

Bibliothèque numérique

medic@

**Les professeurs de la Faculté de
médecine en 1906**

***In : Presse médicale, 1906, pp.
361-362, 393-394, 425-426,
489-490, 521-522, 553-554,
585-586, 617-618, 649-650,
681-682, 765-766, 813-814
Cote : 100000***

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

LE NUMÉRO { Paris... 10 centimes.
Dép. et Étr. 15 centimes.

— ADMINISTRATION —
MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
120, boulevard Saint-Germain.
PARIS (VI^e)

ABONNEMENTS :
Paris et Départements... 10 fr.
Union postale... 15 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

F. DE LAPERSONNE
Professeur
de clinique ophtalmologique
à l'Hôtel-Dieu.

E. BONNAIRE
Professeur agrégé,
Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

E. DE LAVARENNE
Médecin des Eaux de Luchon.

L. LANDOUZY
Professeur de clinique médicale
à l'hôpital Laennec.
Membre de l'Acad. de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé,
Médecin de l'hôp. Bonicaud.

J.-L. FAURE
Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôp. Tenon.

H. ROGER
Professeur de Pathologie exp.
à la Faculté de Paris.
Méd. de l'hôp. de la Charité.

M. LERMOYEZ
Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine.

F. JAYLE
Assistant de gyn. à l'hôp. Broca,
Secrétaire de la Direction.

— RÉDACTION —
P. DESFOSSES
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION
—
J. DUMONT — R. ROMME
SECRÉTAIRES

Les Bureaux de rédaction sont ouverts à la
Librairie Masson les Lundi, Mercredi, Vendredi,
de 5 heures à 6 heures.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Professeur **PAUL RECLUS**. Appendicite et typhlo-colite.

L.-GUSTAVE RICHELOT. Entéro-colite et appendicite.

THIROUX et D'ANFREVILLE. Traitement chirurgical des tumeurs scrotales dans les pays chauds.

SOCIÉTÉS DE L'ÉTRANGER

Société de médecine berlinoise. — Traitement de la tuberculose des muqueuses par les cantharidisations à l'air chaud et par l'emploi du calomel associé à l'iode de potassium. — Lésions multiples du cerveau et de la moelle ayant nécessité plusieurs opérations successives et s'étant terminées finalement par la guérison. — Rhinoplastie.

Société des praticiens de New-York. — Trois cas de cécité cervicale. — Deux cas d'obstruction veineuse. — L'apoplexie cérébrale. — Radiographies de fractures de l'humérus simulant des affections malignes.

SOCIÉTÉS DE PARIS

Société de chirurgie. — Sur la jéjunostomie. — Sur les plaies du poumon par coup de feu. — Un cas de luxation faussement dite « du semi-lunaire ». — Iléostomie avec exclusion du gros intestin par le procédé de Souligoux. — Lymphangiome ou lipome congénital du cou (?).

ANALYSES

Anatomie, Histologie et Physiologie pathologiques. — **SCHWENKENBECHER et INAGAKI**. Les échanges d'eau chez les fébricitants.

Médecine expérimentale. — **G. B. ALLARIA**. Recherches sur l'action du liquide céphalo-rachidien sur quelques microorganismes pathogènes.

Pathologie chirurgicale. — **SCHWARTZ et CHEVRIER**. Des lipomes ostéopériostiques. — **KIRMISSON et BIZE**. Tumeur sacro-coccigienne renfermant dans son intérieur des bronches et des reins rudimentaires.

Chirurgie. — **L. GELPKE**. Emploi du bouton de Murphy en chirurgie gastro-intestinale de 1896 à 1905, 54 cas.

CARABANA PURGE GUÉRIT

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine).

POUDRE d'ANIODOL Non toxique. Non caustique. Remplace l'Iodoforme (Envoi échantillon aux Médecins). SOCIÉTÉ DE L'ANIODOL, 9, Rue Tronchet, PARIS.

“Ulmarène”

Succédané INODORE du Salicylate de Méthyle pour le traitement du Rhumatisme sous toutes ses formes.

Goutte, Rhumatismes
PRASOÏDE ou **HECKEL**
(GLOBULARINE ET GLOBULARÉTIQUE)
Communication à l'Académie de Médecine (29 Mai 1894).
6, Rue Chanoine, Paris.

XIV^e ANNÉE. — N° 46. 9 JUIN 1906.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

Neurologie et Psychiatrie. — **P. CONSIGLIO**. Psychologie et clinique des lobes préfrontaux. — **L. BONSANT**. Contribution à l'étude des états démentiels et de leur substratum organique.

Dermatologie. — **THOMAS SMITH**. Lésions des muqueuses au cours du lupus érythémateux.

Voies urinaires. Organes génitaux de l'homme. — **J. FINSTERER**. Contribution à l'étude des calculs de l'urètre. — **P. HALLOPEAU**. Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la prostate.

Otologie, Rhinologie, Laryngologie. — **W. P. BRANDEGGER**. Un cas de mastoïdite double avec participation des cellules zygomatiques. — **W. G. B. HARLAND**. Hémiplegie consécutive à l'anesthésie comme complication d'une opération sur la mastoïde. — **A. BOUYER fils**. Des parasthésies de l'arrière-gorge.

Electricité médicale. Radiologie. — **C. RÖDERER**. La radiothérapie dans les tuberculoses ganglionnaires articulaires et osseuses.

Épidémiologie. Médecine publique et Hygiène. — **G. GIEMSA**. L'air irrespirable des cales de navire. — **P. VINCEY**. Le lait de l'Assistance publique et les domaines administratifs.

CHRONIQUE

PIERRE MAUREL. Les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

CH. MAIGNÉ. Ampoules auto-injectables. — **M. GUINÉ**. Méthode rapide de titrage des chlorures de l'urine. — **A. M. Syphilides bucco-pharyngées**. Plaques muqueuses.

LIVRES NOUVEAUX

P. D. Le livre de l'infirmière. — **E. GÉRARD**. Technique de stérilisation à l'usage des pharmaciens.

V. E. M.

Stations de la Savoie et du Dauphiné. Du 1^{er} au 12 Septembre 1906.

BIBLIOGRAPHIE

NOUVELLES

VALÉRIANE liquide de L. PACHAULT
La plus efficace des Préparations de Valériane.
La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 146 CUIILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR.

LUCHON BAINS-DOUCHES
VAPEURS NATURELLES
Affections dites rhumatismales.
Affections articulaires. Suites de traumatismes.
Lympho-arthritis des enfants.
Arrêts de développement. Convalescences.
Saison de Juin à Octobre

POUGUES TONI-DIGESTIVE

ALLEVARD-LES-BAINS
Maladies de Poitrine. — Voies respiratoires.
SALINS DU JURA
Débilité des Femmes et des Enfants.
ST-GERVAIS-LES-BAINS
Dermatoses. — Neurasthénie.

LES PROFESSEURS DE CLINIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Professeur DÈBOVE

A l'hôpital Beaujon, notre doyen le Professeur Debove fait chaque samedi sa leçon de clinique médicale.

Dans l'amphithéâtre bondé, l'assistance se compose d'élèves du service avec nombreux état-major de stagiaires, d'étudiants, de médecins de la ville, de médecins militaires, de médecins d'eaux, etc., assistance accrue les jours de clinique par le service de M. Troisier, chef en tête. Détail caractéristique qui montre l'intérêt de l'enseignement pratiqué ici : plusieurs médecins du quartier sont auditeurs assidus, non seulement des cliniques du samedi, mais des leçons de chaque jour.

Revêtu de la blouse qui complète le tablier du service, le Professeur entre posément, « sans façons ». Son entrée passe même parfois inaperçue dans le brouhaha du début. Coiffé d'un chapeau de voyage qu'il bosse plus d'une fois au cours de ses démonstrations, le geste rare et sobre, il se tient debout derrière la table recouverte d'une alèse, maniant son lorgnon comme un face-à-main pour consulter parfois ses notes, qui consistent surtout en l'observation du malade.

Ce « fin lettré » parle d'une voix prenante, bien timbrée, avec une toute particulière aisance, simplement, sans aucune emphase, ayant toujours le mot précis dans la phrase naturellement élégante et d'une belle tenue littéraire.

Parfois, mais rarement, la voix devient un peu vibrante, le geste brusque et tranchant. Il décoche quelques traits légèrement acérés et très rapides à un de ses rares ennemis : je veux dire l'alcool.

« ... le fer végétal... du RUMEX CRISPUS »
Préparé par
FERROPLASMA SAGET, ph^{ie} à Vichy.
Renseign^{ts}, échant^{ns}, VIVIEN, r. La Fayette, 126, PARIS.

GRANULES DIGITALINE
SOLUTION NATIVE
AMPOULES NATURELLE
MARTIGNAC et C^{ie}, 24, place des Vosges. Échant. gratuits

PURGYL LAXATIF IDÉAL
Agit sans coliques. Pas d'accoutumance.
Le mieux toléré par les enfants.
Échant. gratuits s' demandent. KEEHLY, 107, r. Réaumur, Paris.

SAINT-GALMIER BADOIT

lisme, l'hypothèse, le système, les philosophes, etc. Mais bien souvent la période, d'ailleurs toujours courte, s'émousse dans le mot final volontiers sceptique ou ironique. On sent quel'un maître de soi et s'observant même dans l'élan.

Il aborde le plus souvent des sujets classiques, dit volontiers que le rôle du professeur est de présenter des malades que le praticien a chance de rencontrer et non des cas exceptionnels, se montre d'ailleurs très documenté sur les recherches récentes qu'il signale, réservant son opinion définitive, s'attache surtout et avant tout à l'examen clinique, laissant volontiers au second plan les théories pathogéniques ou thérapeutiques.

Le malade dont il parle est là, quand son état a permis de le faire venir du service. Pendant la lecture de l'observation, le Professeur, de temps à autre, s'adresse à lui pour le provoquer à affirmer l'exactitude des phénomènes signalés ou faire surgir un détail caractéristique.

La leçon dure en général trois quarts d'heure, atteint rarement une heure. L'exposé est très clair, net et court, s'attache exclusivement au fait, dédaigneux des théories, des trouvailles trop récentes et de tout emballage scientifique, volontiers relevé d'une pointe d'humour et de traits lancés avec une légère ironie.

L'enseignement de la clinique est complété par d'heureuses innovations. C'est ainsi que des étrangers au service font parfois des leçons sur des sujets à l'ordre du jour, ou une série de leçons régulières sur un sujet spécial comme M. Jeanselme sur la dermatologie.

Et surtout le Professeur eut le premier l'ingénieuse idée de confier à ses chefs de clinique, internes et anciens internes, le soin de faire chaque matin à l'amphithéâtre une leçon sur un malade du service. Cette leçon sert à l'instruction des élèves et exerce le conférencier, presque toujours candidat au Bureau central. Le Maître se fait un devoir d'assister à chacune de ces

leçons; car toutes ses hautes fonctions et multiples occupations, qui suffiraient à remplir la vie d'un autre, laissent à ce « bon administrateur » au moins l'apparence d'un homme toujours maître de son temps. Il commente la leçon, l'argumente et la discute au besoin. Enfin il s'adresse à l'auditoire, s'informe si quelqu'un a quelque explication à demander ou quelque objection à présenter. Et alors s'engage souvent une discussion entre un ou plusieurs auditeurs et le Maître, qui sait toujours y faire face avec sa spirituelle bonne grâce, sa sceptique et posée bonne humeur et sa douce ironie.

PIERRE MAUREL.

PRATIQUE MÉDICALE

Ampoules auto-injectables.

Parmi les nombreux perfectionnements qui, depuis quelques années, ont été apportés à la médication hypodermique, la plus importante amélioration a consisté évidemment dans la répartition de chaque dose médicamenteuse dans une ampoule spéciale en verre scellée à la lampe. Ce procédé offre le grand avantage de donner une sécurité absolue, tant au point de vue du dosage que de l'asepsie du médicament. Malheureusement, pour injecter le contenu de l'ampoule sous la peau, il faut, après en avoir brisé la pointe, aspirer le liquide dans une seringue. Cette petite opération qui prend toujours un peu de temps ne donne jamais une sécurité absolue au point de vue de l'asepsie. Il serait en effet beaucoup plus rationnel de faire passer directement la solution médicamenteuse de l'ampoule sous la peau du patient, sans passage intermédiaire dans une seringue plus ou moins bien stérilisée. Depuis quelques années, divers essais ont été faits dans

cette voie. M. Viel, de Rennes, a résolu la question d'une façon remarquablement simple.

L'ampoule ordinaire a ses deux extrémités munies de deux petits manchons métalliques.

Après avoir brisé la pointe de verre qui dépasse chaque manchon on ajoute: d'un côté l'aiguille de platine soigneusement flambée; de l'autre côté un petit raccord en aluminium, seul intermédiaire entre l'ampoule et l'embout de la seringue — (avoir bien soin de remonter complètement le piston au haut de sa course). — Il suffit alors, après avoir enfoncé l'aiguille à l'endroit voulu, de refouler lentement le piston: tout le liquide est injecté sans avoir été un instant en contact avec le corps de la pompe de la seringue.

Pour plus de commodité — et cette précaution a son importance si l'opérateur craint que les mouvements brusques du patient, au moment de la piqûre, ne brisent l'ampoule — il vaut mieux commencer par enfoncer l'aiguille seule, non montée sur l'ampoule. On ajoute ensuite celle-ci, montée sur la seringue. Cette manière de faire permet en outre d'injecter le contenu d'une seconde ampoule, sans faire une nouvelle piqûre.

D'un côté, l'ampoule et le raccord en aluminium; de l'autre, l'ampoule adaptée sur la seringue et prête à fonctionner.

Tel est, résumé en quelques mots, le manuel opératoire préconisé par M. Viel. Il réalise, croyons-nous, un grand progrès dans la médica-

Au mois de mars 1904, M. le Dr Saint-Yves Menard présentait à l'Académie de médecine une note de M. X. Dybowski qui attirait l'attention du monde médical sur le yoghourt, lait caillé spécial, que l'on trouve en Bulgarie.

A la même époque, M. le Dr Tulbandjian, communiquait à la Société des Sciences médicales d'Angers ses diverses observations sur l'emploi du yoghourt (*Journal des Sciences médicales d'Angers*, Novembre 1904).

Dès ce moment, les avantages du yoghourt, étaient nettement déterminés, mais on était dans l'impossibilité absolue de le préparer dans nos pays. Le 31 janvier 1905, M. le Dr Saint-Yves Menard présentait à l'Académie de médecine la nouvelle communication de M. X. Dybowski, faisant connaître qu'il était parvenu à isoler la Maya, ou ferment bulgare, à la cultiver et à la dessécher, de façon à pouvoir la transporter sous n'importe quel climat, sans qu'elle perde aucune de ses propriétés.

En juin 1905, M. Mazé, de l'Institut Pasteur, reconnaît qu'au point de vue pureté des ferments, le yoghourt est le seul lait caillé qui puisse offrir toutes les garanties, grâce à la température élevée à laquelle la Maya fait fermenter le lait, température qui assure l'annéantissement des autres ferments ou levures. (*Annales de l'Institut Pasteur*, Juin 1905.)

Une des grandes qualités du yoghourt, qui le rend éminemment supérieur au lait est que, d'un goût exquis lorsqu'il est bien fait, il ne rebute jamais le malade, comme cela arrive presque toujours avec le lait quand on est obligé de le prescrire longtemps.

Pour ma part, dit le Dr Tulbandjian, de Constantinople, je m'en sers continuellement dans toutes les maladies où le régime lacté est indiqué, et je n'ai qu'à m'en féliciter. J'en donne un grand bol d'une once (1 kil. 282) par jour. Dans la fièvre typhoïde, dans la pneumonie, dans les gripes graves, dans la scarlatine et dans toutes les maladies infectieuses, on voit immédiatement, sous l'influence du yoghourt, la quantité d'urine augmenter, l'élimination des toxines s'élever, en même temps on évite le dépérissement du sujet.

Dans les vomissements incoercibles de la grossesse, j'ai vu toujours le yoghourt donner les meilleurs résultats, et les femmes continuer leur grossesse jusqu'au bout.

Dans les cas d'adynamies, j'administre le yoghourt sucré: je le donne glacé dans les cas d'intolérance gastrique; chez les dyspeptiques hyperchlorhydriques, je le fais suivre d'un ou deux cachets de bicarbonate de soude, on d'un verre d'eau minérale alcaline quelconque.

Le yoghourt présente sur le lait un autre avantage: sous un moindre volume, il correspond à une plus grande quantité de lait par conséquent, à plus de nourriture.

Le yoghourt sera recommandé dans les affections de l'estomac et de l'intestin, dyspepsies, appendicite, dans la constipation et toutes les auto-intoxications d'origine intestinale, dans la diarrhée verte des enfants, dans la furonculose, l'acné, l'eczéma, les rougeurs de la face, les migraines, la neurasthénie, l'artériosclérose, l'anémie, la goutte, le diabète, le cancer, la tuberculose, enfin, dans les maladies infectieuses, lorsqu'il est nécessaire de faire la désinfection du tube intestinal, en alimentant le malade avec une nourriture légère qui augmente, en même temps, la quantité d'urine. Le yoghourt favorise la nutrition, empêche la déperdition, active la guérison des catarrhes chroniques du tube digestif, augmente le poids du corps. Il permet de lutter contre la débilitation de la nutrition, d'où qu'elle provienne.

Enfin nous citerons la très intéressante observation recueillie par le Dr Martinet, dans un cas de néoplasme, publiée dans la *Presse Médicale* du 3 Mars 1906, montrant quel précieux auxiliaire le médecin possède dans le yoghourt pour le traitement de cette affection.

Vente du véritable Lait caillé bulgare SOCIÉTÉ DE LA MAYA BULGARE, 3, Chaussée d'Antin (Tél. 214.40) et 16, rue Popin-

court (Tél. 217.71). — Livraison chaque jour dans Paris. — La Société livre aussi le Ferment Maya bulgare et la petite étuve pour préparer le yoghourt chez soi.



Traitement des Névralgies, Migraines, Vertige de Ménière, Traitement curatif et préventif des fièvres par le

PHYT NATE DE QUININE

Contient 57 0/0 de Quinine, 43 0/0 de Phytine

Le plus soluble des Sels de Quinine

Réunit les propriétés thérapeutiques de la Quinine et les effets reconstituants de la Phytine

Antinévralgique - Tonique - Fébrifuge

Comprimés argentés lenticulaires s'avantant comme pilules, dosés à 0.70 centigrammes

Un flacon d'origine: 3 francs dans toutes les pharmacies

Traitement externe des Affections rhumatismales Absolument inodore - Absorption rapide par la peau

SALÈNE

Ether méthyl-éthyl glycolique de l'acide salicylique

Peu volatil, par suite très actif à faibles doses et d'un emploi économique

Indications: Rhumatisme articulaire aigu, rhumatisme musculaire aigu et chronique (lumbago, torticolis), névrite rhumatismale. + + + + +

Mode d'emploi: Badigeonnages, compresses ou onctions avec le salène pur, salène mêlé à l'alcool ou à l'huile chloroformée, etc... + + + + +

Echantillons gratuits et littérature: SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE, Département pharmaceutique, St-FONS (Rhône).

SOLUTION DE DIGITALINE Cristallisée AU MILLIÈME 1 milligr. par 50 gouttes

APPROBATION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE - MÉDAILLE D'OR de la SOCIÉTÉ DE PHARMACIE DIGITALINE HOMOLLE & QUEVENNE

GRANULES de DIGIT VINE chloroformée A. MILLIÈRE 1 à 3 par jour.

L.A. PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

LE NUMÉRO { Paris . . . 10 centimes.
Dép. et Étr. 15 centimes.

— ADMINISTRATION —
MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
120, boulevard Saint-Germain.
PARIS (VI)

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale 15 fr.
Les abonnements partent du commencement
de chaque mois.

F. DE LAPPERSONNE
Professeur
de clinique ophtalmologique
à l'Hôtel-Dieu.

E. BONNAIRE
Professeur agrégé,
Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

E. DE LAVARENNE
Médecin des Eaux de Luchon.

L. LANDOUZY
Professeur de clinique médicale
à l'hôpital Laennec.
Membre de l'Acad. de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé,
Médecin de l'hôp. Boucicaut.

J.-L. FAURE
Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôp. Tenon.

H. ROGER
Professeur de Pathologie exp.
à la Faculté de Paris,
Méd. de l'hôp. de la Charité.

M. LERMOYEZ
Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine.

F. JAYLE
Assistant de gyn. à l'hôp. Broca,
Secrétaire de la Direction.

— RÉDACTION —
P. DESFOSSÉS
Secrétaire de la Rédaction

J. DUMONT — R. ROMME
Secréétaires

Les Bureaux de rédaction sont ouverts à la
Librairie Masson les Lundi, Mercredi, Vendredi,
de 6 heures à 6 heures.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Professeur DIEULAFOY. Quantité de gens, simplement atteints de typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse, sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas.

LÉON BERNARD. L'alimentation des classes laborieuses parisiennes dans la famille et aux restaurants populaires d'après deux enquêtes récentes.

SOCIÉTÉS DE L'ÉTRANGER

Société de médecine interne et de pédiatrie de Vienne. — Dilatation de l'œsophage par sténose du cardia coexistant avec un estomac en sablier. — Diverticule vrai de l'œsophage. — Décapsulation traumatique du rein. — Méningite à saccharomyces.

Société de médecine interne de Berlin. — Apparition passagère du signe d'Argyll-Robertson à la suite d'un traumatisme crânien. — Masque destiné à provoquer la stase hyperémique dans les poumons. — Splénomégalie sans leucémie.

SOCIÉTÉS DE PARIS

Académie des sciences. — La rapidité d'absorption des odeurs par le lait. — Analyse microscopique des farines. — Un nouveau microbe producteur d'acétone. — Excrétion des purines et de l'acide urique endogènes. — Néofornation d'un épithélium pavimenteux stratifié chez un tigre tuberculeux. — Le mucilage d'amidon. — Production expérimentale de variétés transmissibles du bacille de la tuberculose et de vaccins antituberculeux. — Un procédé d'isolement à l'état de pureté des hématoxylastes du sang. — Dosage des matières albuminoïdes et gélatineuses au moyen de l'acétone. — Motilité du scolex échinococcique. — La radiothérapie dans un cas de sarcome du fémur.

