
Bonley.	167, 379, 524, 556, 740, 776	Delaisus.	832
Bouchard.	11, 13, 392, 423, 484, 673	Delanay.	224
Boucheron.	311	Delens.	98, 199
Bouchut.	83	Delpech.	30
Bouis.	164	Delthil.	278
Bouillaud.	420	Demons.	813
Bouilly.	405	Depaul.	23, 97, 131, 240, 277, 317
Boutet.	166, 311	Descroizilles.	819
Briquet.	812	Desjardins-Beaumetz.	822
Brocq.	550	Desnos.	29
Brown.	569	Desplats.	217
Brown-Séguard.	75, 76, 77, 78, 462	Després.	26, 67, 97, 132, 169, 212, 243, 531, 565, 644, 854, 945
Brunelli.	493	Devergie.	22
Bucquoy.	128	Devilliers.	129
Budin.	370, 662	Diday.	29
Burow.	572	Dieulafoy.	316
Burq.	314, 490	Douders.	357
Buzzard.	492	Drysdale.	715
Bricheteau.	30	Dubar.	103
Briquet.	277, 410, 460	Duboué.	238, 258
		Ducastel.	31

Du Cazal.	878	Gowers.	701
Duguet.	83	Grabinski.	89
Dujardin-Beaumetz.	101, 168, 269, 602, 677	Gratier-Stewart.	425
Dumontpallier.	14, 32, 174, 220	Grattan.	522
Duncan.	666	Graucher.	386, 657
Duncan (Mathews).	734	Green.	336
Duplay.	169	Greenhow.	537
Duraud-Fardel.	15, 16	Gros (Ch.).	737
Duval.	73, 75	Gross.	682
E		Guéneau de Mussy.	23, 66, 538, 703
Edis.	665	Guéniot.	171, 530, 600
Eklund.	11	Guérin.	24, 59, 63, 96, 131, 239, 278, 317, 392, 432, 458, 534, 539, 559, 746.
Emmet.	389	Guérin (Alphonse).	889
Erb.	495	Guérin (Jules).	798
Eustache.	746	Guignier.	575
Ewald.	356	Gull.	423, 462
Ewen (Mac), (Glasgow).	1	H	
F		Hallopeau.	220
Farabeuf.	135, 566	Hanot.	221, 326
Fauvel.	130	Hannover.	318
Fenwick.	319	Hardy.	23, 29, 66, 293, 876, 924
Féréal.	31, 100, 177, 551, 674, 752	Harley (F.).	391
Ferrand.	128, 897	Hassal.	537
Filhol.	600	Hayem.	8, 9
Fisher.	682	Hébet.	767
Flaubert.	26	Hecker.	372
Fleury.	169	Heinze.	571
Flint.	536	Hering.	573
Flower.	284	Hervieux.	95, 239, 317, 419
Fokker.	389	Heugebauer.	519
Forget.	68, 566	Hillairet.	23, 811
Forster.	353	His.	284
Foulis.	574	Horteloup.	132, 213, 710
Fournié.	40, 232, 290, 328, 352, 359, 395, 397, 504, 505, 541, 575, 577, 613, 649, 684, 686, 721, 757.	Howard.	318
Fournier.	234	Hue.	34, 153, 178, 215, 244, 281, 609, 657, 678, 695, 729
Fox.	386	Hughlings-Jackson.	464, 491
Franck.	79, 80, 221, 356	Humphry.	711
Fränkel.	575	Hutchinson.	535
Friedrich.	519	J	
Fubala.	275	Joffrey.	326
G		Johnson.	424
Galabin.	666	Jouin.	29, 183, 251, 288, 322, 358, 393, 432, 468, 497, 517, 532, 539, 567, 570, 602, 646, 673, 715.