Société de médecine légale. — Quelques observations de sévices chez les enfants. — A propos du secret médical. — Rapport à propos du privilège des honoraires pour soins de dernière maladie.

Société de pédiatrie. — Exostoses de croissance. — L'absorption des graisses et des albuminoïdes chez les enfants dyspeptiques. — Paralysies diphtériques traitées par le sérum de Roux. — Statistique du service de la scarlatine. — Œdème segmentaire chronique. — Accidents graves consécutifs à la disparition brusque d'un eczéma.

Société de chirurgie. — Sur la jéjunostomie. — Sténose pylorique consécutive à une brûlure par caustique; gastro-entérostomie; guérison. — Hernie inguinale étranglée de la trompe droite. — Péricolite adhésive et sténosante. — Rupture intra-péritonéale de la vessie, suite de contusion de l'abdomen; suture; guérison. — Traitement de la tuberculose articulaire par les injections sclérogènes : Résultats éloignés. — Kyste de l'ovaire remarquable par l'épaisseur de sa paroi. — A propos d'un cas de « pied de Madure ». — Luxation méio-carpienne ouverte.

CONGRÈS

XV^e Congrès international de médecine. Lisbonne, 19-26 Avril 1906.

SECTION IV. — Thérapeutique et pharmacologie.

Sur le venin du serpent Habou. — La révulsiothérapie rapide, son avantage et ses principales indications. — La chaleur envisagée comme agent physiothérapique. — Indications de la cure de Vichy chez les enfants. — Traitement des paralysies spasmodiques par une nouvelle méthode d'exercices.

CHRONIQUE

PIERRE MAUREL. Les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris. Le professeur Guyon. — Nécrologie : M. F.-B. Albert Josias (1855-1906).

PRATIQUE MÉDICALE

G. FISCHER. Le gaïacol en applications externes dans la pneumonie. — CH. MARCEL. Injections intra-trachéales d'huile goménolée.

LIVRES NOUVEAUX

L. BRUANDET. Anatomie sur le vivant. Guide pratique des repères anatomiques.

NOUVELLES

VALÉRIANE liquide de **L. PACHAULT**
La plus efficace des Préparations de Valériane.
La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 à 6 CUILLERÉES À CAFÉ PAR JOUR.

LUCHON EAUX SULPHYDRIQUÉES
HUMAGES
Affections des voies respiratoires.
Naso-pharynx, Larynx, Bronches.)
Suites de grippe.
Saison de Juin à Octobre.

POUGUES TONI-DIGESTIVE

ALLEVARD-LES-BAINS
Maladies de Poitrine. — Voies respiratoires.
SALINS DU JURA
Débilité des Femmes et des Enfants.
ST-GERVAIS-LES-BAINS
Dermatoses. — Neurasthénie.

LES PROFESSEURS DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Professeur GUYON

Le professeur Guyon fait à Necker ses leçons deux fois par semaine. Le mercredi, à l'amphithéâtre, le samedi à « la Terrasse » que le Maître fit édifier lorsque fut créée pour lui la chaire des maladies des voies urinaires.

Le service de la Terrasse sert surtout aux consultations externes et comprend, outre les laboratoires, la salle où se fait la polyclinique du samedi. C'est une belle pièce bien éclairée. Contre les murs revêtus de fatence à hauteur d'homme, sont les lavabos, autoclaves, étuves, etc. Sur un côté sont rangés six lits pour l'examen et le traitement des malades. A la tête de chaque lit est le nom de l'élève chargé du service, sous la surveillance des internes, et tout élève nouveau est assisté d'un ancien.

Au milieu de la salle sont trois ou quatre rangées de chaises occupées par une cinquantaine d'auditeurs environ. Ce sont en général gens au teint brun, à l'élégance un peu outrée, au langage vibrant et sonore fortement teinté d'accent exotique. Dans cette assistance, en grande partie cosmopolite, beaucoup, déjà d'un certain âge, semblent être des étrangers attirés par l'universelle renommée du Maître, et venus pour se perfectionner dans cette spécialité à la fin de leurs études.

Devant les chaises est dressé un lit sur une sorte d'estrade élevée d'une marche. Le Professeur en blouse et tablier, un peu penché en avant, se tient debout. Il fait coucher un malade qu'il

« ... le fer végétal ... du **RUMEX CRISPUS**
FERROPLASMA Préparé par
SAGET, ph^{ie} à Vichy.
Capsules à 0 gr. 55 titr. 0 gr. 015 de fer. 5 fr.
Comprimés à 0 gr. 30 titr. 0 gr. 008 de fer. 4 fr.
Doses : 2 capsules ou 4 comprimés par jour, pendant les repas.
Renseign^{ts}, échant^{ts}, VIVIEN, r. La Fayette, 126, PARIS.

GRANULES DIGITALINE
SOLUTION NATAVELLE
AMPOULES
MARTIGNAC et C^{ie}, 24, place des Vosges. Échant. gratuits

PURGYL LAXATIF IDÉAL
Agit sans coliques.
Pas d'accoutumance.
Le mieux toléré par les enfants.
Échant. gratuits s'adresse. KÉELY, 107, r. Réaumur, Paris.

SAINT-GALMIER BADOIT

CARABANA PURGE GUÉRIT
AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE
(Angine de poitrine).

POUDRE d'ANIODOL Non toxique.
Non caustique.
Remplace l'Iodoforme (Envoi échantillon aux Médecins).
SOCIÉTÉ de l'ANIODOL, 9, Rue Tronchet, PARIS.

“ **Ulmarène** ”

Succédané INODORE du Salicylate de Méthyle pour
le traitement du Rhumatisme sous toutes ses formes.

Goutte, Rhumatismes
PRASOÏDE DOCTEUR
DU **HECKEL**
(GLOBULARINE ET GLOBULARETINS)
Communication à l'Académie de Médecine (29 Mai 1894).
6, Rue Chanoinesse, Paris.

XIV^e ANNÉE. — N° 50, 23 JUIN 1906.

domine de toute sa haute taille. Un élève du service lit l'observation : antécédents, commémoratifs, examen personnel. Le Maître suit, relève ou approuve tel ou tel point et en donne les raisons à l'assistance. Il parle de sa voix un peu faible, mais suffisante pour ce petit auditoire, hochant légèrement la tête, une main dans le tablier, l'autre accentuant les discours et oscillant en cadence de haut en bas. Puis il fait lui-même l'examen du malade qu'il voit pour la première fois, et on assiste à la genèse du diagnostic dans tous ses détails.

Il explique, chemin faisant, pourquoi il pose telle ou telle question faisant ressortir les points importants des réponses du malade. Si l'élève n'a pas fait l'exploration, il y procède lui-même. Il expose ensuite minutieusement ce qu'il a trouvé et en déduit des conclusions de thérapeutique pratique. Il dit et discute le traitement, et quand l'intervention peut se faire, sans inconvénient, séance tenante, il y procède devant l'auditoire. Pendant toute la durée de l'opération il signale le moindre incident et s'y attarde même avec complaisance en donnant une explication détaillée. C'est une leçon très instructive faite avec la préoccupation de l'éducation technique et pratique des élèves, — excellent exemple que donne la cette haute personnalité scientifique.

Après les nouveaux malades, il en présente d'anciens déjà vus aux séances précédentes et rend compte de l'évolution du mal ou des conséquences du traitement. Et l'on assiste ainsi, en une heure, au défilé d'une dizaine de malades.

Toute la leçon est faite sur un ton paternel qui trahit la bonté de ce Maître honoré de tous, mais qui contraste avec l'air grave, le regard froid, le masque impassible. Il s'anime à peine aux traits humoristiques, aux jeux de mots, aux anecdotes quelquefois un peu scabreuses (le sujet y prête) dont il aime à émailler sa leçon. D'ailleurs il ne s'y livre que sous la réserve, dit-il, de

mieux fixer un point important dans la mémoire de ses auditeurs.

La clinique du mercredi se fait à l'amphithéâtre. Bien avant l'arrivée du Professeur les gradins sont garnis. C'est à peu près la même assistance qu'à la polyclinique, cosmopolite en majorité, d'où monte un ramage où domine l'accent étranger. Le Maître arrive silencieusement, posément, simple malgré son attitude un peu raide, sa tenue magistrale et solennelle, avec ses favoris blancs encadrant le visage flegmatique. Il s'assied devant une longue table posée sur une alèze qui sert de tapis, et autour se groupent chefs de clinique et internes. Les autres élèves se dispersent dans l'auditoire. Immobile et droit sur son siège, les coudes sur les bras du fauteuil, il commence la leçon. Une main s'agit en gestes courts, s'élève et s'abaisse en cadence, l'index en avant. Parfois, il se retourne un instant pour réclamer un renseignement à un élève, ou bien il se lève, va au tableau tracer un schéma rapide et sans prétention, puis revient s'asseoir et poursuivre sa leçon de sa voix sourde et grave, mais résonnant bien, d'un ton un peu monocorde, sans éclat ni relief, aux nuances peu accentuées, au débit saccadé. On sent l'habitude de l'improvisation. Il sépare les mots de manière, semble-t-il, à préparer le suivant. Il prend des temps qui donnent à la parole comme un air d'hésitation et permettent pendant la pause de trouver le terme propre. Et ainsi le discours a une belle tenue de précision et d'élégance dans sa simplicité.

Là encore, comme le samedi, et bien que le ton plus sévère de la clinique y prête moins, il aime à lancer, d'un ton réservé, quelques à peu près, quelques plaisanteries qui, très appréciées de l'auditoire, ont un succès discrètement manifesté et où semble se complaire et se délasser celui dont la belle et longue carrière est entourée du respect

de tous et de l'affection de ses élèves, parmi lesquels nombreux sont les maîtres.

PIERRE MAUREL.

ALBERT JOSIAS

— 1855-1906 —

Une nouvelle mort prématurée prive le corps médical des hôpitaux de Paris d'un de ses membres les plus estimés : Albert Josias vient de succomber à une douloureuse maladie. Dirigé d'une façon très précoce, par ses attaches et ses goûts, vers la profession médicale, il avait été nommé interne des hôpitaux à l'âge de vingt-quatre ans; pendant son internat il eut pour maîtres, Constantin Paul, Labric, Besnier et Rendu. Il publia, en collaboration avec M. Brissaud, un travail sur les *gommies scrofuleuses*. Puis il passa, sur la *fièvre typhoïde chez les gens âgés*, une thèse récompensée par la Faculté. Il resta ensuite pendant deux ans chef de clinique du professeur Hardy. Quatre ans après sa sortie de l'internat, il était nommé au Bureau central.

En 1895 il prit un service à l'hôpital Trousseau, qu'il quitta pour l'hôpital Bretonneau. On lui doit de nombreux travaux ayant trait à la tuberculose chez les enfants, au traitement de l'angine diphtérique et à la sérothérapie antidiphtérique. Il publia en 1896 un Précis de thérapeutique infantile et collabora au « Traité de thérapeutique » d'Albert Robin.

Albert Josias reçut les récompenses que lui méritaient son travail et sa valeur : inspecteur sanitaire des établissements de la Ville de Paris, puis membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, il eut l'occasion, dans ces diverses fonctions, de faire des rapports très remarqués. Il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur dès 1890 et obtint la croix d'officier en 1905.

En mois de mars 1904, M. le Dr Saint-Yves Menard présentait à l'Académie de médecine une note de M. X. Dybowski qui attirait l'attention du monde médical sur le yoghourt, lait caillé spécial, que l'on trouve en Bulgarie.

A la même époque M. le Dr Tulbandjan, communiquait à la Société des Sciences médicales d'Angers ses diverses observations sur l'emploi du yoghourt (*Journal des Sciences médicales d'Angers*, Novembre 1904).

Dès ce moment, les avantages du yoghourt étaient nettement déterminés, mais on était dans l'impossibilité absolue de le préparer dans nos pays. Le 31 janvier 1905, M. le Dr Saint-Yves Menard présentait à l'Académie de médecine la nouvelle communication de M. X. Dybowski, faisant connaître qu'il était parvenu à isoler la Maya, ou ferment bulgare, à la cultiver et à la dessécher, de façon à pouvoir la transporter sous n'importe quel climat, sans qu'elle perde aucune de ses propriétés.

En juin 1905, M. Masé, de l'Institut Pasteur, reconnaît qu'au point de vue pureté des ferments, le yoghourt est le seul lait caillé qui puisse offrir toutes les garanties, grâce à la température élevée à laquelle la Maya fait fermenter le lait, température qui assure l'aneantissement des autres ferments ou levures. (*Annales de l'Institut Pasteur*, Juin 1905).

Une des grandes qualités du yoghourt, qui le rend éminemment supérieur au lait est que, d'un goût exquis lorsqu'il est bien fait, il ne rebuté jamais le malade, comme cela arrive presque toujours avec le lait quand on est obligé de le prescrire longtemps.

Pour ma part, dit le Dr Tulbandjan, de Constantinople, je m'en sers continuellement dans toutes les maladies où le régime lacté est indiqué, et je n'ai qu'à m'en féliciter. J'en donne un grand bol d'une once (1 kil. 282) par jour. Dans la fièvre typhoïde, dans la pneumonie, dans les gripes graves, dans la scarlatine et dans toutes les maladies infectieuses, on voit immédiatement, sous l'influence du yoghourt, la quantité d'urine augmenter, l'élimination des toxines s'élever, en même temps on évite le déperissement du sujet.

Dans les vomissements incoercibles de la grossesse, j'ai vu toujours le yoghourt donner les meilleurs résultats, et les femmes continuer leur grossesse jusqu'au bout.

Dans les cas d'adynamies, j'administre le yoghourt sucré; je le donne glacé dans les cas d'intolérances gastriques; chez les dyspeptiques hyperchlorhydriques, je le fais suivre d'un ou deux cachets de bicarbonate de soude, ou d'un verre d'eau minérale alcaline quelconque.

Le yoghourt présente sur le lait un autre avantage : sous un moindre volume, il correspond à une plus grande quantité de lait, par conséquent, à plus de nourriture.

Le yoghourt sera recommandé dans les affections de l'estomac et de l'intestin, dyspepsies, appendicite, dans la constipation et toutes les auto-intoxications d'origine intestinale, dans la diarrée verte des enfants, dans la furonculose, l'acné, l'eczéma, les rougeurs de la face, les migraines, la neurasthénie, l'arthrosclérose, l'anémie, la goutte, le diabète, le cancer, la tuberculose, enfin, dans les maladies infectieuses, lorsqu'il est nécessaire de faire la désinfection du tube intestinal, en alimentant le malade avec une nourriture légère qui augmente, en même temps, la quantité d'urine. Le yoghourt favorise la nutrition, empêche la déperdition, active la guérison des catarrhes chroniques du tube digestif, augmente le poids du corps. Il permet de lutter contre la débilitation de la nutrition, d'où qu'elle provienne.

Enfin nous citerons la très intéressante observation recueillie par le Dr Martinet, dans un cas de néoplasme, publiée dans la *Presse Médicale* du 3 Mars 1906, montrant quel précieux auxiliaire le médecin possède dans le yoghourt pour le traitement de cette affection.

Vente du véritable Lait caillé bulgare SOCIÉTÉ DE LA MAYA BULGARE, 3, Chaussée d'Antin (Tél. 214.40) et 16, rue Popincourt (Tél. 947.71). — Livraison chaque jour dans Paris. — La Société livre aussi le Ferment Maya bulgare et la petite étuve pour préparer le yoghourt chez soi.



Traitement des Névralgies, Migraines, Vertige de Ménière, Traitement curatif et préventif des fièvres par le

PHYTINATE DE QUININE

Contient 57 0/0 de Quinine, 43 0/0 de Phytine

Le plus soluble des Sels de Quinine

Réunit les propriétés thérapeutiques de la Quinine

— et les effets reconstituants de la Phytine —

Antinévralgique - Tonique - Fébrifuge

Comprimés argentés lenticulaires s'avantant comme pilules, dosés à 0.10 centigrammes

Un flacon d'origine : 3 francs dans toutes les pharmacies

Echantillons gratuits et littérature : SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE, Département pharmaceutique, St-FONS (Rhône).

Traitement externe des Affections rhumatismales Absolument inodore - Absorption rapide par la peau

SALÈNE

— Ether méthyl-éthyl glycolique de l'acide salicylique —

Peu volatil, par suite très actif à faibles doses et d'un emploi économique

Indications : Rhumatisme articulaire aigu, rhumatisme musculaire aigu et chronique (lumbago, torticolis), névrite rhumatismale. ♦ ♦ ♦ ♦

Mode d'emploi : Badigeonnages, compresses ou onctions avec le salène pur, salène mêlé à l'alcool ou à l'huile chloroformée, etc... ♦ ♦ ♦ ♦

SOLUTION DE DIGITALINE Cristallisée au MILLIÈME 1 milligr. par 50 gouttes APPROBATION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE — MÉDAILLE D'OR de la SOCIÉTÉ de PHARMACIE DIGITALINE HOMOLLE & QUEVENNE PH^{ie} (SAS) S. Rue Daubigny, PARIS, et toutes pharmacies. GRANULES de DIGIT^{ine} chloroformée A : MILLIÈRE. 1 à 3 par jour.

comprendre comment un exsudat aussi volumineux pouvait trouver place dans l'œil en présence d'un corps vitré de volume normal. Le professeur Leber (de Heidelberg) a donné de ce phénomène l'explication suivante : le décollement rétinien qui survient brusquement et sans cause appréciable est dû à une rétraction progressive du corps vitré qui, exerçant lui-même des tractions à la surface de la rétine, aboutit à la déchirure; par cette ouverture, le liquide du corps vitré peut fuser entre la rétine et la choroïde et le brusque décollement d'une vaste étendue de la rétine s'explique, dès lors, par un simple changement de situation des liquides intra-oculaires. Cette théorie a été très vivement combattue, mais les faits parlent bien fortement en sa faveur. En effet, dans la grande majorité des décollements récents, on reconnaît à l'ophthalmoscope la présence d'une déchirure rétinienne en croissance ou en circonflexe dont le lambeau se voit soulevé en avant, à la façon du clapet d'une soupape.

Il est évident que, dans ces conditions, le vieux traitement par évacuation du liquide n'a pas d'objet, puisqu'il aboutirait à priver de son contenu non seulement l'espace rétro-rétinien, mais encore celui du corps vitré qui communique avec le premier par la déchirure de la rétine. On a proposé des interventions qui devaient tendre à créer des adhérences entre la choroïde et la rétine, afin de permettre à celle-ci de résister aux tractions du corps vitré; ces moyens se sont trouvés insuffisants (thermocautérisation) ou beaucoup trop radicaux (injections iodées); le seul traitement logique — et le professeur Deutschmann l'a recommandé, mais sans grand écho jusqu'à présent — consisterait à détruire les adhérences du corps vitré à la rétine. En attendant que ce procédé ait fait ses preuves, M. Gonin s'efforce surtout de prévenir les adhérences anormales en traitant par des révulsions locales très énergiques (injections sous-conjonctivales) les foyers de choroïdite disséminée qu'il peut constater ou qu'il est en droit de supposer dans un œil quand l'autre œil a été atteint de décollement. Aucun des malades qu'il a traités ainsi préventivement n'a montré jusqu'ici de décollement dans l'œil traité.

Outre ce décollement rétinien, que l'on appelle « idiopathique » parce qu'il se produit souvent sans causes apparentes, il en existe un grand nombre d'autres formes qui en diffèrent par leur pathogénie et par leur terminaison. Ainsi, parmi les décollements non traumatiques, il en est qui résultent d'une hémorragie, soit dans le corps vitré (en ce cas, c'est le caillot qui, en se rétractant, attire la rétine en avant comme dans le décollement idiopathique) soit derrière la rétine, ce qui provoque un décollement par soulèvement, lequel se recolle de lui-même au fur et à mesure de la résorption de l'extrasat. Un décollement par soulèvement se produit encore dans certains cas d'inflammation des tuniques de l'œil, en présence d'une tumeur de la choroïde, ou encore, en présence d'un abcès de l'orbite. À l'exception des cas de tumeur maligne qui nécessitent l'enlèvement de l'œil ou de ceux de cysticerque lequel peut être extrait au travers de la sclérotique, ces décollements exsudatifs se recollent d'eux-mêmes; ce qui rend de nouveau superflue l'évacuation du liquide.

À la suite d'un traumatisme, le décollement par attraction se produit dans les cas d'abcès du corps vitré, car celui-ci contracte alors des adhérences diffuses avec la rétine et l'entraîne avec lui dans sa rétraction cicatricielle; ce processus est quelquefois si énergique que la rétine est entièrement arrachée de son insertion au nerf optique. Ici, le traitement est inutile s'il n'arrive pas à éviter l'infection de la plaie ou à la juguler très rapidement.

En cas de plaie perforante, même non infectée, la rétine peut être directement impliquée dans la rétraction cicatricielle de la plaie et se décoller sous forme de nombreux plis qui, tous, convergent vers la cicatrice. Ce genre de décollement par attraction est surtout à redouter dans le cas de plaie de la région ciliaire; si la plaie siège dans la région équatoriale de l'œil, la rétraction cicatricielle est beaucoup moindre et l'on peut obtenir une adhérence de la rétine à la choroïde sous la forme d'une cicatrice en surface qui défie tout nouveau décollement. Ce fait a engagé quelques praticiens à faire une ouverture dans la sclérotique, au niveau de l'équateur, pour y provoquer une adhérence rétinienne, procédé qui donne parfois de bons résultats.

Passant sous silence les formes moins fréquentes du décollement traumatique, par exemple celles qui résultent d'une brusque détente de la paroi oculaire à la suite d'une abondante perte de corps vitré avec

diminution du volume du globe, M. Gonin mentionne encore les hémorragies traumatiques qui se produisent derrière la rétine à la suite d'une plaie perforante. Le type le plus achevé de ces hémorragies est donné par celles dites expulsives qui se terminent par le décollement total de la rétine et même par le prolapsus de cette membrane au dehors de l'œil, au cours de certaines opérations faites chez des artérioscléreux.

Les ruptures de la rétine produites par contre-coup ou par arrachement direct s'ajoutent fréquemment aux autres facteurs du décollement traumatique. C'est dans un cas de déchirure simple par contusion de l'œil, que M. Gonin a obtenu l'adhérence de la rétine par l'établissement d'une cicatrice sclérale. Ce résultat paraît bien improbable dans les formes où les tractions du corps vitré sont en action. Quoi qu'il en soit, il faut, pour aboutir, une large adhérence de la rétine à la choroïde; il ne suffirait donc point de suturer la rétine, à moins que ce ne soit dans le but de favoriser une choroïdite adhésive. À ce défaut, la suture n'aurait d'autre effet que de produire de nouvelles déchirures de la rétine; aussi M. Gonin ne l'a-t-il pas essayée.

M. Gonin démontre, en terminant, une collection d'environ quatre-vingts pièces pathologiques représentant les diverses formes de décollements traumatiques et non traumatiques qu'il vient de mentionner.

J. DUMONT.

ANGLETERRE

Société royale médicale et chirurgicale.

Juin 1906.

Rétrécissement mitral et grossesse. — MM. French et Hicks considèrent qu'on a beaucoup exagéré les dangers de la grossesse chez les femmes atteintes d'un rétrécissement mitral : cette opinion classique repose sur une erreur d'interprétation des statistiques. En effet, on ne voit dans les hôpitaux que les femmes qui ont des accidents, mais pour les auteurs, ce n'est là qu'une faible partie des malades ayant un rétrécissement mitral et qui sont enceintes : on ne voit pas la majorité d'entre elles car elles n'ont pas d'accidents. Ainsi les statistiques ne comprennent que la minorité des cas. Les auteurs ont essayé de corriger cette erreur en étudiant l'histoire obstétricale de 300 femmes âgées de plus de vingt ans, ayant un rétrécissement mitral seul ou associé à une autre lésion valvulaire. Ces cas n'ont pas été choisis; ils ont été pris en suivant, sur le registre du Guy's Hospital. Il résulte de cette statistique nouvelle que fort peu de ces malades sont stériles, et que la majorité d'entre elles arrivent jusqu'au bout de leurs grossesses sans accident; il faut remarquer que lorsque des accidents surviennent, c'est le plus souvent non pas au cours de la première grossesse, mais après que la femme a été plusieurs fois enceinte. Quant au traitement de la lésion pendant la grossesse il est identique à celui qu'on prescrit à la femme n'étant pas enceinte.

La règle d'interdire le mariage aux femmes porteuses d'un rétrécissement mitral n'est donc pas justifiée; ici comme ailleurs, il y a lieu de distinguer suivant les cas, mais toujours il faudra faire comprendre à la malade les risques que lui feront courir une grossesse. En tout état de cause, qu'elle se marie ou non, la femme a peu de chances d'atteindre un âge avancé, et les travaux de French et Hicks tendent à prouver que lorsqu'elle atteint l'âge de vingt ans avec une lésion cardiaque bien compensée elle n'avance guère l'échéance finale en devenant enceinte.

— MM. Herman, Gardner et Gibbes sont également d'avis qu'on a exagéré les dangers de la grossesse dans le rétrécissement mitral; cependant, pendant les deux derniers mois de la grossesse surtout, on voit parfois survenir des phénomènes asystoliques. Dans ces cas l'accouchement provoqué constitue une bonne règle de conduite. Pour ce qui est des statistiques concernant la stérilité des femmes atteintes de rétrécissement mitral, il ne faut pas perdre de vue ce fait que beaucoup d'entre elles ont reçu le conseil de ne pas provoquer de grossesse. Enfin, il est des cas où la grossesse semble contribuer à établir ou à assurer la compensation de la lésion cardiaque.

— MM. Poynton, Bonney et Griffith insistent au contraire sur les dangers que fait courir la grossesse aux femmes atteintes de rétrécissement mitral : les formes graves d'endocardite, des crises graves de chorée, surtout s'il survient de l'infection puerpérale. Sur une série de 28 cas de grossesse chez des

porteuses de lésions cardiaques, 3 sont mortes pendant ou peu après l'accouchement. Il faut donc continuer à déconseiller la grossesse aux femmes atteintes de rétrécissement mitral.

AMÉRIQUE

Association médicale américaine.

6-8 Juin 1906.

Utilité des solutions salines dans les maladies fébriles. — M. Taylor (de Philadelphie) pense qu'au cours des maladies fébriles. Il est mauvais de supprimer l'alimentation chlorurée qui favorise la défense naturelle de l'organisme : il a appliqué cette théorie à une série de cas d'affections fébriles chez des enfants avec d'excellents résultats; plusieurs de ces cas étaient d'une extrême gravité. Il fait boire à ses petits malades une quantité non déterminée d'une solution de chlorure de sodium à 7 pour 1.000 une demi-heure avant chaque prise d'aliments. Toutes les trois heures on encourage les malades à boire en abondance de cette solution. Ainsi on favorise, dit l'auteur, l'action des glandes vasculaires sanguines qui donnent des anticorps, et qui, par cela même, fournissent l'équivalent d'un sérum antitoxique. Par ces moyens, le petit malade fait facilement les frais de sa maladie fébrile jusqu'au moment où, la fièvre étant tombée, il peut reprendre l'alimentation salée ordinaire.

Méningite à bacille de Löffler. — M. Cotton (de Chicago) relate l'observation d'une méningite cérébro-spinale au cours de laquelle on fit deux ponctions lombaires; l'examen du liquide céphalo-rachidien révéla la présence d'un bacille ayant tous les caractères du bacille de Klebs-Löffler. L'inoculation au cobaye donna, d'ailleurs, des résultats identiques à ceux obtenus par l'inoculation du bacille de la diphtérie. À l'autopsie, on retrouva ce même bacille dans le liquide cérébro-spinal et aussi dans du mucus provenant de la gorge.

Résultats de l'occlusion partielle des grosses artères. — M. Halsted (de Baltimore) a fait pendant les vingt derniers mois une série d'expériences sur 100 chiens pour étudier les effets de l'occlusion partielle ou totale de l'aorte abdominale et de l'aorte thoracique au moyen de bandes métalliques. Il a constaté que la pression sanguine au-dessous du rétrécissement varie proportionnellement au degré d'occlusion. Dans les cas d'occlusion partielle, les bandes métalliques ne produisent pas de lésions macroscopiques au niveau des artères, même après sept ou huit mois. Par contre, quand l'occlusion est totale, les parois artérielles s'atrophient et finalement se résorbent au bout d'un laps de temps variant de quelques semaines à quelques mois. Dans deux cas le segment artériel inclus dans la bande métallique fut converti en un cylindre plein, ce qui, pour Halsted, constitue l'oblitération idéale d'une artère.

L'auteur a remarqué un dépôt abondant de graisse épidermique dans la partie du canal rachidien située au-dessous du niveau du segment artériel oblitéré; cette adipose est peut-être le résultat de l'anémie produite par l'occlusion de l'artère.

La bande métallique est préférable à la soie et à tout autre fil à ligature, car elle ne sectionne pas la paroi artérielle et elle produit une occlusion graduelle. On peut l'enlever, s'il est nécessaire, sans qu'elle laisse après elle de lésions des tuniques artérielles. Halsted a pensé qu'elle pourrait être utilisée chez l'homme pour l'occlusion des artères en amont d'un anévrysme. Il a ainsi provoqué un rétrécissement de la carotide quatre fois, du tronc brachio-céphalique une fois, en se servant d'une bande d'aluminium. Dans un cas d'anévrysme poplité, il oblitère l'artère fémorale par le même procédé. Halsted pense que dans certains cas, rares il est vrai, l'occlusion partielle de l'artère pourra entraîner la guérison de l'anévrysme.

Tumeurs du corpuscule carotidien. — M. Keen (de Philadelphie) relate une observation de tumeur du corpuscule carotidien et donne le résumé de 26 cas semblables dont deux découverts à l'autopsie. Sur les 27 cas il y eut 25 opérations avec 7 morts, soit une mortalité de 28 pour 100. L'intervention opératoire est, en somme, contre-indiquée quand il n'existe pas de troubles fonctionnels marqués, sauf cependant dans les cas où la tumeur paraît être de nature maligne.

Traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et du duodénum. — M. W. Mayo (de Rochester)

apporte les résultats de son expérience en matière de chirurgie gastrique et duodénale. Sa statistique comprend 600 cas opérés dans son hôpital.

Ulcère perforant : de l'estomac 7 cas (2 morts) ; du duodénum, 9 cas (3 morts). L'opération pratiquée dans les cinq heures après le début des accidents réussit le plus souvent à sauver le malade ; après dix heures, la mort est la règle. On pratiquera une suture transversale pour éviter le rétrécissement consécutif ; on fera une gastro-jéjunostomie si le malade est en état de la supporter. On établira un drainage sus-pubien, le malade étant maintenu dans la position demi-assise pendant plusieurs jours.

Hémorragie aiguë : 11 cas, 1 mort. Il faut ouvrir l'estomac et ligaturer la zone saignante du côté de la muqueuse au moyen de catgut sur une aiguille courbe montée. La partie externe de la zone ulcérée sera protégée au moyen d'une suture musculo-péritonéale. Quand la chose est possible, l'ulcère doit être excisé. Il ne faudra pas se contenter de faire une gastro-jéjunostomie ; cette seule opération est insuffisante dans ces cas.

Hémorragie chronique : Ici la gastro-jéjunostomie sera utile, mais l'opération de choix est l'excision de l'ulcère.

Ulcère chronique : 383 cas de gastro-jéjunostomie qui est surtout indiquée quand il n'y a pas de trouble permanent de la motilité. L'opération postérieure est la meilleure : l'incision commencera à moins de 8 centimètres de l'origine du jéjunum qui sera fixé à l'estomac de façon à ce que son extrémité distale se trouve située à gauche. L'opération antérieure, avec le bouton de Murphy ou la ligature de Mac Graw est parfois indiquée s'il existe des adhérences ou des anomalies anatomiques. La gastro-jéjunostomie est inutile quand la motricité de l'estomac est normale, qu'il n'existe pas de dilatation et que le pylore n'est pas sténosé. Dans ces cas les aliments passent par le pylore et non par l'orifice artificiel.

Gastro-duodénostomie de Finney : 72 cas, 4 morts. Cette opération est surtout utile quand l'ulcération se limite à la muqueuse et qu'il y a du spasme ; elle a l'avantage de laisser un orifice en situation normale ; de plus, le drainage se fait vers le bas, le long de la grande courbure de l'estomac.

Excision de l'ulcère : 14 cas de mort. L'excision est surtout indiquée dans l'ulcère de la petite courbure sans rétrécissement ni dilatation. On peut la combiner avec l'opération de Finney quand l'ulcère est près du pylore.

Opération de Rodman (résection de l'extrémité pylorique de l'estomac et gastro-jéjunostomie séparée) : 7 cas, pas de mort. Cette opération est indiquée dans les cas d'ulcères calleux.

Résection de l'estomac : 12 cas, pas de mort. Indiquée dans l'estomac biloculaire et dans les ulcères calleux quand on soupçonne une dégénérescence maligne.

Mayo conclut que l'échec opératoire, en matière d'ulcères gastriques ou duodénaux, est imputable soit à une technique défectueuse, soit au mauvais choix du procédé chirurgical.

C. JARVIS.

SOCIÉTÉS DE PARIS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

29 Juin 1906.

Un cas de blastomycose. — MM. Hudelo, Rubens-Duval et Lœderich ont observé un cas de blastomycose chez une femme de trente-cinq ans, qui se présente avec une gomme ulcérée du tibia et de nombreux abcès sous-cutanés. L'affection avait débuté deux mois auparavant par une petite tumeur siégeant à la partie moyenne du tibia, s'accompagnant de douleurs lancinantes et de légères poussées fébriles. D'autres tuméfactions s'étaient ensuite développées insidieusement à l'hypogastre et à la région parétale. La gomme du tibia avait brusquement envahi et ulcéré la peau. Elle avait alors les caractères d'une lésion tuberculeuse et les autres nodules offraient l'aspect d'abcès froids. Il n'y avait pas d'adénopathies. On curetta la gomme du tibia, mais l'aspect du bourbillon parut suspect et on excisa le bord de l'ulcération. On constata au microscope la présence de cellules géantes en nappe diffuse ; elles étaient presque toutes creusées de vacuoles qui contenaient des corps arrondis, colorables par le Gram ; certains étaient bourgeonnants. L'ensemencement du pus des différents abcès pon-

ctionnés montra qu'il s'agissait d'une levure qui se retrouvait partout, à l'exclusion de tout autre germe. Cette levure pousse à la température ordinaire sur presque tous les milieux de culture usuels, mais surtout sur les milieux sucrés. Elle ne se présente que sous la forme cellulaire, il n'y a pas de filaments ; elle se reproduit exclusivement par bourgeonnement et ne donne pas d'asques ; c'est donc un cryptococcus. Elle est pathogène pour la souris, le rat, le chat et le cobaye nouveau-né ; elle est faiblement pathogène pour le cobaye adulte, le lapin, le chien et la poule.

Dans la suite, d'autres abcès apparurent : à la région fessière, au-dessus du coude, au niveau du grand trochanter et à la région occipitale. Certains se résorbent, d'autres ont été incisés et ne se cicatrisent que lentement. La malade a été soumise au traitement ioduré intensif, qui semble avoir eu un effet favorable sur l'évolution de l'affection. La blastomycose à foyers multiples simule surtout la tuberculose et la syphilis. Les autres cas de blastomycose publiés jusqu'ici ne permettent pas une description d'ensemble de l'affection, mais le diagnostic bactériologique en est facile.

Rechute suivie de mort dans deux cas d'anémie pernicieuse antérieurement considérés comme guéris. — M. Chauffard communique les observations de deux malades qui, après avoir présenté, au cours d'une anémie pernicieuse, des améliorations telles que, de par la clinique et l'hématologie, on pouvait les considérer comme guéris, ont eu des rechutes. Le traitement, qui avait réussi la première fois, n'a plus donné aucun résultat, et les deux malades ont fini par succomber.

L'explication de cet insuccès a été fournie par l'examen hématologique. Lors de la première atteinte, par le traitement qui consista en opothérapie médullaire, en injections sous-cutanées d'arsénite de potasse et en inhalations d'oxygène, on vit la régénération sanguine se montrer. Les hématies augmentèrent considérablement de nombre, le taux de l'hémoglobine s'éleva et des hématies nucléées et des myélocytes se montrèrent en fortes proportions.

Il n'en fut pas de même lors de la rechute ; le sang continua à s'appauvrir malgré le traitement, encore qu'on y eut ajouté les injections de sérum antipéridique récemment préconisées par MM. Rénou et Tixier. Celles-ci furent supprimées dès qu'on eut constaté l'apparition de l'albumine dans les urines.

Le point important à déduire de ces faits, c'est que, quand bien même une anémie pernicieuse paraît guérie, on ne peut affirmer cette guérison. Il semble que dans cette maladie ce ne sont que des trêves, des temps d'arrêt qu'on enregistre.

— M. Menetrier a suivi un cas analogue d'anémie pernicieuse qui avait semblé guéri par l'opothérapie médullaire. Une rechute se montra trois mois plus tard : la même médication fut inefficace et la malade succomba.

— M. Vaguez fait remarquer que la durée des rémissions est à peu près toujours la même, d'environ trois mois.

— M. Marcel Labbé a observé une dame de soixante-dix ans, atteinte d'anémie pernicieuse ; on apprit qu'elle avait été spécifique. A deux reprises le traitement mercuriel déterminait une réaction sanguine manifeste mais au bout d'un certain temps cette médication resta sans effet et la malade succomba.

Anémie splénique. Hyperplasie myéloïde de la rate. Hémosidérose viscérale. — MM. Gaudy et Bornaït-Legneule rapportent l'observation d'un homme de cinquante-trois ans, atteint de splénomégalie notable avec crises splénalgiques, d'hypertrophie hépatique, d'affaiblissement graduel, d'anémie grave et lentement progressive, sans hypertrophie ganglionnaire, sans hémorragies. Les examens hématologiques montrèrent une diminution marquée du nombre des hématies, qui étaient déformées et une réaction myéloïde caractérisée bien plus par la présence d'assez nombreuses hématies nucléées que par celle de myélocytes en proportion toujours faible. L'évolution fut de seize mois ; le malade mourut dans le marasme.

A l'autopsie on constata : une grosse rate qui au microscope présentait les signes d'une hémolyse passive accentuée et surtout une hyperplasie myéloïde très nette disséminée par tout l'organe et portant principalement sur tous les éléments de la série blanche. La moelle osseuse était en pleine activité ; le foie était très hypertrophié et surchargé de pigment ferrique. Il existait une hémosidérose des ganglions lymphatiques, du pancréas.

Cette observation prend place dans le groupe des faits qualifiés d'anémie splénique, voisins de l'anémie pernicieuse d'une part, de la leucémie myélogène d'autre part. Les deux processus simultanés de régénération sanguine et d'hémolyse y sont particulièrement apparents ; ce dernier est cause ici de la production de cette hémosidérose viscérale très marquée telle qu'on l'observe dans une série d'autres états anémiques ou cachectiques.

Formes diverses de l'anémie dans la tuberculose chronique. — M. Marcel Labbé pense qu'il faut tenir compte à la fois de la quantité totale du sang et de la proportion des éléments dans le sang pour apprécier l'anémie des tuberculeux. En se fondant sur l'examen hématimétrique, la pression vasculaire et la coloration des téguments, il distingue trois formes principales d'anémie chez les tuberculeux chroniques.

1° L'anémie avec ochrodermie est le type le plus commun chez ces tuberculeux fébriles. La pâleur de la peau est en rapport avec l'abaissement du nombre des hématies et de la quantité d'hémoglobine, la diminution de la valeur globulaire et la faiblesse de la tension artérielle. Cette anémie est due à la fois à la diminution de la masse sanguine et à la destruction globulaire.

2° L'anémie sans ochrodermie se voit plutôt chez les tuberculeux apyrétiques. Le nombre des hématies est très diminué, la quantité d'hémoglobine abaissée, la valeur globulaire élevée, la pression artérielle forte ; il n'y a pas d'ochrodermie. Ici la masse sanguine n'est pas diminuée et la destruction globulaire est minime.

3° L'ochrodermie sans anémie est rare. Elle est consécutive à une dénutrition lente. La proportion des hématies et de l'hémoglobine, la valeur globulaire sont normales ; mais la tension artérielle est abaissée, le teint est pâle. Il y a diminution de la masse sanguine ou oligémie avec composition normale du sang.

A propos du purpura myéloïde. — M. Lenoble (de Brest), répondant aux objections de MM. Labbé et Ameuille qui pensent que la réaction myéloïde est fonction d'un état hémorragique, apporte une nouvelle observation de purpura hémorragique dans lequel il n'a pu constater de globules rouges à noyau. Il demeure convaincu de la légitimité du type morbide qu'il a édifié, à condition qu'il réalise, à côté des manifestations cliniques, la triade anatomo-sanguine : réactions myéloïdes, altérations des hémoblastes, troubles de la coagulation (absence de sérum).

D'autres syndromes morbides peuvent simuler plus ou moins ses allures. Seule la conception du purpura myéloïde permet d'expliquer les variétés chroniques à réaction myéloïde constante, indéfiniment prolongées, où l'on peut toujours déceler la présence de quelques globules rouges à noyau dans le sang, en dehors de toute manifestation hémorragique.

L. BORDIN.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

29 Juin 1906.

Cirrhose hépatique. — M. H. Rendu présente un cas de cirrhose du foie avec omentopexie spontanée par anastomose des veines épiploïques avec le système veineux de la paroi abdominale.

Cancer du rein. — M. Péraire apporte un cancer du rein entouré de graisse et sans retentissement ganglionnaire.

Tuberculose de l'épididyme. — M. Lecène montre une pièce de tuberculose primitive de la tête de l'épididyme, sans participation de la queue. Il est habituel que la bacillose épидидymaire débute par la queue de l'organe.

Corne du cuir chevelu. — M. Huguier communique une corne du cuir chevelu développée sur un kyste sébacé enflammé, chez une femme de trente-neuf ans.

Tumeur de l'aisselle. — M. Savariaud apporte un squirrhe qui a pris naissance dans l'aisselle aux dépens de la peau.

Tumeur d'une mamelle accessoire. — M. Savariaud présente une autre tumeur de l'aisselle, avec intégrité de la glande mammaire, mais constituée cette fois par de l'adénocarcinome et paraissant s'être développée aux dépens d'une mamelle accessoire.

Cancer du cordon spermatique. — M. Savariaud

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

LE NUMÉRO { Paris... 10 centimes.
Dép. et Étr. 15 centimes.

— ADMINISTRATION —

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
120, boulevard Saint-Germain.
PARIS (VI^e)

ABONNEMENTS :

Paris et Départements... 40 fr.
Union postale... 45 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. DE LAPERRONNE
Professeur
de clinique ophtalmologique
à l'Hôtel-Dieu.

E. BONNAIRE
Professeur agrégé,
Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

E. DE LAVARENNE
Médecin des Eaux de Luchon.

L. LANDOUZY
Professeur de clinique médicale
à l'hôpital Laennec.
Membre de l'Acad. de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé,
Médecin de l'hôp. Boucicaut.

J.-L. FAURE
Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôp. Tenon.