Galante.	5	K	
Galéowski.	6	Kesteven.	420
Galippe.	345	Kirminon.	748
Galliard.	8	Kien.	16
Galtier.	257	Klebs.	11, 389
Ganigec.	712	Klein.	357
Ganon.	232	Klotz. (Hermann).	833
Gaskell.	355	Koch.	573
Gautier.	165, 599, 703	Koehler.	711
Gélabert.	49	Köllicher.	319
Gerhardt.	571	Krishaber.	197, 316, 570
Gilbert.	534	L	
Gillette.	70, 98, 170, 243	Laba.	805
Giraud-Teulon.	98, 133, 243, 600	Labadie-Lagrange.	483
Gornès-Torrès.	20		
Gosselin.	457, 587, 640		
Gougenheim.	603		
Gouraud.	32		

Labbé.	69, 133, 640	Miahle.	30
Labesque.	832	Michel.	17
Lagneau.	237	Millard.	750
Lancereaux.	24, 66, 424, 634, 729	Monin.	55
Langlebert.	16	Monod.	74, 172, 215 244, 530, 643, 709
Lannelongue.	74, 776	Morat.	357
Lantereau.	6	Mossmann.	520
Larcher.	566	Müller.	464, 533
Larrey.	558, 705, 812	Musso.	772
Lassègue.	120		
Laura.	287	N	
Laurent.	87	Newmann.	711
Lebedeff.	322	Neyer.	575
Leber.	768	Nicaise.	25, 97, 226, 243, 479 529, 565, 673, 749
Leblanc.	469, 488 634		
Ledentu.	26, 135, 169, 213, 530, 672, 710 754, 853, 890	O	
Lefferts.	572	Ollier.	1, 672, 683, 914
Lefort.	26, 67, 97, 132, 644, 703	Onimus.	703
Lefort (Jules).	890	O'Reilly.	17
Legouest.	21	Os.	392
Legrand du Saulle.	41, 115, 190	Ozanam.	109, 222
Legroux.	31, 84, 177		
Lefoir.	325	P	
Lépine.	537	Panas.	889
Léprévost.	17, 59, 94 95, 124, 129, 163, 236, 273, 341, 344, 378, 418, 419, 487, 523, 555, 632, 669, 702, 771, 843, 849, 949	Parinaud.	265
Lereboullet.	603	Parish.	66
Lermoyez.	416	Parker.	711
Lery (de Méricourt).	705	Parrot.	86
Le Roy de Méricourt.	851	Pasternatzky.	110
Lesshaft.	284	Pasteur.	24, 259, 39, 740
Letulle.	548	Paul (Constantin).	3, 124, 128, 174, 457, 522, 768
Liégeois.	30	Pavy.	356
Listers.	389, 392	Payne.	528
Little.	713	Péan.	366, 513, 731
Loewemberg.	575	Périer.	70, 781
Lucas.	679	Périn.	713
Lucas-Championnière.	28, 69, 97, 133, 234, 338, 486, 531, 565, 881, 893	Pernet.	54
		Perrier.	90
M		Peter.	65, 294
Macario.	793	Peyrusson.	262, 451
Mackensie.	569	Pierret.	421
Maffucci.	772	Polallion.	27, 67, 99, 373, 457 673, 706
Maggiorani.	18	Popoff.	287
Magitot.	73, 74, 645	Poulet.	718
Magnan.	443	Powell.	534
Malherbe.	429	Pozzi.	28, 74, 244
Marey.	2, 647		
Marotte.	378, 457, 743	Q	
Martin.	30	Quantin.	697
Martineau.	29, 30, 31, 100, 174, 280, 602		
Mascy.	678	R	
Maurel.	14	Raymond.	77, 78, 217
Mazzoni.	680	Raynaud (Maurice).	17, 100
Melsens.	124	Reclus.	918
Ménard.	953	Redard.	538
Mendel.	773	Regher.	647
Merklen.	297	Reich.	702
Meyer.	172	Reimann.	735
		Rein.	321
		Rendu.	820
		Renoy.	548
		Resseguer.	529
		Reyer.	678
		Richardson.	696