H. ROGER
Professeur de Pathologie exp.
à la Faculté de Paris.
Méd. de l'hôp. de la Charité.

M. LERMOYEZ
Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine.

F. JAYLE
Assistant de gyn. à l'hôp. Broca,
Secrétaire de la Direction.

— RÉDACTION —

P. DESFOSSES
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

J. DUMONT — R. ROMME
SECRÉTAIRES

Les Bureaux de rédaction sont ouverts à la
Librairie Masson les Lundi, Mercredi, Vendredi,
de 5 heures à 6 heures.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

HENRI ISCOVESCO. La présence de colloïdes dans l'eau de boisson de Paris et dans les eaux minérales.

H. DOMINICI. Le radium au point de vue physiologique et thérapeutique.

ROBERT LEROUX. Les torticolis d'origine otique.

SOCIÉTÉS DE L'ÉTRANGER

Société impérial-royale des médecins de Vienne.

Société de médecine de Bâle. — De la distribution géographique de l'ulcère de l'estomac, avec quelques remarques intéressantes relativement à son diagnostic.

SOCIÉTÉS DE PARIS

Académie des sciences. — Action toxique et localisation de l'émanation du radium. — Nouveau procédé d'obtention des cristaux d'hénine. — Les sources à acide carbonique d'Auvergne. — La résistivité des eaux minérales.

CONGRÈS

XVI^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Tenu à Lille, du 1^{er} au 7 Août 1906.

Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés.

Discussion : MM. Sabrazès, Regis, Faure, Dide, Taty, Sicard, Léri.

CARABANA PURGE GUÉRIT

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE
(Angine de poitrine)

POUDRE d'ANIODOL Non toxique.
Non caustique.
Remplace l'Iodoforme (Envoyé échantillon aux Médecins)
SOCIÉTÉ DE L'ANIODOL, 9, Rue Tronchet, PARIS

"Ulmarène"

Succédané INODORE du Salicylate de Méthyle pour le traitement du Rhumatisme sous toutes ses formes.

GOQUELUCHE Guérie en 8 Jours
avec
GOUTTES PECTORALES NICAN
Un Flacon de 10 gouttes.
Échantillon franco sur demande, Ph^{ie} CANTIN, à Palaiseau (S.-&-O.).

Revue Neurologique Organe officiel de la Société de Neurologie

de Paris. Direction : E. BRISAUD et P. MARIE. Rédaction : HENRI MEIGE. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. — France, 30 fr.; Départements, 32 fr.

Rhumatismes MÉDICAMENT SALICYLÉ LOCAL PAR

NEURALGIES, SCIATIQUE, LUMBAGO, GOUTTE

Liniment sans odeur incommode. — Le flacon, 3 fr. 50. — Pharm. GIGON, 7, r. Coq-Héron, PARIS, et toutes pharmacies.

XIV^e ANNÉE. — N° 62, 4 AOÛT 1906.

ANALYSES

Anatomie, Histologie et Physiologie pathologiques. — N. SPASOKOUKOTSKY. Ablation d'une grande partie de l'intestin.

Parasitologie. — R. DEQUEN. Myase des cavités naturelles.

Pathologie chirurgicale. — G. LECLERC. Etude du segment d'intestin sus-jacent aux sténoses intestinales.

Médecine. — A. SANTINI. Les plus récentes méthodes de diagnostic du cancer de l'estomac et recherches sur la réaction biologique.

Chirurgie. — F. BREWITT. Les résultats éloignés des fractures du crâne compliquées.

Otologie, Rhinologie, Laryngologie. — SENDZIAK. Etiologie et traitement des mycoses des voies aériennes supérieures.

Épidémiologie, Médecine publique et Hygiène. — MARCHOUX et SIMOND. Etudes sur la fièvre jaune.

CHRONIQUE

Les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

Un nouveau remède interne contre la blennorrhagie : le gonosan. — L'anesthésine contre les douleurs de l'ulcère gastrique, l'hyperesthésie stomacale, la dyspepsie nerveuse, les vomissements de la grossesse.

LIVRES NOUVEAUX

MATHIAS DUVAL et EUGÈNE GLEY. Traité élémentaire de physiologie. — E. MAUREL. Traité de l'alimentation et de la nutrition.

BIBLIOGRAPHIE

NOUVELLES

V. E. M.

Stations de la Savoie et du Dauphiné. Du 1^{er} au 12 Septembre 1906.

VALÉRIANE liquide de **L. PACHAULT**
La plus efficace des Préparations de Valériane.
La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 16 CUILLERÉES À CAFÉ PAR JOUR.

LUCHON BAINS-DOUCHES
VAPEURS NATURELLES
Affections dites rhumatismales.
Affections articulaires. Suites de traumatismes.
Lympho-arthritis des enfants.
Arrêts de développement. Convalescences.
Saison de Juin à Octobre

POUGUES TONI-DIGESTIVE

Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.

LES PROFESSEURS DE CLINIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Professeur TERRIER

Le Professeur Terrier fait le vendredi sa leçon de Clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié dans l'amphithéâtre Gosselin.

C'est une petite salle en hémicycle, à lourdes colonnes. Les peintures et le dallage de teintes claires, le mobilier chirurgical peint tout de blanc, les lavabos avec leurs cuivres étincelants sous la lumière crue venant à profusion par deux larges baies latérales donnent une note de propreté rigoureuse et même un aspect soigné d'une élégance spéciale.

Une grille sépare les gradins réservés aux auditeurs de l'enceinte où se tiennent l'opérateur et ses aides. Le Professeur, en tenue de ville, est assis devant une petite table recouverte d'une alèse. Dans une attitude simple et familière, l'œil noir vif et brillant dans la face pâle (un Carrière a-t-on dit) il parle sans geste, d'une voix un peu faible mais nette, d'un débit égal, sans éclat ni nuance, d'un ton posé, parfois monotone.

C'est le ton de la conversation pour une causerie familière. C'est un exposé simple, complet, où tout se tient, mais sans mise en relief. La lecture des observations, leur critique, y prennent

« ... le fer végétal ... du RUMEX CRISPUS

ou **FERROPLASMA** de SAGET
phén à Vichy

Capsules à 0 gr. 55 titr. 0 gr. 015 de fer... 5 fr.
Comprimés à 0 gr. 30 titr. 0 gr. 008 de fer... 4 fr.
Doses : 2 capsules ou 4 comprimés par jour, pendant les repas.
Renseign^{ts}, échant^{ns}, VIVIEN, r. La Fayette, 126, PARIS.

ALLEVARD-LES-BAINS

Maladies de Poitrine. — Voies respiratoires.

SALINS DU JURA

Débilité des Femmes et des Enfants.

ST-GERVAIS-LES-BAINS

Dermatoses. — Neurasthénie.

GRANULES DIGITALINE

SOLUTION NATIVELLE

AMPOULES MARTIGNAC et C^{ie}, 24, place des Vosges. Échant. gratuits

PURGYL LAXATIF IDÉAL

Agit sans coliques. Pas d'accoutumance. Le mieux toléré par les enfants.

Échant. gratuits s^r demande. KOEHL, 107, r. Réaumur, PARIS.

SAINT-GALMIER BADOIT

une large place et semblent être le canevas du cours qui garde l'allure d'un examen clinique au lit du malade.

La leçon traite de l'opération qui va se faire après la clinique et dure une demi-heure environ. Puis le Professeur, ses élèves et les auditeurs quittent l'amphithéâtre pour se rendre à la salle d'opérations du pavillon Lisfranc, salle petite, d'un bel éclairage supérieur et latéral, d'installation simple, presque sommaire, mais modèle au point de vue aseptique. C'est là que le Maître va opérer.

Les auditeurs qui ont assisté à la leçon ne pénétrèrent que lorsque le malade a été amené, tout endormi.

Déjà le Chef et ses aides sont en tenue d'opération, coiffés de la petite toque blanche, et tous les préparatifs s'accomplissent ponctuellement, en silence, comme religieusement.

Une petite estrade de deux gradins placée immédiatement au-dessus de la tête du malade est réservée aux auditeurs et aussi aux élèves du service dont beaucoup sont innocents. Le Professeur, en effet, n'a que deux aides. Un infirmier et une surveillante complètent l'assistance opératoire et, très bien dressés, suffisent à tout.

Méthodiquement, sans hâte, tous agissent avec calme, posément. On a l'impression d'un mécanisme admirablement réglé et produisant sans à-coup le maximum d'effet utile. On sent que le Maître a monté la machine, et après l'avoir réglée et contrôlée l'a mise en branle.

Pendant toute la durée de l'opération souvent longue (ce sont fréquemment des interventions abdominales) règne un silence absolu. On n'entend que la respiration du malade et parfois un cliquetis d'instruments ou le bruit d'eau qu'on verse. Le moindre mot détonerait dans cette atmosphère de chapelle où semble s'accomplir le rite consacré.

Quelquefois, mais rarement, dans le cas d'une

fausse manœuvre, d'un simple chuchotement le Professeur remet tout en ordre. Le plus souvent un signe, un regard suffisent. Rien ne vient troubler le calme, la sûreté tranquille et méthodique de l'opérateur et des aides. Ce sont des rouages exercés manœuvrant d'eux-mêmes en toute sûreté.

Et l'opération se termine sans une parole. La clinique s'achève ainsi dans le silence...

PRATIQUE MÉDICALE

Un nouveau remède interne
contre la blennorrhagie : le gonosan.

Dans la séance du 27 Juin dernier, M. A. RENAUD a communiqué à la Société de Thérapeutique les résultats qu'il a obtenus dans son service de vénériens de l'hôpital Cochin-Annexe par l'emploi du gonosan appliqué au traitement de la blennorrhagie.

Rappelons en quelques mots ce qu'est le gonosan.

Le gonosan est une dissolution de la masse résineuse, pharmaceutiquement active, de la racine de kawa-kawa dans la meilleure essence de santal indien. Les effets de l'essence de santal sur les écoulements blennorrhagiques sont trop connus pour que nous insistions sur ce point. Quant à la racine de kawa-kawa, poivrier de l'espèce *piper methysticum*, elle jouit à la fois de propriétés sédatives, ischémiantes et diurétiques. Ces propriétés, mises en lumière par Dupouy, médecin de la marine française, furent appliquées pour la première fois par H. von Zeissl (de Vienne) au traitement de la blennorrhagie. C'est Boss (de Strasbourg) qui eut l'idée d'associer l'essence de santal et la résine de kawa-kawa sous le nom de gonosan.

Le gonosan se présente sous la forme d'une

substance huileuse jaune-verdâtre, fortement aromatique, soluble dans l'alcool, le chloroforme et l'éther, composée de 80 pour 100 d'essence de santal indien pur et de 20 pour 100 de résine de kawa-kawa. Le gonosan se trouve dans le commerce sous forme de capsules dosées chacune à 0 g. 30, soit 0 gr. 24 d'essence de santal et 0 gr. 06 de kawa-kawa. Il s'administre à la dose de 6 à 10 capsules par jour, savoir 2 ou 3 capsules au commencement de chacun des trois repas dans un peu d'eau.

M. Renault a employé le gonosan chez 10 blennorrhagiques sans aucune autre médication adjointe; or, voici les résultats qu'il a notés :

Un premier fait, c'est que le gonosan jouit de propriétés anesthésiques incontestables : 8 fois sur 10, il a éteint promptement — en 3 à 6 jours — les douleurs habituellement si pénibles pendant les mictions et les érections, qui signalent le début de la blennorrhagie, surtout quand celle-ci est la première;

Le second avantage du gonosan réside dans son pouvoir anticatarrhal : au bout de 3 à 4 jours, dans la plupart des cas, l'écoulement est réduit à quelques gouttes qui tachent à peine le linge;

Troisième qualité du remède : il est admirablement supporté par presque tous les malades; il n'occasionne ni dégoût, ni pesanteurs d'estomac, ni pyrosis, ni coliques, ni douleurs de reins, ni érythème cutané.

Quant à savoir si le gonosan peut, à lui seul, guérir une blennorrhagie, la chose paraît établie par plusieurs faits, mais ces faits ne sont pas encore assez nombreux pour tirer à ce point de vue des conclusions définitives. Ce qui est acquis, c'est que le nouveau remède est un anesthésique et un anti-catarrhal très actif, ce qui, joint à son innocuité pour les voies digestives et les reins, en fait un remède précieux pour le traitement de la blennorrhagie urétrale.

CITROSODINE
Citrate trisodique
en comprimés solubles de 0gr.25 cent.
GRÉMY
G. GRÉMY, 16, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

D'une manière générale La CITROSODINE

agit à la façon des alcalins, mais elle possède une supériorité incontestable sur ces derniers, et en particulier sur le Bicarbonate de Soude

auquel elle doit être substituée dans tous ses usages

Mode d'Emploi et Doses

ADULTES : 4 à 8 Comprimés et plus au besoin dissous dans un demi verre d'eau, deux à trois fois par jour, au moment des repas.

ENFANTS : 3 à 4 Comprimés et plus au besoin dissous dans un demi verre d'eau, deux à trois fois par jour, au moment des repas.

NOURRISSONS : 1 Comprimé avant chaque tétée. Faire dissoudre le Comprimé dans une cuillerée à bouche d'eau, la faire absorber à l'enfant, s'il est au sein, ou l'ajouter au biberon, dans le cas contraire.

Goutte, Rhumatismes
PRASOÏDE DU DOCTEUR **HECKEL**
(GLOBULARINE et GLOBULARÉTINE)
Communication à l'Académie de Médecine (29 Mai 1894)
PARIS, 6, rue Chanoinesse.

GRANULES ANTIMONIAUX DU D^r PAPILLAUD

MÉDICAMENT à base d'ARSENITE D'ANTIMOINE (0,001 mm par Granule)
EFFETS COMPLÉMENTAIRES de l'ARSENITE et de l'ANTIMOINE. — RAPPORT à l'ACADÉMIE de MÉDECINE

EMPHYSEME, Asthme, Bronchite chronique, Dilatation des Bronches et AFFECTIONS du CŒUR droit consécutives, Troubles de la Circulation, ARTERIO-SCLÉROSE, Palpitations, Intermitteuses, Angine de Poitrine, Affections nerveuses du Cœur. — DOSE : 2 à 8 GRANULES par Jour. — Dépôt Général : Pharmacie GIGON, 7, Rue Coq-Héron, PARIS et toutes Pharmacies. Envoi de flacons d'essai à MM. les Docteurs.

Traitement des Névralgies, Migraines, Vertige de Ménière,
Traitement curatif et préventif des fièvres par le

PHYTINATE DE QUININE

Contient 57 0/0 de Quinine, 43 0/0 de Phytine

Le plus soluble des Sels de Quinine

Réunit les propriétés thérapeutiques de la Quinine
et les effets reconstituants de la Phytine

Antinévralgique - Tonique - Fébrifuge

Comprimés argentés lenticulaires s'avant comme pilules, dosés à 0,30 centigrammes

Un flacon d'origine : 3 francs dans toutes les pharmacies

Traitement externe des Affections rhumatismales
Absolument inodore - Absorption rapide par la peau

SALÈNE

— Ether méthyl-éthyl glycolique de l'acide salicylique —
Peu volatil, par suite très actif à faibles doses et d'un emploi économique

Indications : Rhumatisme articulaire aigu, rhumatisme musculaire aigu et chronique (lumbago, torticolis), névrite rhumatismale. + + + + +

Mode d'emploi : Badigeonnages, compresses ou onctions avec le salène pur, salène mêlé à l'alcool ou à l'huile chloroformée, etc... + + + + +

Echantillons gratuits et littérature : SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE, Département pharmaceutique, St-FONS (Rhône).

SOLUTION DE
DIGITALINE Cristallisée
40 MILLIGRAMMES
1 milligr. par 50 gouttes

APPROBATION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE — MÉDAILLE D'OR de la SOCIÉTÉ de PHARMACIE
DIGITALINE HOMOLLE & QUEVENNE
Phie. CHATEL & Co, 11, rue de Valenciennes, PARIS, et toutes Pharmacies.

GRANULES
de DIGITALINE chloroforme
à 1 MILLIGRAMME
1 à 3 par Jour.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Schupfer (de Florence). *Contribution à l'étude de quelques altérations anatomiques et fonctionnelles de l'estomac d'origine nerveuse* (Il Policlinico. sez. medica. Avril 1906, fasc. 4, pp. 141-166). — Ce travail comprend deux parties, l'une expérimentale, l'autre anatomo-clinique. Dans la première, l'auteur, envisageant la question à un point de vue nouveau, étudie les altérations anatomiques et fonctionnelles de l'estomac qui sont consécutives aux lésions des racines rachidiennes. Il a, chez une série de chiens, pratiqué la section des racines antérieures et postérieures comprises entre la 4^e et la 9^e paires dorsales, déterminé l'état du chimisme gastrique avant et après l'opération, et pratiqué l'examen attentif de la muqueuse de l'estomac après survie variable.

L'opération a pour résultat constant de provoquer une augmentation d'acidité du suc gastrique, due en majeure partie à l'acide chlorhydrique combiné; elle est sans effet sur la teneur en acide lactique, en ferment lab, en pepsine et sur la motilité de l'estomac. Parallèlement à cette modification du chimisme, on constate au niveau de la muqueuse, la production de petits foyers de nécrose, d'érosions hémorragiques superficielles, siégeant surtout dans la région pylorique. Beaucoup plus rarement, il existe des nappes d'hémorragie sous-muqueuse dans la même région. Ces altérations doivent vraisemblablement être attribuées aux lésions des fibres d'origine du grand splanchnique dont ces expériences contribuent à établir le rôle sur le trophisme et la sécrétion de l'estomac.

Schupfer rapproche de ces faits expérimentaux un certain nombre de constatations anatomo-cliniques ayant trait à des cas de compression ou de destruction médullaire par lésions vertébrales, et dans lesquelles il a pu relever l'existence de phénomènes du même ordre.

PH. PAGNIEZ.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

J. Levai (Buda-Pesth). *Etiologie du mal perforant plantaire* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1906, Bd LXXXI, p. 496-506). — Le mal perforant est une gangrène locale due à l'obstruction de quelques artères du pied par endartérite oblitérante. Il ne saurait s'agir de troubles trophiques. D'abord l'existence de nerfs trophiques n'est démontrée, ni anatomiquement, ni physiologiquement : à plus forte raison ne saurait-il être question de nécrose par suppression de l'influence trophique des nerfs. Tandis qu'il est de nombreux cas de tabes et d'affections du système nerveux sans mal perforant, on le rencontre souvent chez des gens dont il a été possible de prouver cliniquement et anatomiquement l'intégrité du système nerveux.

L'analgésie complète de l'ulcère n'a aucune valeur démonstrative, car elle ne se rencontre qu'au niveau des tissus nécrosés.

A l'appui de sa thèse, Levai rapporte 18 cas de mal perforant, sur 16 desquels il s'agissait d'artériosclérose généralisée ou de sclérose localisée aux artères du pied. Dans 5 cas, l'examen histologique le démontra.

Le mal perforant doit occuper une place intermédiaire au décubitus et à la gangrène sénile. Dans le décubitus, ce sont les capillaires qui sont obstrués; dans la gangrène sénile, ce sont au contraire des gros vaisseaux, d'où gangrènes étendues; dans le mal perforant il y a une nécrose circonscrite par occlusion des petites artères.

M. GUIBÉ.

A. Stieda (Halle). *Fistules congénitales de la lèvre inférieure; leur pathogénie* (Archiv für klinische Chirurgie, 1906, t. LXXIX, p. 293-323, 1 pl. et 2 fig.). — L'auteur a eu l'occasion d'observer un jeune enfant, sans antécédents de malformations, qui présentait à la mâchoire supérieure droite un bec de lièvre compliqué de fente palatine complète. En outre, à la lèvre inférieure on trouvait deux petits canaux situés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, à peu près sagittaux, ouverts en avant sur le bord libre de la lèvre, se terminant en cul-de-sac en arrière sous la muqueuse de la lèvre. L'un d'eux fut extirpé et examiné histologiquement, on put ainsi constater que l'orifice et le segment antérieur de la fistule avaient la structure du bord libre, tandis que la partie profonde ressemblait à la muqueuse buccale.

Quelle est l'origine de ces fistules, d'ailleurs très rares, car on n'en connaît guère qu'une vingtaine de cas? Les anciens auteurs (Demarquay, Béraud) invo-

quaient une affection des glandes muqueuses, ayant évolué pendant la vie fœtale. Rose et Madelung en faisaient un arrêt de développement; pour eux le maxillaire inférieur se développe aux dépens de deux parties latérales et d'une partie médiane. (Intermaxillaire inférieur.) Si ces trois pièces n'arrivent pas à se souder, il se forme une ou deux fistules.

Pour Stieda il ne saurait y avoir là d'arrêt de développement, car à aucun moment il n'existe en ce point de canaux dont la non-disparition donnerait naissance à la fistule. Mais il y a une évolution vicieuse de la lèvre. Il rappelle d'abord qu'il ne saurait s'agir de défaut de fusion des deux moitiés du premier arc branchial, car en réalité cet arc est d'emblée impair et nullement constitué par la soudure de deux moitiés. Mais sur le bord supérieur ou cranien de l'arc mandibulaire, aux dépens duquel se forme la lèvre inférieure, apparaissent au cours du développement par suite de croissance inégale des diverses parties de ce bord, d'abord deux, puis quatre mamelons (Dursy) séparés par trois sillons sagittaux, un médian et deux latéraux.

Si la prolifération de ces mamelons devient exagérée, on comprend très bien comment ils pourraient se souder entre eux en formant un canal qui n'est autre que la fistule. Comme ces sillons occupent toute l'épaisseur du bord libre de l'arc mandibulaire, lorsque sur celui-ci se différencient les diverses parties de la lèvre, il se produit aussi une différenciation de la fistule donnant à sa partie antérieure la structure du bord libre et à sa partie profonde les caractères de la muqueuse.

M. GUIBÉ.

Küzmik. *Fistule spontanée gastro-pariétale d'origine syphilitique* (Beitr. zur Klin. Chirurgie, 1906, Bd. 48, heft. 3, p. 586). — Dans ce travail, l'auteur rapporte un cas unique jusqu'à présent de fistule gastro-pariétale spontanée, due à une lésion syphilitique de l'estomac. Il s'agit d'une femme de vingt et un ans qui au cours d'une grossesse, vit se développer dans la moitié gauche de l'épigastre une tumeur indolente, grossissant progressivement; la peau rougit à ce niveau. Au huitième mois la grossesse se termina par un accouchement avant terme: l'enfant mourut au bout de quinze jours. Peu après la tumeur épigastrique se perfora et il s'écoula au dehors un peu de liquide aqueux; rapidement la petite perforation primitive s'agrandit et atteignit les dimensions d'une pièce d'un mark, et les aliments commencèrent à sortir par cette perforation. Au moment de son entrée à la clinique chirurgicale de Buda-Pesth, on trouvait au niveau de l'épigastre une perte de substance grande comme la paume de la main, à bords durs, rougeâtres à fond sanieux, verdâtre, déprimé en entonnoir: tout à fait au fond de l'entonnoir, on apercevait une fistule par où s'écoulait le suc gastrique et les aliments. Le doigt introduit dans l'estomac par la fistule ne permettait de sentir aucune ulcération, aucune tumeur. La malade nie tout accident syphilitique.

Néanmoins, à cause de l'aspect de l'ulcération et des fausses couches de la malade, on commença le traitement mercuriel (frictions). Au bout de 45 frictions, l'ulcération était cicatrisée et la paroi abdominale souple à son niveau. La fistule persistait cependant.

On fit alors une opération qui consista à exciser la fistule et le segment gastrique correspondant; on put arriver ainsi à guérir complètement la malade.

L'examen histologique de la muqueuse gastrique extirpée et des bords de l'ulcération fistuleuse montra des lésions d'inflammation chronique avec péri-endothélium prononcée; nulle part il n'y avait de dépôts gommeux et cet examen ne permit pas d'affirmer le caractère syphilitique des lésions.

Néanmoins l'aspect de l'ulcération était clinique-ment si typique et le résultat du traitement antisiphilitique fut si net que l'auteur ne croit pas possible de mettre en doute la nature spécifique de cette curieuse lésion gastrique.

C'est donc un nouveau cas de syphilis gastrique qu'il faut joindre à ceux déjà publiés par Hayem, Einhorn, Trinkler.

P. LECÈNE.

F. Colmers (de Munich). *L'entérocyctome et son importance chirurgicale* (Archiv für klinische Chirurgie, 1906, t. LXXIX, fasc. 1, pp. 132-169, 1 pl.). — Sous le nom d'entérocyctomes, on doit entendre avec Roth les kystes qui proviennent du conduit vitellin; Colmers les étudie seulement aux points de vue anatomique et chirurgical.

Anatomiquement il y a lieu d'en distinguer deux groupes:

1^o Les entérocyctomes de la paroi abdominale, très rares (4 cas), siègent au niveau de l'ombilic entre les muscles et le péritoine; toujours uniloculaires, ils communiquaient cependant deux fois avec un petit kyste annexé. Leur contenu est un mucus trouble, épais, avec d'abondants cristaux de cholestérine. On devra les distinguer des kystes dermoïdes encore plus rares et des kystes de l'ouraque toujours situés entre l'ombilic et la vessie;

2^o Les entérocyctomes de l'intestin et du mésentère siègent partout où peut s'insérer le diverticule de Meckel, par conséquent depuis le duodénum jusqu'à l'anus. En fait, sur 33 cas, on trouve les kystes 19 fois sur l'iléon, 3 fois sur le jéjunum, 7 fois près de la valvule iléo-cæcale et 5 fois au niveau de cette valvule.

Ces kystes présentent ordinairement la structure de l'intestin, mais avec parfois des modifications; la couche musculaire peut s'atrophier jusqu'à disparaître, l'épithélium desquamé n'est plus visible qu'au fond des cryptes; l'épithélium peut être sur plusieurs couches, aplati au moins en certains points, parfois muni de cils vibratiles. Toutes ces modifications correspondent à des étapes différentes d'évolution de l'épithélium intestinal et se rencontrent parfois en divers endroits du même kyste. En général, le diagnostic sera facilité par les connexions du kyste avec l'intestin (pédiculation, communication).

Des 4 kystes de la paroi abdominale, l'un est une tumeur d'autopsie, les 3 autres furent guéris par une opération.

Sur les 35 cas intestinaux, une fois le kyste fut un obstacle à l'accouchement, 15 fois il s'agit de pièces d'autopsie, 19 enfin donnèrent lieu à des symptômes, 8 moururent sans opération et 11 furent opérés avec 4 décès.

Jamais le diagnostic ne fut posé avant l'intervention qui fut pratiquée pour divers diagnostics: iléus (5), tumeur mobile (2), tumeur et ascite (2), invagination (1), appendicite herniaire (1). Notons enfin que dans un cas de Quensel, il y avait une tuberculose du kyste.

M. GUIBÉ.

R. S. Hoffmann (de Vienne). *Complications vasculaires de l'appendicite* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. LXXXI, 1906, p. 455-479). — Les complications vasculaires de l'appendicite doivent être divisées en trois classes.

Les hémorragies sont dues à un double facteur: ulcération de la paroi vasculaire, cause principale, et variations de pression, causes occasionnelles. Celles-ci peuvent résulter de l'augmentation de pression dans le vaisseau ou dans l'abcès ou plus souvent encore de la décompression qui résulte de l'ouverture de l'abcès. La rareté de ces hémorragies tient à ce que les vaisseaux se défendent, les artères par épaississement de leur adventice, les veines par thrombose. On les rencontre environ dans un cas sur cent. Tous les vaisseaux avoisinant l'abcès peuvent être la source de l'hémorragie. (Vaisseaux iliaques, circonflexes iliaques, mésentériques); il n'est pas toujours facile de reconnaître la source, même à l'autopsie.

Les thromboses et embolies vasculaires sont distinguées en trois groupes.

Les thromboses veineuses primitives sont fréquentes comme dans toutes les maladies infectieuses: environ 1 pour 100; mais ce qui est remarquable, c'est l'énorme fréquence des phlébites iliaques gauches dans la proportion de plus des trois quarts, sans qu'il soit encore possible d'en démêler la cause au milieu de multiples théories émises.

Les thromboses artérielles sont plus rares et d'un diagnostic plus difficile; elles sont dues à une endartérite par lésion bactérienne.

Les embolies peuvent être artérielles ou veineuses, celles-ci plus fréquentes. La plus grave et sans doute la plus fréquente est l'embolie pulmonaire; outre la mort due aux grosses embolies, il faut sans doute lui rapporter la majorité des cas de complications pulmonaires et de pneumonies post-opératoires, comme l'a déjà affirmé Gussenbauer pour les hernies étranglées. Elles sont une source fréquente d'abcès du foie et de pyéléphlébite. Enfin par embolies rétrogrades, elles sont sans doute l'origine des phlébites des branches de la veine porte, amenant, soit des hémorragies gastro-intestinales, soit le syndrome de l'obstruction intestinale en cas de phlébite du tronc de la mésentérique.

La gangrène des membres inférieurs est extrêmement rare, on en cite à peine une demi-douzaine de

cas, le plus ordinairement par endartérite oblitérante.

Hoffmann rapporte ensuite trois observations de la clinique de Hohenegg. La première est un cas de gangrène très limitée des orteils, avec complications vésicales graves (nécrose totale de la muqueuse). La deuxième est un cas d'hémorragie grave après ouverture de l'abcès, suivie de gangrène de la jambe droite ayant nécessité l'amputation de la cuisse. Le troisième cas est une hémorragie mortelle dont on ne put trouver l'origine lors de l'autopsie.

M. Guin.

MÉDECINE

F. Chevrel *Bacilles paratyphiques et infections paratyphoïdes* (Thèse, Paris, 1906, 162 p., Roussel, éditeur). — L'auteur a déjà consacré en collaboration avec M. Sacquépée, une série de publications à l'étude des paratyphiques. Sa thèse n'est pas seulement la réunion de ces travaux personnels, mais une étude complète donnant une idée très nette de l'état actuel de la question difficile des infections paratyphoïdes, au triple point de vue clinique, bactériologique et expérimental.

Toute cette question est dominée parce fait qu'elle est avant tout question de laboratoire, les procédés biologiques permettant seuls en effet de faire un diagnostic. Aussi, après une revue historique et un chapitre de clinique où sont esquissées les deux formes, sévère et bénigne, de l'infection paratyphoïde, est-ce surtout à la partie bactériologique que M. Chevrel a donné son attention.

Il étudie d'abord les renseignements fournis par la culture et permettant de différencier les paratyphiques du coli et de l'Eberth, et d'une façon non absolue toutefois, deux types de paratyphiques, désignés généralement groupe A et B.

L'épreuve de l'agglutination, capitale en l'espèce, donne des résultats très complexes dont la signification est ici longuement discutée. On doit surtout en retenir que tout sérum paratyphique, humain ou expérimental, agglutine un certain nombre de bacilles paratyphiques et que tous les sérums paratyphiques humains sont beaucoup plus actifs sur les bacilles correspondants que sur le bacille d'Eberth. Mais il y a à ces lois nombre de correctifs à apporter. A côté des agglutinines on doit admettre l'existence de sensibilisatrices et de précipitines paratyphiques.

Les rapports des bacilles paratyphiques avec divers microbes très voisins, en particulier avec les différentes variétés de bacillus enteritidis (Gaertner) sont encore incertains.

L'auteur considère qu'actuellement le procédé de diagnostic le plus sûr est l'ensemencement du sang. Les résultats qu'il fournit devront toujours être contrôlés par l'étude des caractères des bacilles isolés et des propriétés des sérums.

Une bibliographie importante et détaillée donnera aux chercheurs le secours d'indications nombreuses dans la littérature étrangère.

Ph. PAGNIEZ.

Signorelli (de Rome). *Les pulsations du tube laryngo-trachéal. Le double battement laryngo-trachéal. Le pouls laryngé ascendant* (Il Policlinico, 1906. Sez. medica, n° 2, p. 66-87). — L'auteur donne dans ce mémoire une étude sémiologique d'ensemble des secousses qui peuvent, chez certains malades, être constatées au niveau du larynx et constituer souvent un signe important d'anévrisme. Il divise ces battements laryngés en constatables par la vue et constatables par la palpation. Cette dernière se pratique sur le malade assis la tête renversée, soit en saisissant le larynx et lui faisant subir un léger mouvement d'ascension (manœuvre d'Oliver), soit en déplaçant le larynx avec l'index par pression latérale de droite à gauche et inversement (manœuvre de Cardarelli). Ces battements peuvent être verticaux (surtout de haut en bas), transversaux, antéro-postérieurs.

Le battement laryngo-trachéal se rencontre dans les anévrismes des gros troncs artériels de la base, dans l'ectasie simple de l'aorte, dans les cas d'ectasie cardiaque et artériel, enfin chez les individus à médiastin excessivement étroit.

Par l'analyse des caractères des battements, on peut arriver à diagnostiquer avec assez d'exactitude la cause qui leur donne naissance : c'est ainsi que les battements anévrismatiques sont ordinairement intenses, constatables non seulement par la palpation, mais encore par la vue ; leur apparition est rapide,

ils sont durables. La direction de ces battements anévrismatiques est variable suivant la situation de l'ectasie qui en est la cause : les secousses antéro-postérieures sont pathognomoniques, ainsi qu'une forme très rare que l'auteur appelle pouls laryngé ascendant. Quelquefois on a affaire à un double battement, et c'est encore un signe pathognomonique d'anévrisme.

Les battements non anévrismatiques ont des caractères nettement opposés : ordinairement peu intenses, ils ne sont presque jamais constatables à simple inspection, mais décelables seulement par les manœuvres rappelées ci-dessus. Ces battements sont intermittents et en rapport avec l'énergie des contractions cardiaques. Enfin ces battements non anévrismatiques sont toujours uniques ; dans la plupart des cas il s'agit de pouls laryngé transversal ou descendant.

Ph. PAGNIEZ.

CHIRURGIE

Brüning (Fribourg). *Diagnostic et traitement du cancer haut situé du rectum* (Beiträge zur klin. Chirurgie, 1906, Bd. 48, H. 3, p. 517). — L'auteur rapporte un cas intéressant de cancer recto-sigmoïde de diagnostic clinique très difficile observé chez un homme de quarante-sept ans ; le toucher et le palper combiné ne permettaient pas de sentir de tumeur ; il fallut recourir à la rectoscopie qui montra à 13 centimètres au-dessus de l'anus une tumeur bourgeonnante, facilement saignante, qui produisait une sténose serrée. L'opération pratiquée par Goldmann (de Fribourg) consista en une résection du rectum par la voie abdomino-sacrée combinée. Dans un premier temps par une incision iliaque gauche on libéra le méso-côlon pelvien et le méso-rectum ; puis par la voie sacrée on fit la résection du segment recto-sigmoïdien portant la tumeur ; suture circulaire du côlon abaissé et de la partie inférieure du rectum conservée. Le malade guérit parfaitement de cette opération complexe ; il y eut une petite fistule stercorale sacrée qui guérit spontanément. Au bout de deux mois, la guérison est parfaite et les selles spontanées se font normalement par l'anus.

C'est un beau succès opératoire, et l'auteur fait suivre cette observation de quelques remarques cliniques et opératoires. Il conseille de recourir bien plus fréquemment qu'on ne le fait à la rectoscopie dans tous les cas de diagnostic douteux ; au point de vue de la technique opératoire, il recommande l'incision médiane pour la laparotomie exploratrice préliminaire ; cette incision lui semble supérieure comme jour et facilité d'accès sur le petit bassin à l'incision iliaque gauche dont il s'est servi ici et qu'il n'emploiera plus à l'avenir. Enfin il défend la résection par la voie sacrée qui lui semble supérieure à l'amputation périméale puisqu'elle permet de conserver l'appareil sphinctérien anal.

P. LECÈNE.

Gaudemet. *De l'intervention chirurgicale dans l'ulcère non perforé de l'estomac* (Thèse, Paris, n° 181, 1906). — Dans cette thèse, écrite sous l'inspiration de Ricard, Gaudemet étudie les indications opératoires dans l'ulcère rond non perforé de l'estomac et la technique de la gastro-entérostomie postérieure par le procédé de Ricard.

Pour l'auteur l'ulcère stomacal non amélioré par le traitement médical est seul justiciable d'une intervention chirurgicale. L'indication opératoire existe : 1° lorsqu'il y a des douleurs tenaces dues soit à un ulcère en activité, soit à de la péritérite, soit à une sténose, par spasme ou par rétrécissement fibreux ; 2° lorsqu'il y a des hémorragies à répétition, enfin 3° dans tous les cas de sténose ; le moindre symptôme de sténose commande impérieusement l'intervention. Dans tous les cas, plus l'intervention sera précoce, plus grandes seront ses chances de succès.

Quant au choix de l'intervention, l'auteur accorde de beaucoup la préférence à la gastro-entérostomie postérieure ; en effet, la résection gastrique pour ulcère est plus grave que la gastro-entérostomie et elle ne met pas à l'abri de la récidive puisqu'elle ne détruit que la lésion existante, sans atteindre la cause même du mal. Quant à la pylorotomie elle n'est recommandable qu'en cas d'ulcère du pylore sans adhérences étendues, ou encore lorsqu'on soupçonne une dégénérescence néoplasique de l'ulcère. En somme, l'opération de choix est la gastro-entérostomie. Elle convient en effet à tous les cas, puisqu'elle draine la totalité de la cavité gastrique et met ainsi la muqueuse au repos et qu'elle peut toujours être faite en tissu sain.

La gastro-entérostomie sera faite postérieure, transmésocolique ; on devra établir la bouche gastro-jéjunale au point le plus déclive de la cavité gastrique et faire une bouche large. Pour obtenir ces derniers résultats, Gaudemet conseille d'employer le procédé de Ricard que l'on peut appeler *procédé à suspension verticale*. Employé depuis plusieurs années par Ricard, ce procédé est évidemment excellent ; il est simple et assure un bon fonctionnement de la bouche gastro-intestinale qui se trouve être au point déclive, au ras de la grande courbure ; grâce à la fixation verticale, à la suspension jéjunale sur une grande hauteur, le long de la face postérieure de l'estomac, le circulus vitiosus n'est pas à craindre, et dans l'immense majorité des cas les suites opératoires sont des plus simples.

La thèse se termine par l'exposé de 40 observations, toutes empruntées à la pratique de Ricard. La gastro-entérostomie postérieure pratiquée 35 fois n'a donné que 3 morts opératoires ; dans un cas la mort fut le résultat d'un circulus vitiosus dont ne put triompher une entéro-anastomose faite au quatrième jour. La gastro-entérostomie antérieure faite par nécessité dans un cas fut suivie de mort ; dans trois cas on fit la pylorotomie avec une mort au bout de trois semaines et deux guérisons. Ces résultats sont très encourageants puisque la mortalité de la gastro-entérostomie pour ulcère faite à temps est à peine de 9 à 10 pour 100. Nous sommes même convaincus avec l'auteur qu'elle s'abaîsserait presque à zéro, si l'on se décidait à intervenir plus tôt dans les cas d'ulcère rebelle au traitement médical ou s'accompagnant de sténose, même légère.

P. LECÈNE.

Kreuzer. *Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac à la clinique de Krönlein de 1887 à 1904* (Beitr. zur klin. Chirurgie, 1906, Bd. 49, n° 1-2, p. 580). — Ce volumineux travail de plus de 200 pages comprend toutes les observations d'ulcère stomacal, traités à la clinique de Krönlein (de Zurich) de 1887 à 1904. C'est donc une mine de documents très intéressants, puisque toutes les opérations ont été faites par le même chirurgien, et qu'on peut suivre l'évolution et les progrès de la chirurgie gastrique dans ces vingt dernières années en lisant ces observations. Les chiffres, en général si peu intéressants, prennent ici une valeur toute particulière. Voici, par exemple, la statistique globale :

De 1887 à 1897, 15 cas avec 12 morts.
De 1898 à 1899, 20 — — 9 —
De 1900 à 1904, 81 — — 14 —

Cette simple statistique montre deux faits intéressants : d'une part, l'accroissement considérable du nombre de cas d'ulcères traités chirurgicalement, d'autre part, l'amélioration progressive des résultats opératoires. L'auteur étudie en détail l'étiologie, la symptomatologie et le traitement chirurgical de l'ulcère en se basant sur les 116 observations de Krönlein. Nous ne pouvons rapporter ici que les faits les plus intéressants qui se dégagent de cette longue étude.

La prédisposition individuelle héréditaire ou acquise semble jouer un rôle important dans la pathogénie de l'ulcère stomacal. Cette prédisposition consisterait pour Kreuzer en un état particulier des vaisseaux, des nerfs et du sang ; les causes habituellement invoquées (usage de boissons froides ou chaudes, trauma, érosions, thromboses vasculaires sous-muqueuses) ne seraient qu'accidentelles et n'amèneraient la formation d'un ulcère que sur un terrain prédisposé.

La symptomatologie de l'ulcère peut être très variée, mais les douleurs, les vomissements et les hémorragies gastriques sont toujours les signes fonctionnels les plus importants d'un ulcère ; l'hyperchlorhydrie est un signe physique des plus précieux, ne manquant presque jamais. La présence d'acide lactique et de bacilles longs peut s'observer assez souvent dans l'ulcère stomacal : elle est loin d'être symptomatique d'une transformation de l'ulcère en cancer et indique seulement le plus souvent qu'il existe une stase très marquée.

Le diagnostic de l'ulcère, possible dans la majorité des cas, peut devenir extrêmement difficile surtout avec le cancer ; la présence d'une tumeur est loin d'être un signe certain de cancer ; l'évolution lente de la maladie et le caractère rebelle des douleurs sont tout à fait en faveur de l'ulcère. Le diagnostic de la sténose pylorique par ulcère est aujourd'hui très facile ; les symptômes étant nets et constants (vomissements alimentaires tardifs et abondants, présence dans les vomissements de débris alimentaires ingérés

que l'air ne puisse y rentrer qu'avec la vitesse prescrite; enfin, et surtout, de rendre obligatoire dans les sas à air, et même dans les caissons, la présence de manomètres enregistreurs, qui pourront toujours indiquer la vitesse de détente dans le sas ou les variations de pression du fond et fixer ainsi les responsabilités.

Enfin les règlements devront exiger, d'une part, l'établissement d'un local chauffé où les ouvriers puissent séjourner après l'abaissement thermique produit par la détente; d'autre part, celle d'une chambre médicale de recompression, où l'on pourra traiter, d'urgence, les ouvriers victimes du coup de pression.

Telles sont les considérations que l'on peut émettre à propos de l'histoire clinique de notre malade. Elles sont une nouvelle preuve de l'appui mutuel que doivent toujours se prêter la Physiologie et la Clinique.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

L'action des rayons X sur le sang. — La radiothérapie est considérée aujourd'hui à juste titre comme le traitement de choix des leucémies. Cependant malgré les nombreux travaux qu'a suscités cette thérapeutique, son véritable mode d'action n'est pas encore élucidé, au point qu'on se demande si les rayons X agissent sur les organes hématopoïétiques ou sur le sang en circulation. Cette question se trouve implicitement posée par M. Barjon¹ dans son rapport à la récente session de l'Association française pour l'avancement des sciences. Et c'est à cette question encore que se rattachent les recherches très soignées et très systématiques de MM. Benjamin, Reuss, Sluka et Schwarz², faites à la Clinique du professeur Escherich, sous la direction de M. Holzknicht, dont la compétence en matière de radiologie est bien connue.

Ces recherches ont été faites exclusivement sur des lapins préalablement mis en état d'équilibre leucocytaire. Ils étaient ensuite soumis pendant deux à trois heures à l'action des rayons X de façon à en recevoir 20 à 30 unités H. Leur sang était examiné avant et après chaque séance, et cela pendant plusieurs jours de suite. Les résultats de ces examens hématologiques étaient consignés dans une série de tableaux dont la lecture montre les faits suivants :

Immédiatement après la séance de radiation, il est impossible de constater une modification appréciable dans le nombre de leucocytes et, dans les cas où elle existe elle se manifeste par une diminution très légère des lymphocytes. Mais, deux heures plus tard, le tableau change complètement, si bien que sous le microscope, on n'aperçoit, pour ainsi dire, que des polynucléaires et, par places quelques lymphocytes isolés. Cet état de polynucléose persiste presque sans changement pendant sept, huit, neuf heures. Puis, à ce moment, c'est-à-dire environ dix à douze heures après la séance d'exposition aux rayons X, commence à se manifester la classique leucopénie, laquelle n'atteint toutefois son maximum qu'au bout de deux ou trois jours. Pendant que se poursuit cette diminution du nombre de globules blancs, les lymphocytes qui avaient, atteint leur minimum au moment de la polynucléose initiale, deviennent de plus en plus nombreux, en même temps qu'apparaissent de nouveaux éléments cel-

lulaires dont il est difficile de dire si ce sont de gros lymphocytes ou de gros mononucléaires. Peu à peu l'équilibre leucocytaire se rétablit et, au bout de trois ou quatre jours, c'est-à-dire environ six à sept jours après la séance de radiation seule la présence d'assez nombreux éléments cellulaires, plutôt mononucléaires que lymphocytes, témoigne encore de la perturbation qu'avait subie la composition morphologique du sang.

Le schéma de cette perturbation polynucléose suivie de leucopénie passagère reste le même quand l'animal étant enfermé dans une caisse protectrice, n'eût que ses oreilles soumises à l'action des rayons. La seule différence qui survient, c'est qu'en cas de radiation limitée l'évolution du processus hématologique est en quelque sorte précipitée, au point qu'au bout de vingt-quatre heures le sang reprend son aspect normal. Ce résultat ne peut cependant être attribué à la dose de rayons X, étant donné que, dans ces expériences de radiation locale, on fait passer non pas 20 ou 30, mais 170 H.

Cela étant, on comprend facilement que la diminution extraordinaire des lymphocytes survenant pendant le stade de polynucléose, c'est-à-dire déjà deux heures après la séance de radiation, ne peut ressortir qu'à une action directe des rayons X sur le sang. On doit même admettre que cette action est primitive et que l'action sur les organes hématopoïétiques ne vient qu'après. Au reste les recherches bien connues de Heineke ont établi, que pendant les deux premières heures après l'exposition de l'organisme aux rayons X, on ne trouve aucune lésion dans les organes hématopoïétiques.

Le fait particulièrement caractéristique qui découle de toutes ces expériences, c'est la polynucléose initiale, dont le caractère massif et l'apparition brusque font involontairement penser à la formation dans le sang d'une substance douée de propriétés chimiotaxiques positives très énergiques.

M. Schwarz, un des quatre auteurs dont nous venons d'analyser les recherches, a du reste confirmé cette hypothèse par une expérience qui a consisté à insérer dans la cavité abdominale d'un lapin des tubes capillaires remplis de sérum pris sur un autre lapin avant et après son exposition aux rayons X. Or, l'examen de ces tubes retirés au bout de quatorze heures a montré qu'un nombre insignifiant de leucocytes avait été attiré par le sérum normal. Tout au contraire, les tubes renfermant du sérum pris deux, trois et quatre heures après l'irradiation de l'animal, étaient bondés de leucocytes. Disons encore, que d'après les recherches de MM. Benjamin et Reuss, tout porte à croire que la substance qui provoquerait cette hyperleucocytose serait de la choline.

La formation de choline dans l'organisme irradié expliquerait donc la polynucléose du début. Quant à la leucopénie consécutive, M. Schwarz l'interprète de la façon suivante :

Contrairement à ses collègues, il admet qu'en cas d'exposition partielle de l'organisme (oreilles) aux rayons X, la polynucléose domine à tel point le tableau qu'il est permis de considérer comme quantité négligeable la diminution du nombre de lymphocytes qui se produit à ce moment. Autrement dit, pour lui la vraie leucopénie consécutive à l'application des rayons X ne se manifesterait que lorsque ces rayons atteignent les organes hématopoïétiques. Ceux-ci seraient alors influencés exactement de la même façon que les autres tissus et organes dont l'activité biologique est particulièrement vive. Comme les tumeurs à croissance intense, comme les tissus pathologiques à régénération rapide (psoriasis, eczéma), comme les follicules pileux qui forment constamment des poils, comme l'épithélium testiculaire qui sécrète du sperme, les organes hématopoïétiques seraient frappés dans leur vitalité, plus ou moins altérés, atrophies par les rayons X. Or, ce sont ces or-

ganes qui sont chargés de fabriquer des leucocytes destinés à remplacer ceux qui sont continuellement détruits dans l'organisme. On comprend donc que le fonctionnement de ces organes étant profondément troublé par les rayons X, le nombre de leucocytes diminue dans le sang.

En dernière analyse, la vraie leucopénie des animaux radiés ressortirait ainsi non pas à la destruction des leucocytes dans le sang, mais aux effets des rayons X sur les organes hématopoïétiques, effets qui sont les mêmes pour tous les tissus et organes à activité biologique particulièrement vive.

R. ROMME.

ASSOCIATION

DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD¹

TROISIÈME RÉUNION

Tenue aux Trois-Rivières, les 26, 27, 28 Juin 1906.

SECTION DE MÉDECINE

(Suite).

L'alcoolisme. — M. G. Bourgeois (de Trois-Rivières), rapporteur. Le rapporteur n'est pas un créateur, sans doute, il doit, par tous les moyens à sa disposition, s'efforcer de mettre en relief la chose inconnue de solutionner le problème du fait mystérieux, mais il doit s'efforcer surtout de faire dans son rapport un résumé des plus complets de tout ce qui a été fait sur le sujet qu'il expose.

Son travail est celui d'un compilateur.

Aussi M. Bourgeois s'efforce le plus possible de résumer avec détails, parfois très rapidement, tout ce qui a été dit, tout ce qu'il a cru important sur l'alcoolisme.

Il étudie l'alcoolisme au point de vue du traitement et de la prophylaxie. Il passe ensuite en revue les statistiques de la consommation de l'alcool au Canada. Il donne des tableaux se rapportant aux trois provinces : Ontario, Québec et Nouveau-Brunswick.

Si l'on établit une comparaison entre ces trois provinces, on constate que, par rapport à la population, la province d'Ontario est celle qui compte le plus grand nombre de cabarets, Québec venant ensuite et, en dernier lieu celle du Nouveau-Brunswick. La proportion serait la suivante : alors qu'on trouve un cabaret où l'on détaille au verre de l'alcool par 351,38 de population dans l'Ontario, on en trouve un par 1045,81 de population dans Québec et un par 1898 de population dans le Nouveau-Brunswick.

Toute proportion gardée par rapport à la population, la province d'Ontario possède trois fois plus de cabarets que la province de Québec.

Le rapporteur montre que le Canada et surtout la province de Québec, que l'on a un peu partout fait passer pour un pays d'alcoolisés, est le pays le moins alcoolisé du monde.

Cela ne doit pas néanmoins empêcher les médecins de lutter contre l'alcoolisme ; bien plus, il faut que les résultats soient supérieurs aux résultats obtenus dans les autres pays, puisque le peuple canadien a l'avantage d'être un jeune peuple où l'alcoolisme héréditaire se fait moins ressentir, et que d'autre part, la quantité d'alcool consommé dans le pays est beaucoup moindre qu'ailleurs.

Pour M. Bourgeois, la prophylaxie de l'alcoolisme se résume à ceci : 1° Traitons l'alcoolisme médicalement ; 2° Impressionnons l'intelligence de l'enfant dès son plus bas âge en faisant une campagne anti-alcoolique à l'école ; 3° Fondons des sociétés anti-alcooliques qui veillent aux débits de l'alcool et qui instruisent le peuple en lui faisant connaître les mauvais effets du poison alcoolique.

Hygiène des boissons et tuberculose. — M. H. Triboulet (de Paris), donne lecture d'un important travail dans lequel il étudie complètement la grande influence causale de l'alcoolisation sur la tuberculose.

La question de l'alcoolisme, à la fois d'ordre économique, d'ordre moral, et d'ordre médical, est dif-

1. F. BARJON. — *Lyon médical*, 1906, n° 31, p. 213.

2. E. BENJAMIN, A. V. REUSS, E. SLUKA et G. SCHWARTZ. — *Wien. klin. Woch.*, 1906, n° 26, p. 788.

1. Voir *La Presse Médicale*, 1906, n° 67, p. 536 et 68, p. 545.

facile à aborder pour le médecin. Il n'a pas toujours su, mieux que les autres, échapper entièrement au parti pris et son premier devoir, pour faire œuvre prophylactique utile, est de se dégager des idées préconçues et des théories, et de s'en tenir aux faits bien prouvés.

C'est dans cet esprit d'indépendance que M. Triboulet développe tout ce qui concerne les rapports entre les progrès de l'alcoolisation contemporaine et ceux de la tuberculose.

Il passe en revue et discute les statistiques montrant les rapports étroits de la tuberculose et de l'alcoolisme. À côté des documents statistiques qui font naître une impression, M. Triboulet s'attache ensuite à développer ici les preuves qui font cette conviction: Il y a rapport de cause (alcoolisation) à effet (tuberculisation).

Il énumère les diverses preuves d'ordre « expérimental » et d'ordre « clinique ».

Tous les faits biologiques s'enchaînent pour le physiologiste et pour le médecin et, pour eux, la tuberculisation croissante contemporaine s'explique aisément par la modification désastreuse des mœurs qui a acclimaté l'alcoolisme. Certains groupements de nos populations (ouvriers des villes, campagnards petits commerçants, bourgeoisie) se sont, par des habitudes nouvelles, créés pour ainsi dire une seconde nature. « L'habitude », voilà ce qui a fait de l'alcool non plus un produit d'utilité au cas exceptionnel de maladie, ainsi qu'il en était jadis; non plus un « objet de luxe » pour les relations sociales et familiales, aux jours de fête, ou, à peine, pour les plus exigeants, « bis semel in mense », mais bien un « objet de nécessité » pour les excitations croissantes de la vie quotidienne. Plus le sujet est sensible, délicat, plus l'alcool s'impose à lui et devient un véritable « besoin » morbide. Par la sollicitation corticale, l'alcool conduit à des conséquences qui varient avec les prédispositions individuelles: peu à peu l'habitude devient plus forte.

Simple gourmandise, réfrénable un certain temps, chez des gens de mentalité supérieure, le besoin d'alcool devient une exigence pour les gens plus faibles. Et ils sont légion; et parmi eux grossit le groupe des êtres pour qui la consommation d'alcool devient « un besoin féroce ». Le moteur humain, entraîné à l'alcool, arrive à se passer de tout, sauf d'alcool.

Bien plus, la sensation sollicitée sans frein, s'émousse et, plus impérieuse cependant chaque jour, l'habitude vicieuse réclame. Des industriels criminels, heureux de trouver de faciles et énormes profits à exploiter la folle passion de nos concitoyens, n'ont pas hésité à renforcer la nocivité des produits qu'ils leur livrent, pour en corser le goût. Mêlant en des proportions variables des extraits et des essences à l'alcool, ils sont parvenus à satisfaire toutes les exigences, et en France particulièrement coulent à flots les apéritifs, les amers, les « absinthes », affreuses mixtures dans lesquelles, suivant la forte expression de Jacquet, on est arrivé à « empoisonner le poison ».

En présence de cette fureur de destruction, le médecin se doit d'intervenir. Pour lui, l'erreur d'alimentation à base d'alcool se place parmi les causes puissantes de tuberculisation; « l'hygiène des boissons » est un chapitre primordial de l'hygiène sociale.

Cette hygiène s'impose
Aux peuples comme aux rois,
Et les fait, la main haute, obéir à ses lois.

Il faut, pour les nations, se soumettre, ou se démettre, parce que toute infraction à la règle d'hygiène est punie dans la personne du délinquant ou de ses descendants.

Emus à juste titre de la menace que fait courir aux populations sans défense le poison insinuant des boissons absinthées, deux petits pays ont donné un grand exemple: la Belgique et la Suisse ont interdit, sur tout ou partie de leur territoire, la vente de l'absinthe.

Qu'il y ait là, comme on l'a prétendu, souci d'intérêts matériels plus que d'intérêts moraux, le résultat n'en est pas moins acquis pour la sauvegarde de la santé humaine, dans ces deux pays.

Le médecin, qui ignore les profits personnels quand il s'agit du bien de ses semblables, peut intervenir dans la question avec sa conviction désintéressée, forte, inébranlable, parce que motivée irréfutablement.

Cette conviction, M. Triboulet l'exprime au nom de la Société de Thérapeutique, au nom de la Ligue

nationale contre l'Alcoolisme, au nom de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Il soumet aux membres de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, ce vœu de prophylaxie immédiate, la plus pressante:

« Le troisième Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, envisageant les rapports de l'alcoolisation, et notamment de l'intoxication par les essences, dans leur influence formelle sur la genèse d'un grand nombre de faits de tuberculisation, demande aux Pouvoirs publics des divers pays, à titre de mesure prophylactique antituberculeuse l'interdiction de la vente libre de la liqueur d'absinthe ».

Ce vœu, mis aux voix a été adopté à l'unanimité des membres présents.

MM. O. Sirois (de Saint-Ferdinand d'Alifax); P. Sainte-Marie (d'Ottawa); E.-P. Chagnon (de Montréal); V. Valin, etc., exposent également des travaux importants sur l'alcoolisme.

À la suite de la discussion soulevée par ces différentes communications, les propositions suivantes sont votées par le Congrès:

Le plus sûr moyen de faire disparaître l'alcoolisme du Canada serait l'adoption d'une loi prohibant la fabrication et le commerce de toutes boissons alcooliques distillées dans toute la Puissance du Canada, sauf pour les fins thérapeutiques et industrielles;

Si l'application de la proposition précédente était irréalisable pour des raisons d'économie politique ou autres, il serait à désirer que le gouvernement provincial se chargeât lui-même du trafic des boissons alcooliques.

Au cas où le gouvernement provincial refuserait de nationaliser ce trafic, il faudrait qu'il fut octroyé une charte à une compagnie privée qui aurait charge de ce commerce dans la province, à la condition expresse que cette compagnie ne paierait à ses actionnaires qu'un dividende modéré et défini, et que le surplus des profits servirait à des fins charitables, philanthropiques ou autres, désignées par les gouvernants. Au cas où aucune des mesures ne serait acceptable, le Congrès recommande à la Législature de modifier la loi des licences en limitant les droits et privilèges des conseils municipaux, ne permettant à ces derniers de n'accorder qu'une licence d'hôtel par chaque mille âmes de population;

Que copie des vœux ci-dessus soit transmise aux gouvernements fédéral et provincial.

Hygiène infantile. — M. Hervieux, lit le rapport de M. Ed. Dubé, (de Montréal), sur la question de l'hygiène infantile. Ce rapport résume et condense d'une façon excellente les notions aujourd'hui acquises sur cette importante question.

— M. F. Panneton entretient les congressistes de l'Œuvre des Conseils aux mères de famille. Il montre des cartes mobiles intitulées: « Conseils pratiques aux mères » (Montréal) sur lesquelles sont indiqués sommairement les soins immédiats que requièrent les nouveau-nés.

Ces cartes sont distribuées dans les paroisses, et le curé, après le baptême, les distribue gratuitement avec prière de les lire et de suivre les conseils qui leur sont donnés pour le plus grand bien de tous et surtout des bébés.

Voici la teneur de ces cartes:

I. Le lait maternel est la seule nourriture qui doit être donnée à l'enfant jusqu'à l'âge de douze mois; ce n'est que par exception qu'on peut, après huit mois, permettre des nourritures préparées ou des bouillies légères. Ces dernières doivent, dans tous les cas, être bien cuites et préparées avec beaucoup de soin.

II. Lorsque l'allaitement maternel est impossible ou insuffisant, on doit donner le lait ordinaire qui sera préparé de manière à ressembler autant que possible au lait maternel quant à sa composition et à sa température. Pour cela, le lait doit être légèrement sucré et contenir pendant les deux premiers mois, deux tiers d'eau bouillie pour un tiers de lait; de deux à quatre mois, moitié d'eau et moitié de lait, et de quatre à six mois un tiers d'eau pour deux tiers de lait. À huit mois, on donne le lait pur, qui n'occasionne jamais de maladie.

III. Pour les enfants encore plus que pour les adultes, il est important de prendre la nourriture à des heures régulières, et on doit au besoin éveiller l'enfant pour assurer cette régularité. Le lait doit être donné à la chaleur du sang et toutes les deux heures et demie jusqu'à deux mois, de deux à quatre mois toutes les trois heures, et de quatre à six mois toutes les quatre heures. On peut, cependant, faire boire l'enfant un peu moins souvent durant la nuit.

IV. Pour faire boire les enfants, on ne doit jamais se servir de bouteilles nourrices à tubes; on ne doit pas non plus laisser les enfants garder constamment dans

leur bouche les sucs en caoutchouc, surtout celles qui ont une ouverture.

V. S'il survient de la diarrhée, il faut suspendre toute nourriture surtout le lait, jusqu'à ce que les selles deviennent naturelles; on peut durant ce temps donner au petit malade de l'eau de riz, de l'eau de blé ou seulement de l'eau pure.

VI. Il faut baigner tous les jours les jeunes enfants, surtout quand ils sont malades.

VII. L'habitude de donner aux enfants des sirops calmants ou des potions contenant des boissons fortes est tout à fait condamnable.

VIII. À partir de douze mois on peut donner, outre le lait, des bouillons dégraissés et surtout des œufs peu cuits; ne donner jamais de bonbons aux enfants.

IX. La dentition ne cause jamais la diarrhée et très rarement d'autres maladies.

X. Au besoin, surtout durant les chaleurs, stérilisez le lait; pour cela mettez dans de petites bouteilles nourrices ou autres la quantité de lait suffisante pour un repas de l'enfant, placez debout, dans une chaudière ou dans un appareil à stérilisation acheté chez le pharmacien, autant de ces bouteilles que l'enfant boira de lait dans les vingt-quatre heures. Emplissez cette chaudière d'eau froide jusqu'au niveau du lait, puis faites bouillir cette eau pendant trente minutes. Enlevez ensuite les bouteilles de lait, gardez-les bien bouchées et sur la glace si c'est possible.

XI. L'usage du berceau est pour le moins inutile; surtout on ne doit jamais bercer un enfant qui vient de boire.

XII. Les vêtements du bébé ne doivent en aucune manière gêner les mouvements de la poitrine ou des membres; le maillot ou la bande abdominale trop serrés sont préjudiciables à la santé.

M. Triboulet pense que M. Dubé a eu raison d'insister sur l'hygiène des enfants à partir de sept ans, car on néglige souvent cet âge qui est souvent la victime du surmenage à l'école.

— M. Chevrier (d'Embru Ontario), insiste sur la nécessité de l'inspection médicale des écoles.

— M. S. Lachapelle (de Montréal) expose quel devrait être le rôle du médecin comme professeur d'hygiène dans les familles.

Le prochain Congrès de l'Association des médecins de Langue française de l'Amérique du Nord aura lieu à Québec en 1908. La réunion du Congrès coïncidera avec les fêtes du trois centième anniversaire de la fondation de Québec en 1608, par Samuel Champlain.

Le président du Congrès sera M. Arthur Simard; vice-présidents: MM. Hervieux, Lanoix, Sirois; secrétaire: L. D. Paquette, de Québec; trésorier: F. X. Dorion, de Québec.

À la suite de l'élection des membres du bureau du prochain Congrès, M. L.-P. Normand propose que MM. Triboulet, Loir et Proust, médecins français, fussent nommés par acclamation membres des Congrès futurs. Cette motion est adoptée à l'unanimité.

SOCIÉTÉS DE L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Société de médecine berlinoise.

27 Juin 1906.

Hernie ischiatique. — M. Schönstadt présente une malade âgée de 72 ans qui depuis dix mois accuse des symptômes de sciaticque. À la palpation, on constate, dans la région fessière, une tuméfaction qui, lorsqu'on la comprime, disparaît facilement et complètement. On peut hésiter, de prime abord, pour le diagnostic, entre un abcès, un lipome et une hernie ischiatique, mais, comme la tumeur s'efface entièrement à la pression, il faut éliminer, pense M. Schönstadt, l'abcès et le lipome et admettre qu'il s'agit d'une hernie.

L'opération que M. Schönstadt se propose de pratiquer dans ce cas consistera dans l'obturation de l'orifice herniaire à l'aide d'un lambeau ostéo-périoste emprunté à l'os iliaque.

L'auteur termine en exposant les rapports anatomiques de la hernie ischiatique et en insistant sur la rareté de cette hernie, qui jusqu'ici n'a été observée que 10 fois et qui n'a été diagnostiquée que 3 fois seulement sur le vivant.

Ostéomes multiples du crâne et de la face. — M. Heymann, après avoir rappelé qu'il y a 5 ans déjà il a présenté à la Société une jeune fille atteinte d'ostéomes des sinus maxillaire et sphénoïdal qui furent traités par l'extirpation et suivis de guérison,

tableau complet de la polyarthrite rhumatismale aiguë avec complications du côté du cœur, polyarthrite qui présentait ceci de particulier que souvent elle évoluait avec une température à peine au-dessus de la normale.

M. Riebold se demande même si la toxi-infection d'origine menstruelle n'est pas la cause des lésions cardiaques qu'on découvre par hasard et qu'on n'arrive pas à rattacher à un rhumatisme articulaire ou à une infection déterminée. Toujours est-il que dans la statistique de l'hôpital de Dresde, le nombre des rhumatismes articulaires aigus survenus pendant la période menstruelle est de 24 pour 100, ce qui exclut toute idée de simple coïncidence et paraît plaider en faveur de la conception de M. Riebold.

R. ROMME.

2^e CONGRÈS INTERNATIONAL

D'ASSAINISSEMENT & DE SALUBRITÉ DE L'HABITATION

(Suite).

Genève, le 8 Septembre 1906.

En matière d'assainissement et d'hygiène de l'habitation, les dispositions législatives tiennent fatalement une place de première importance. Sans de bonnes lois sanitaires, sans des règlements congruents compris sur la matière, il est manifeste que l'on se trouverait vite en présence des pires abus, tant par suite de l'incurie et de l'avidité des hommes que par suite de leur ignorance.

C'est là, au reste, une vérité si évidente que partout le législateur a cru fort utilement devoir prendre des dispositions spéciales à cet égard et que, dans tous les centres un peu importants la surveillance des prescriptions se rapportant à l'hygiène constitue pour les autorités un souci important et constant.

En telles conditions, il était donc naturel que le Congrès consacrait une de ses séances générales à compléter les travaux de sa section spéciale sur la matière par la discussion d'un rapport étudié sur une question importante de droit sanitaire.

L'objet du rapport choisi, rapport qui avait été confié à M. A. Filassier, docteur en droit et docteur en médecine, était : « De la législation française en matière de logements insalubres. Etat actuel. Réformes nécessaires. »

Naturellement, l'on ne pouvait espérer discuter à fond en séance générale une matière aussi considérable. En raison de cette difficulté, M. Filassier présenta d'abord son travail à la section compétente, et, c'est fort de l'appui trouvé auprès de celle-ci qu'il apporta à la séance générale, tenue comme la précédente à l'Université, dans la grande salle de l'Aula, sous la présidence de M. E. Naville, les vœux suivants qui ont été adoptés :

1^o Que l'exécution des travaux d'assainissement soit facilitée par l'intervention d'une loi d'expropriation publique pour cause d'insalubrité, qui déqualifierait de la valeur de l'immeuble, considéré comme salubre, la somme nécessaire pour le remettre en bon état de salubrité, et qui se préoccuperait également de la reconstruction des habitations salubres et à bon marché sur l'emplacement ou dans le voisinage immédiat des immeubles expropriés ;

2^o Que des casiers sanitaires soient créés dans toutes les villes et qu'une entente s'établisse chaque fois que faire se pourra entre les casiers sanitaires et les œuvres d'assistance ;

3^o Que toutes les mesures d'assainissement spécialement en ce qui concerne les voies privées soient

assurées par une procédure aussi simple que possible ;

4^o Que les règlements sanitaires à intervenir précisent que la responsabilité des infractions à la salubrité incombera à ceux qui en seront, en fait, les véritables auteurs, qu'ils soient ou non propriétaires de l'immeuble ;

5^o Qu'aucune habitation nouvelle ne puisse être occupée sans un permis d'habitation délivré par les autorités compétentes au point de vue de la salubrité ;

6^o Que l'administration vienne, en cas de besoin, en aide aux intéressés dans l'exécution des travaux d'assainissement par la création d'une caisse de salubrité ou par tout autre moyen ;

7^o Que l'exécution des lois d'hygiène soit confiée à des fonctionnaires sanitaires relevant d'une administration indépendante des autorités municipales.

Pour en terminer avec cette séance générale, ajoutons qu'elle a encore voté, à titre complémentaire :

1^o Un vœu de M. MARIE-DAVY portant :

« Que les municipalités ne cherchent pas à spéculer sur la revente des terrains. Qu'elles en abaissent au contraire le prix de façon à rendre possible et acceptable pour les acquéreurs l'établissement de servitudes indispensables pour assurer aux immeubles à construire le maximum de salubrité. »

« Que ces servitudes prennent pour base les prescriptions contenues dans les décisions du Congrès de 1904. »

2^o Un second vœu de M. REY :

« Qu'avant de procéder à une expropriation pour cause d'insalubrité publique, l'on se préoccupe d'assurer des logements salubres aux habitants des locaux à exproprier. »

La discussion du rapport écrit en vue de la seconde assemblée générale, disais-je tout à l'heure, fut fortement facilitée par la précaution prise au préalable par le rapporteur de soumettre son mémoire à la section compétente.

Celle-ci, en dehors de ce travail, a encore eu à discuter un certain nombre de rapports et de communications méritant de retenir l'attention. Je citerai en particulier les rapports : 1^o de M. FRANTA intitulé : *Lois d'assainissement, nouveaux règlements du bâtiment en Autriche et hygiène des logements* ; 2^o de M. G. SANDOZ (de Neuchâtel) : *Le casier sanitaire des maisons. Son importance et son utilisation* ; 3^o de M. GUILLAUME (de Berne) : *Quelques renseignements sur les conditions sanitaires de l'habitation des personnes décédées dans les 18 villes principales de la Suisse par suite de maladies tuberculeuses et infectieuses*.

Quant aux communications, il convient de noter celles de M. E. LEDUC (de Paris) relative à la *Revision de la législation ayant trait à l'éclairage et aux vues prises sur le voisin et surtout celle présentée au nom de « l'Union des chambres syndicales des propriétés bâties de France »* sur la *Responsabilité respective des propriétaires et des locataires*, et de M. LECOMTE (de Rouen) qui aurait voulu mettre à la charge de la collectivité « les dépenses nécessitées par l'application des règlements sanitaires et relatives à l'habitation ».

Mais, un Congrès ne se compose pas que de séances de travail. Il y a aussi le temps consacré au repos, aux plaisirs et aux excursions. Naturellement au Congrès actuel, rien de ces éléments ne fait défaut, et, les membres du deuxième Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation visitent les établissements intéressants de la ville de Genève, se rendent à Coppet où M. le comte d'Haussonville les reçoit dans une merveilleuse propriété, puis chez M. Fatio, le président du Comité d'organisation, où ils ont trouvé, sur le bord du lac, dans un cadre admirable, une fastueuse et toute cordiale hospitalité.

La carrière de congressiste, si elle a parfois ses déboires, a parfois aussi et par une juste compensation ses petits moments agréables.

GEORGES VITOUX.

SOCIÉTÉS DE L'ÉTRANGER

AUTRICHE

Société de médecine interne et de pédiatrie de Vienne.

7 Juin 1906.

Anévrisme de l'aorte ascendante ouvert dans la veine cave supérieure. — M. Herz présente les pièces anatomiques de ce cas. Le sujet, qui s'était toujours bien porté jusque-là, ressentit un jour brusquement comme une « poussée de sang » vers la tête, en même temps qu'il éprouvait une douleur subite dans la région du cœur ; aussitôt il s'aperçut que sa tête, son tronc, ses membres supérieurs gonflaient, devenaient œdémateux et cyanotiques ; les membres inférieurs présentaient ces mêmes altérations, mais moins accentuées.

A l'examen, outre les symptômes susdits, on put constater que la veine jugulaire externe, fortement tendue, mais non dilatée, présentait des battements systoliques très accentués. A droite du sternum existait une tumeur également pulsatile. La pointe du cœur battait dans le 6^e espace intercostal ; la matité cardiaque, élargie, s'étendait depuis la ligne mamillaire gauche jusqu'à la ligne parasternale droite. Le ton systolique au niveau de la pointe était sourd ; au niveau de la base on percevait un bruit de souffle systolique. Sur une certaine étendue de la zone de matité cardiaque correspondant au sternum, on percevait d'ailleurs un bruit sifflant continu. Les artères périphériques présentaient une tension normale, le pouls radial était fréquent, il existait un gros foie cardiaque.

On fit le diagnostic d'anévrisme de l'aorte descendante ouvert dans la veine cave. Le traitement consista dans l'administration de médicaments cardiaques qui n'eurent d'autre effet que de diminuer l'œdème des membres inférieurs. Le malade ne tarda pas à succomber. L'autopsie confirma le diagnostic porté pendant la vie. L'anévrisme avait le volume d'un poing d'homme.

M. Herz insiste sur les symptômes caractéristiques de la rupture de ces anévrismes dans la veine cave : pouls veineux systolique, bruit sifflant au niveau du sternum, pouls radial fréquent, production d'œdème généralisé.

Modification de la technique de la radioscopie appliquée à l'exploration de l'œsophage. — M. G. HOLZKNECHT. Pour distinguer, au cours de la radioscopie, l'ombre portée par l'œsophage de celle du médiastin, on fait ordinairement avaler au sujet une bouillie au lait mélangée de bismuth, et on examine à l'écran le bol alimentaire pendant sa descente vers l'estomac. Ce procédé a l'inconvénient de ne rendre visibles successivement que de petits segments de l'œsophage. Pour avoir un aperçu de ce canal sur une longueur plus considérable, M. Holz knecht a imaginé de remplacer la bouillie au lait par une bouillie beaucoup plus visqueuse qui, collant à la paroi œsophagienne, est d'une déglutition extrêmement difficile et lente et étale ainsi sur une grande étendue de l'œsophage le bismuth dont elle est imprégnée et qui interceptera les rayons X.

Sur les altérations des artères coronaires au cours des maladies infectieuses aiguës. — M. J. WIESEL. A l'autopsie d'un individu ayant succombé au cours des maladies infectieuses aiguës les plus diverses — fièvre typhoïde, diphtérie, influenza, scarlatine, etc., — il est exceptionnel de ne pas rencontrer des altérations très marquées, souvent graves, des artères coronaires cardiaques. Étant donné la prépondérance de l'élément musculaire dans la constitution de ces artères (la tunique moyenne en est, pour ainsi dire, exclusivement formée), il n'est pas étonnant que ce soit dans cette tunique moyenne qu'on observe les lésions les plus accentuées. Ici, comme dans les artères périphériques, l'endartérite infectieuse aiguë primitive (l'endartérite d'origine embolique mise à part) n'existe pas : toujours l'altération de la tunique interne est secondaire aux lésions de la tunique moyenne.

Celles-ci sont déjà nettement constatables à l'œil nu. Alors que, chez un individu mort en pleine évolu-

1. Voy. *La Presse Médicale*, 1906, n° 72, p. 578.

tion d'une maladie infectieuse aiguë, la constatation de lésions du système artériel périphérique est tout à fait rare, l'examen de la face interne des artères coronaires cardiaques révèle, au contraire, le plus souvent des altérations macroscopiques frappantes qu'on relève jusque dans leurs plus fins rameaux. Ce sont d'abord de petites taches surélevées, de coloration blanc-jaunâtre, de volume allant de celui d'une petite tête d'épingle à celui d'une lentille; à côté de ces taches existent des petites dépressions, nettement circonscrites, de la paroi artérielle, dont le fond est d'un blanc mat opaque.

Au microscope on constate que les petites élevures blanc-jaunâtre ne représentent pas simplement, comme on l'a admis généralement, une dégénérescence graisseuse de la paroi artérielle, mais qu'elles constituent des altérations plus graves dont nous allons brièvement étudier l'évolution. Ces altérations débutent par une dissociation des éléments musculaires et des quelques rares fibres élastiques de la tunique moyenne entre lesquels s'infiltrent une substance séreuse particulière homogène : les points où se fait cette infiltration apparaissent sous l'aspect des petites élevures blanc-jaunâtre signalées plus haut. Plus tard, les fibres musculaires et élastiques se gonflent, les noyaux des premières perdent leur affinité pour les colorants, finalement elles se résorbent complètement; comme, pendant ce temps, le processus de destruction a également progressé vers la tunique interne, il en résulte finalement des pertes de substance très marquées de la paroi artérielle, pertes de substance qui se traduisent par ces affaissements circonscrits visibles à l'œil nu, dont le fond nécrosé, gris-blanchâtre, apparaît par transparence à travers la mince membrane de l'endartère encore conservée.

A un stade ultérieur, c'est-à-dire des semaines et des mois après que le processus infectieux a terminé son évolution, on voit que tous les points nécrosés sont comblés par du tissu conjonctif néoformé : il s'est fait une cicatrice mésoartérielle et endartérielle, c'est-à-dire une guérison relative des lésions. D'autres fois, au contraire, on assiste, au niveau des points nécrosés, à la formation de dépôts calcaires sous forme de plaques circonscrites : c'est une véritable artériosclérose aiguë. Que deviennent ultérieurement les plaques cicatricielles qui parsèment l'épaisseur des parois coronariennes? M. Wiesel ne possède pas de données à ce sujet, mais il est persuadé qu'avec le temps il se produit encore d'autres métamorphoses régressives qui aboutissent finalement à l'artériosclérose typique des coronaires. On comprend dès lors combien de telles lésions favorisent plus tard l'action de nouveaux processus infectieux chroniques (syphilis, alcoolisme, saturnisme); les maladies infectieuses aiguës apparaissent donc comme une cause prédisposante de premier ordre de la sclérose coronarienne syphilitique, alcoolique ou saturnine.

Enfin, il n'est pas inutile de faire remarquer de quelle influence peuvent être ces lésions infectieuses des coronaires sur la nutrition du myocarde : M. Wiesel n'est pas éloigné de leur attribuer directement sinon toutes, du moins une bonne part des myocardites infectieuses ainsi qu'un certain nombre de ces cas de morts subites par « insuffisance cardiaque » qu'on observe parfois au cours des maladies infectieuses aiguës.

J. DEMONT.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

27 Août et 3 Septembre 1906.

Origine de l'oxyde de carbone dans le sang. — MM. R. Lépine et Boulud pensent que l'origine de l'oxyde de carbone trouvé à l'état de traces dans le sang normal doit être attribuée à l'oxyde oxalique que l'on rencontre normalement dans l'organisme et dont l'excrétion en quantités exagérées a été signalée chez des malades anémiques et cachectiques.

Des expériences poursuivies par les deux auteurs *in vitro* et *in vivo* ont montré le bien fondé de leurs présomptions.

Activité hémopoïétique du sérum au cours de la régénération du sang. — M. Paul Carnot et M^{lle} Cl. Deflandre ont constaté que dans le sérum des animaux saignés l'on rencontre une substance capable d'activer l'hémopoïèse. D'après leurs recher-

ches expérimentales, la rénovation du sang après la saignée paraît, en effet, être provoquée et dirigée par une substance active, capable de provoquer l'hémopoïèse, qui se trouve dans le sérum et est détruite à 55°. Par opposition aux hémolysines, M. Carnot et M^{lle} Deflandre donnent provisoirement à cette substance le nom d'hémopoïétine. Ils estiment que si elle est particulièrement active et manifeste au cours de la rénovation du sang, elle existe vraisemblablement déjà, à un faible degré au moins, à l'état normal, et ils pensent ainsi qu'elle peut encore être mise en évidence par d'autres actions, telles que l'influence des hautes altitudes, etc.

D'après les auteurs du travail, il paraît vraisemblable qu'à l'état normal, hémopoïétine et hémolysine se contrebalancent et s'équilibrent. Si les hémolysines prédominent, il y a destruction globulaire; au contraire, si les hémopoïétines l'emportent, l'hyperglobulie apparaît. Quant à la régénération du sang, elle paraît due à une augmentation de l'activité hémopoïétique du sérum. Il y a aussi lieu de penser, estiment encore M. Carnot et M^{lle} Deflandre, que les hémopoïétines ne sont qu'une variété spéciale de cytopoïétines.

Au point de vue pratique, il semble que l'hyperglobulie provoquée par l'injection sous-cutanée de sérum actif, recueilli vingt heures après une première saignée, soit susceptible d'applications thérapeutiques. Les deux auteurs du travail, en traitant par des injections de sérum du sang d'un animal recueilli vingt-quatre heures après une saignée des sujets atteints d'anémies symptomatiques, ont observé, dès le premier jour, des augmentations globulaires très considérables dépassant un million de globules en deux jours.

GEORGES VITOUX.

ANALYSES

ANATOMIE

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES

Ch. Scott Les rapports des cellules nerveuses et des fibres nerveuses dans la fatigue (*Journ. of Physiology*, 1906, t. XXXIV, p. 145-162). — Les cellules nerveuses, d'après Scott, fonctionnent comme des cellules glandulaires : elles sécrètent une substance formée primitivement dans le noyau et dans les corps de Nissl; cette substance s'infiltre graduellement dans les fibres nerveuses qu'elle parcourt jusqu'à leur terminaison, et l'effet excitant de l'élément nerveux se produirait par la pénétration de cette substance dans les éléments éternés. Toute théorie physique se trouve rejetée par l'auteur anglais qui ne voit dans les manifestations du système nerveux que des actions chimiques.

Rien n'est plus facile, dans cette théorie, d'expliquer la fatigue nerveuse : de même que le pancréas ou la glande maxillaire, après une sécrétion prolongée, ne produisent plus de liquide actif, de même la cellule nerveuse, après une certaine période d'activité, voit son pouvoir glandulaire épuisé, cet épuisement pouvant être définitif ou simplement passager. A l'appui de cette théorie, Scott apporte une série d'expériences sur la fatigue provoquée par l'excitation répétée des racines dorsales. Les contractions réflexes disparaissent après des séries d'excitations poursuivies pendant des périodes variant de 10 à 72 heures, et, après un certain temps de repos, si la fatigue n'a pas été poussée trop loin, on voit disparaître l'activité réflexe de la moelle.

Ces expériences, qui n'ont rien d'inédit, n'apportent nécessairement pas la preuve de la théorie ingénieuse, mais bien hypothétique de Scott.

J.-P. LANGLOIS.

BACTÉRIOLOGIE

Tsuzuki (Tokio). Le microbe du Bérubéri (*Arch. f. Schiff-und Tropen-Hygiene*, 1906, t. X, n° 13, p. 399-416). — Par suite de mesures d'hygiène admirablement comprises, l'armée japonaise a présenté pendant toute la campagne de Mandchourie une mortalité par maladie bien inférieure à celle constatée dans les armées européennes. Cependant une affection presque inconnue dans les pays européens a fait de nombreuses victimes dans les rangs japonais : c'est le bérubéri ou kakke.

L'étiologie du bérubéri est encore très discutée. On a beaucoup incriminé l'alimentation, le riz en particulier, mais, dans ces derniers temps, le facteur

microbien a été invoqué et, suivant les auteurs, on a cru reconnaître comme agent pathogène, soit un bacille (Lacerda, Ogata, Nepveu), soit un coccus (von Ecker, Pechelaring, Musso), soit un staphylocoque (Hunter), soit un diplocoque (Okada, Kokubo). Tsuzuki, médecin en chef du service des transports maritimes pendant la guerre russo-japonaise, apporte une étude très documentée sur un nouveau microbe, le *Kakkeococcus*, qu'il a pu isoler, cultiver et dont il a pu observer toutes les propriétés biologiques.

Il s'agit d'un diplocoque colorable à l'aniline et prenant le Gram. Il résiste une heure à 60°, treize jours dans la glace et huit jours à la dessiccation. Le sérum des individus atteints de bérubéri provoque l'agglutination de ses cultures même en milieu dilué au 50°, ce qui permet d'établir le diagnostic bactériologique de cette maladie. Sur 106 cas bien déterminés, Tsuzuki a obtenu 103 résultats positifs. Il est indispensable toutefois d'utiliser une forte dilution du sérum au 1/50° car avec des dilutions plus faibles (1/20°) on observe l'agglutination avec du sérum d'individus normaux ou de typhiques. On peut le retrouver par ce procédé dans les urines (27 pour 100 des cas certains) et dans les fèces (62 pour 100), mais jamais dans le sang. Les cultures du diplocoque donnent des toxines qui, injectées aux animaux, provoquent des accidents cardiaques et paralytiques analogues à ceux observés cliniquement.

J.-P. LANGLOIS.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

P. Cathcart et B. Leathes. L'absorption des albuminoïdes par l'intestin (*Journ. of Physiology*, 1906, t. XXXIII, pp. 462-479). — Les auteurs ont repris tout d'abord l'expérience de Salvioli sur l'absorption des peptones dans une anse intestinale irriguée par une circulation artificielle. Les dosages leur ont toujours montré que, dans ces conditions, il n'y avait aucune absorption de substances azotées.

Pour se placer dans de meilleures conditions physiologiques, ils injectent la peptone dans une anse intestinale isolée, mais laissée en place dans la cavité abdominale et, après deux ou trois heures de séjour, l'animal est sacrifié et on procède au dosage de l'azote total : 1° des substances précipitables par le tannin; 2° des substances non précipitées simultanément dans l'intestin isolé, dans le sang et dans le foie. Or les dosages montrent que la teneur en azote du liquide de l'anse intestinale est plus faible et, par suite, qu'il y a eu absorption par l'intestin. Le dosage du sang conduit tout d'abord à un fait inattendu : l'azote a diminué, mais cette diminution n'est qu'apparente, elle provient de la dilution plus grande du sang, ainsi qu'on peut le constater par la détermination de l'hémoglobine.

En fait, la quantité de substance azotée non précipitée par le tannin est très légèrement augmentée dans le sang, dans le foie et surtout dans l'urine, cet excès se présentant sous forme d'urée et d'ammoniaque. Si l'on ne retrouve pas ainsi tout l'azote sorti de l'intestin, c'est qu'une partie des albuminoïdes dédoublés s'est fixée sur les tissus rapidement.

Sans vouloir trancher la question, si controversée, les auteurs ne croient pas à la reconstitution de la molécule albuminoïde pendant le passage des peptones ou des corps animés à travers la paroi intestinale.

J.-P. LANGLOIS.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

J.-L. Sainte-Marie Dodeuil. Tuberculose et appendicite (*Thèse*, Paris, 1906, 162 p.). — L'expérience clinique et la pratique des autopsies montrent que la concomitance de la tuberculose et de l'appendicite n'est pas très rare. M. Sainte-Marie Dodeuil s'est appliqué à déterminer l'importance pratique de la coexistence de ces deux affections. Ses recherches l'ont conduit à un certain nombre de remarques des plus intéressantes. Elles lui ont montré, en particulier, que l'on peut rencontrer chez les tuberculeux, en appelant « appendicite » l'altération de l'organe : 1° une appendicite aiguë avec ses manifestations cliniques ordinaires; 2° une appendicite chronique souvent méconnue chez le vivant; 3° une appendicite tuberculeuse, assez fréquente pour les anatomo-pathologistes, rare pour les cliniciens, et qui ne provoque guère de réaction douloureuse que sous l'influence d'une infection secondaire surajoutée.

En somme, chez les bacillaires, toute altération du vermium peut : causer des désordres par l'infection nouvelle survenant chez un sujet affaibli; favoriser

l'appendicectomie à froid; sont-ils plus grands que ceux de l'opération à chaud pratiquée dans les premières 48 heures de la récidive? — 4° Enfin sommes-nous certains de pouvoir opérer en temps voulu, c'est-à-dire dans les premières 48 heures d'une récidive tous les malades qui veulent attendre pour se faire opérer que cette récidive se soit produite?

En ce qui concerne tout d'abord la fréquence de la récidive après une attaque d'appendicite simple elle se chiffre encore par 50 pour 100: tout individu qui a fait une crise d'appendicite a donc autant de chances d'avoir une récidive que de ne pas en avoir. Il est donc difficile de lui démontrer qu'il est préférable qu'il se fasse opérer plutôt que de ne pas se faire opérer.

Nous sommes tout aussi embarrassés pour lui dire si la récidive sera pour lui plus dangereuse que la première attaque, car nous n'avons aucune donnée certaine sur laquelle appuyer une opinion à ce sujet.

Il est fréquent en effet de voir une récidive d'appendicite évoluer d'une façon plus bénigne que l'attaque primitive; par contre il n'est pas de chirurgien qui ne puisse citer plusieurs exemples de crise primitive bénigne, suivie à plus ou moins brève échéance d'une récidive grave ayant amené la mort ou du moins mis la vie du malade en grand danger.

Reste à répondre aux deux dernières questions: ici nous pouvons appuyer notre réponse sur des données plus précises et des raisons plus solides.

Parlons d'abord des dangers de l'opération à froid comparés à ceux de l'opération à chaud. A ce point de vue, la statistique de M. Israël donne, pour les appendicectomies à froid, une mortalité de 0,5 pour 100, et pour les appendicectomies à chaud précoces (dans les premières 48 heures) 2 pour 100. Les statistiques des autres chirurgiens donnent, du reste, des chiffres sensiblement analogues. Donc, sur 200 individus ayant eu une crise d'appendicite, qui se laissent opérer à froid, 1 seul mourra de l'intervention; sur 200 individus, ayant eu une crise d'appendicite, qui préféreront attendre une nouvelle crise avant de se faire opérer, et qui se feront opérer alors dans les 48 premières heures, 3 succomberont (il faut se rappeler, en effet, que sur les 200 individus de cette catégorie, 50 pour 100 seulement sont exposés à une récidive). Il est donc très évident qu'il est préférable de se faire opérer à froid que d'attendre pour se faire opérer, que survienne une récidive. Cependant comme il peut arriver que le seul cas de mort observé sur les 200 cas opérés à froid frappe précisément un individu qui n'aurait probablement jamais présenté de récidive, il semble qu'on soit en droit d'en conclure que la différence entre les risques de l'opération à froid et ceux de l'opération précoce à chaud, est si minime qu'on n'est pas autorisé à recommander la première — si faibles que soient ces risques — à un individu qui n'aura peut-être jamais de récidive. Cette conclusion est erronée, car ses prémisses sont fausses. L'argumentation part en effet de ce principe que les malades qui n'auront pas voulu se laisser opérer à froid mourront tous, lorsque surviendra la récidive, être opérés dans les premières 48 heures. En réalité, dans la majorité des cas il n'en sera pas ainsi, comme nous l'allons voir dans un instant. Mais, alors, puisque nous ne sommes pas sûrs de pouvoir pratiquer l'opération à chaud dans les premières 48 heures, c'est-à-dire dans les seules conditions où elle donne autant de succès que l'opération à froid, celle-ci reprend considérablement l'avantage: sa mortalité de 2 p. 100 est-elle comparable, en effet, à la mortalité de 12 p. 100 et plus à laquelle s'élève l'opération à chaud ou même « à tiède » faite après les 48 heures de la crise? Et voilà précisément ce qui constitue, pour M. Israël, le principal argument en faveur de l'opération à froid: c'est que nous ne sommes pas certains, dans la majorité des cas, de pouvoir opérer, dans les premières 48 heures de la crise, les malades qui n'auront pas voulu se laisser opérer à froid et qui auront voulu attendre l'apparition d'une récidive.

Les raisons pour cela sont nombreuses. Ce sont avant tout les difficultés de diagnostic précoce de l'attaque d'appendicite, soit que le médecin ait été appelé trop tard — comme cela arrive trop fréquemment — soit que appelé à temps il n'ait pu diagnostiquer l'attaque d'appendicite à son début. Ceci n'a rien d'étonnant, si l'on veut bien se rappeler à quelles erreurs ce diagnostic peut exposer, en particulier chez les enfants et chez les femmes. Une autre raison c'est l'indolence et la stupidité de la grande majorité des malades qui, en présence d'une attaque d'appendicite diagnostiquée au début, commencent

généralement par refuser toute intervention. Ce n'est souvent que lorsque les choses se sont considérablement aggravées qu'ils acceptent ou réclament cette intervention. Mais la principale raison qui fait qu'on ne peut espérer opérer dans les 48 premières heures toute récidive d'appendicite, c'est l'absence fréquente de tout chirurgien dans la localité ou même la région habitée par le malade. Le même argument s'applique aux gens appelés à voyager beaucoup, à ceux qui sont partis en vacances dans des « coins » perdus, etc. En dehors de cette impossibilité où nous nous trouvons de pratiquer l'appendicectomie précoce, sinon chez tous, du moins chez la plupart des malades qui présentent une récidive, il est encore certaines circonstances particulières qui plaident encore en faveur de l'opération à froid. Comme telles il faut placer en première ligne l'état de grossesse ou même la possibilité d'une grossesse, comme, par exemple, chez les jeunes mariées ou même chez les jeunes filles sur le point de se marier: une récidive d'appendicite survenant au cours de la grossesse constituerait en effet une complication d'une extrême gravité. D'autre part, il est certaines situations sociales, certaines conditions de la vie où une immobilisation imprévue au lit pendant plusieurs semaines à la suite d'une récidive survenue brusquement et opérée sur-le-champ, risquerait d'entraîner pour le malade de graves dangers matériels ou moraux. Enfin il est des sujets qui offrent une véritable crainte morbide de la récidive et qu'il faut débarrasser au plus tôt de ce cauchemar; ici encore l'opération à froid s'impose.

En résumé, pour M. Israël:

L'opération à froid est inutile: après les appendicites supprimées n'ayant laissé à leur suite aucun trouble morbide ni subjectif ni objectif; dans les cas où l'attaque remontant déjà à plus de deux ans, il ne s'est produit depuis ce temps aucun symptôme ni subjectif ni objectif du côté de l'appendice;

L'opération à froid est formellement indiquée: dans les cas de fistules appendiculaires externes; — dans les cas de troubles chroniques d'origine appendiculaire; — chez les malades ayant eu plusieurs crises successives dans la même année; — chez les femmes enceintes; — chez les enfants.

L'opération à froid peut être indiquée: dans certains cas de fistules internes ne s'accompagnant d'aucun trouble subjectif; — dans les cas où il persiste de la sensibilité à la pression au niveau de la fosse iliaque, s'accompagnant ou non de ballonnement cœcal; — dans les cas d'épaississement ou de rigidité de l'appendice sans douleur spontanée.

L'opération à froid est recommandable: lorsqu'on a des raisons de croire qu'on ne pourra pas en cas de récidive, pratiquer l'appendicectomie précoce à chaud; — dans les cas où l'on entrevoit la possibilité d'une grossesse prochaine; — dans certaines circonstances sociales particulières; — enfin chez certains hypocondriaques hantés par la crainte incessante d'une récidive.

J. D.

AMÉRIQUE

Association gastro-entérologique américaine.

4-5 Juin 1906.

Les troubles gastro-intestinaux associés à la migraine. — M. Lichty a fait des recherches sur les troubles gastro-intestinaux chez les migraineux: ses observations portent sur 181 cas, dont 155 femmes et 26 hommes. Dans 116 cas la migraine paraissait nettement héréditaire; et l'auteur a constaté, dans 90 cas, une chose viscérale plus ou moins généralisée, le rein droit étant l'organe le plus fréquemment abaissé. Il n'y eut pas moins de 137 malades accusant des troubles digestifs dans l'intervalle des crises de migraine. En général, ces troubles étaient assez nets: pesanteur après le repas, pyrosis, tympanisme, constipation ou diarrhée. L'analyse du suc gastrique fut pratiquée dans 101 cas; ce liquide était normal dans 25 cas, hyperacide dans 32 cas, hypoacide dans les 44 cas restants. Dans un grand nombre de cas existaient des signes nets de gastrite et d'entérite chroniques; chez un petit nombre de malades on fit le diagnostic d'ulcération chronique de l'estomac. Or, presque toujours, il a suffi de traiter ces divers états pour obtenir des résultats très satisfaisants.

Aussi Lichty a-t-il presque complètement abandonné les traitements classiques de la migraine, celle-ci disparaissant en général avec la cause. Dans les cas rares où elle persiste, l'auteur emploie avec succès les bro-

mures et les diverses préparations de chanvre indien.

Influence du repos, de l'exercice et du sommeil sur la sécrétion gastrique. — M. Friedenwald, frappé des résultats disparates obtenus par les différents auteurs à observé dix sujets dont deux jouissent d'une digestion parfaite, dont huit présentent des troubles gastriques. De ses observations minutieuses et longtemps continuées, l'auteur conclut: 1° que pour les individus à digestion normale, peu importe qu'ils se reposent ou qu'ils marchent ou qu'ils dorment après les repas; 2° chez les malades atteints de troubles chimiques de l'estomac, hyper ou hypo-acidité, il y a lieu de conseiller le repos après les repas; 3° enfin, ceux qui présentent des troubles gastriques moteurs se trouveront bien d'un exercice modéré après leurs repas.

L'appendicite larvée. — M. Kohn relate un certain nombre d'observations d'appendicite latente ou, selon l'expression de Ewald, « larvée ». Aucun des malades n'accusait un trouble quelconque pouvant faire penser à l'appendicite; cependant un examen physique consciencieux permettait de sentir dans la fosse iliaque droite, un cordon épais et dur, indice d'une appendicite chronique.

Sans doute il ne s'agit pas d'une maladie spéciale: c'est simplement une des formes frustes de l'appendicite; mais il ne faut pas perdre de vue ces formes larvées, car elles sont dangereuses et peuvent tuer le malade alors qu'un diagnostic exact suivi de l'intervention opératoire l'eussent mis à l'abri d'un accident mortel. L'appendicite larvée se traduit cliniquement par des troubles digestifs fort variables allant de la pesanteur de l'estomac à une diarrhée intense. Chez les jeunes sujets les troubles gastriques sont les plus fréquents; ils ont des éructations et parfois des douleurs à intervalles variables après les repas. Puis viennent des périodes où ils n'ont aucun trouble gastrique quel que soit leur régime alimentaire. Quant à la diarrhée elle se manifeste le matin; généralement très intense, elle disparaît complètement pendant le reste de la journée. Il y a lieu dit Kohn, de ranger l'appendicite larvée à côté de la colique hépatique fruste dans les causes des soi-disant dyspepsies nerveuses.

Sur le diagnostic de l'ulcère gastrique. — M. Hemmeter traite la question du diagnostic différentiel de l'ulcère gastrique d'avec le cancer de l'estomac, la gastralgie nerveuse et la lithiase biliaire. Il insiste sur la valeur de l'examen des fèces: une quantité même infinitésimale de sang trouvée dans les matières peut mettre sur la voie du diagnostic. Il attribue une certaine valeur au signe indiqué par Murdoch: si l'on administre au malade de l'orthoforme, on note une sédation rapide de douleurs quand il s'agit d'un ulcère de l'estomac. Au contraire, le médicament reste sans effet en cas de lithiase biliaire. Expérimentalement la radiographie rend des services. Si, en effet, on produit chez des animaux des ulcérations de la muqueuse gastrique, puis qu'on leur administre un liquide tenant en suspension du sous-nitrate de bismuth, les zones érodées sont assez facilement reconnaissables. Chez l'homme, les résultats n'ont pas jusqu'ici été satisfaisants. Il en est de même dans les cas de lithiase biliaire: les rayons X ne sont d'aucun secours pour le diagnostic et la localisation des calculs.

Rupture du côlon par péristaltisme exagéré. — M. Mac Caskey relate l'histoire d'une femme de quarante-deux ans qui se plaignait de céphalée constante avec constipation opiniâtre. Elle présentait, en outre, des troubles digestifs qui allaient en s'aggravant. Par instants on sentait parfaitement, en palpant l'abdomen, les ondes péristaltiques. On pratiqua une laparotomie qui ne révéla aucune particularité au niveau des intestins et des annexes: une trompe et un ovaire malades furent enlevés. Quelques mois plus tard la malade, qui s'était sentie très améliorée après l'opération, fit un repas copieux suivi d'une indigestion. Le lendemain matin, étant au repos, elle fut prise soudain d'une violente douleur, puis elle tomba dans le collapsus et succomba. A l'autopsie on trouva une rupture du côlon au niveau de son angle splénique: le contenu intestinal s'était répandu par la déchirure dans le péritoine. On notait simplement une sténose, d'ailleurs légère, du côlon, mais il n'y avait pas trace de néoplasme.

Gastrosuccorrhée et affections hépatiques. — M. Hewes rappelle la fréquence des troubles gastriques dans les maladies du foie, mais il faut savoir que les troubles digestifs peuvent précéder de longtemps les troubles hépatiques décelables clinique-

ment. A l'appui de cette opinion, l'auteur cite trois cas personnels : deux de cirrhose atrophique, un de lithiase biliaire. Or, les trois malades se présentaient avec les signes classiques de la gastrosuccorrhée, et l'hypersecretion du suc gastrique ne semblait s'accompagner d'aucun autre trouble. Or, en suivant les malades, on vit apparaître plus tard des symptômes du côté du foie qui firent admettre à Hewes que la gastrosuccorrhée était la conséquence de troubles hépatiques trop peu marqués au début pour être diagnostiqués.

C. J.

ANGLETERRE

Association médicale britannique.

21-25 Août 1906.

L'ulcère du duodénum au point de vue chirurgical. — M. Mayo insiste sur la fréquence de l'ulcère duodénal, fréquence bien plus grande qu'on ne le croit généralement puisque l'ulcus primitif du duodénum figure pour 40 pour 100 dans la totalité des cas d'ulcères gastriques et duodénaux. La très grande majorité des ulcères dits pyloriques sont en réalité des ulcères du duodénum; les deux derniers centimètres de l'extrémité pylorique de l'estomac sont rarement le siège d'un ulcère primitif; quand il existe un ulcère, il est presque toujours secondaire à un ulcère prépylorique ou à un ulcère du duodénum proprement dit. L'ulcus duodénal est plus fréquent chez l'homme dans la proportion de 73 hommes pour 27 femmes. Cliniquement l'ulcère ayant atteint la péritoine se caractérise par de la douleur et de la sensibilité à l'épigastre, et par la contracture du muscle grand droit du côté droit. Les perforations lentes sont fréquentes, ainsi que la péritonite localisée; mais la perforation du duodénum est relativement peu dangereuse à cause de la stérilité relative du contenu intestinal à ce niveau et à cause de la rapide production d'adhérences. Ces dernières sont parfois si développées qu'il devient difficile de trouver le pylore. On se guidera alors sur la disposition des vaisseaux.

Pour le traitement des perforations rapides du duodénum, Mayo recommande la suture transversale avec ou sans gastro-entérostomie et drainage pelvien par une ouverture sus-pubienne, le malade étant maintenu pendant plusieurs jours dans une position demi-assise; dans les cas d'ulcus hémorragique, il est bon d'exciser l'ulcère ou bien de pratiquer une suture muqueuse renforcée extérieurement; si l'hémorragie est peu abondante, mais se répète souvent pendant longtemps, on pratiquera soit l'excision, soit la gastro-jéjunostomie qui donne ici de meilleurs résultats que dans l'ulcère de l'estomac; c'est d'ailleurs l'opération de choix dans l'ulcère chronique du duodénum. Mayo apporte une statistique de 188 opérations pour ulcus duodénal avec 4 morts. Sur ce nombre, il faut compter 3 cas d'hémorragies abondantes et récidivantes, avec une mort. Des 184 malades opérés du 9 Janvier 1904 au 5 Juin 1906, 103 ont été suivis. De ce nombre 93 sont guéris, 8 n'ont éprouvé aucune amélioration et 2 se déclarent plus malades qu'avant l'opération.

Réséction de l'intestin pour entérite tuberculeuse. — M. Shepherd relate l'observation d'un malade de trente-quatre ans entré à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite. Il avait éprouvé, vingt-quatre heures auparavant, une douleur intense dans la fosse iliaque droite avec irradiation vers le péricône et vers le testicule. À l'examen on constata une zone extrêmement douloureuse sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. L'abdomen était ballonné et sensible; température 39°5, pouls 124. Il existait nettement de la péritonite, et l'on pratiqua séance tenante la laparotomie. À l'ouverture du péritoine il s'écoula du pus extrêmement fétide. L'épiploon était épaissi et congestionné. L'iléon était le siège d'une inflammation aiguë. L'examen de l'intestin révéla la présence d'une série d'ulcérations échelonnées sur une étendue de plusieurs pieds. L'une de ces ulcérations était perforée, livrant passage à des matières fécales. L'auteur fut obligé de réséquer environ 1 m. 50 d'intestin, les deux extrémités étant affrontées avec l'aide du bouton de Murphy. Un drain en caoutchouc fut laissé en place. Les suites furent d'abord des plus simples; à la fin de la deuxième semaine, la température s'éleva en même temps qu'apparaissaient des douleurs au niveau de la plaie. On trouva une perforation au niveau de l'angle iléo-cæcal. Le malade quitta l'hôpital deux mois après

l'opération avec une fistule stercorale au niveau de la région lombaire droite. Finalement il succomba, cachectique, quatre mois après l'intervention.

— M. Murphy insiste sur les difficultés du diagnostic dans les cas de tuberculose intestinale, les formes latentes étant fréquentes. C'est ainsi qu'un malade peut avoir de la tuberculose du duodénum, du jéjunum et de l'iléon sans avoir d'hémorragie, sans présenter de fièvre élevée. Quand on constate simultanément de la douleur, de la fièvre et du mé-læna, on peut diagnostiquer une lésion tuberculeuse de l'intestin et de plus, on peut affirmer que la lésion siège dans le voisinage d'un gros vaisseau. Quand l'intestin grêle est seul atteint, la réséction de la partie malade constitue l'opération de choix, mais quand le gros intestin ou que la portion terminale de l'iléon est intéressée, Murphy donne la préférence à l'exclusion de l'intestin qui permet à la lésion tuberculeuse de se cicatrifier.

C. J.

RUSSIE

Société des médecins praticiens de Riga.

10 Avril 1906.

Sur les effets thérapeutiques de la méthode hyperémique de Bier. — M. von Cossart constate que parmi les nombreux essais thérapeutiques tentés jusqu'ici avec la méthode hyperémique de Bier, on compte déjà pas mal d'insuccès concernant pour la plupart les infections graves. Quant aux infections bénignes, elles guérissent aussi bien par l'emploi des anciens pansements avec immobilisation des parties.

M. von Cossart a appliqué la méthode de Bier (procédé de la bande élastique), sous la direction de M. von Bergmann, à un certain nombre de processus inflammatoires des membres, et voici les résultats qu'il a obtenus :

La sédation des douleurs fut observée dans presque tous les cas; il doit d'ailleurs toujours en être ainsi quand la bande est bien appliquée; seuls les diabétiques semblent à ce point de vue, constituer une exception; chez eux, la bande, ou bien ne put être tolérée, ou bien ne produisit absolument aucun effet.

Après l'application de la bande on voit survenir rapidement un œdème plus ou moins marqué, dont les propriétés bactéricides sont un des facteurs de succès de la méthode. La nature de cet œdème est d'ailleurs volontiers méconnue par les débutants, qui s'imaginent avoir affaire à une aggravation du processus inflammatoire.

M. von Cossart a toujours vu les membres hyperémisés prendre une coloration très vive, mais jamais il n'a noté la rougeur intense signalée par Bier. Il insiste sur ce point, que le membre congestionné doit rester chaud et que la constriction par la bande ne doit s'accompagner d'aucune sensation pénible. Une bande trop serrée amènerait infailliblement des troubles dans la nutrition du membre.

Parmi les cas qui ont été influencés favorablement par la méthode de Bier, M. von Cossart cite quelques panaris bénins sous-cutanés, des lymphangites d'intensité moyenne, des phlegmons au début de leur évolution, mais il répète qu'à son avis tous ces processus eussent guéri aussi bien par l'application de pansements simples avec immobilisation ou suspension du membre. La durée moyenne de ces affections ne semble pas avoir été notablement abrégée par l'emploi de la méthode de Bier; cependant celle-ci a l'avantage de permettre aux malades d'utiliser leurs membres plus tôt qu'avec les autres modes de traitement. Dans les cas où il existait manifestement une collection purulente, quelques incisions ponctions (1 à 1/2 centim.), faites à la manière de Bier, ont donné dans certains cas exceptionnels de très beaux résultats. Mais ce sont ces cas suppurés qui ont également fourni les insuccès les plus marqués : à la vérité le processus de suppuration ne s'aggrava pas, mais il fallut au bout d'un certain temps, en venir malgré tout à l'ouverture large, d'où retard dans la guérison qui eût été plus rapide avec l'incision précoce sans application de la bande élastique. D'ailleurs il existe aussi quelques observations de malade qui traités par la méthode de Bier, se sont d'abord bien portés pendant un temps plus ou moins long, puis ont présenté de nouveau brusquement des accidents septiques.

La bande élastique, précédée de débridements larges a donné de bons résultats dans les cas où elle a été destinée à remplacer le drainage des plaies;

dans ces cas, la durée de la suppuration fut raccourcie et les malades furent préservés de tous les inconvénients habituels des pansements avec drainage permanent; douleurs, rétention, compressions suivies d'escarres, etc.; les résultats ultérieurs, au point de vue fonctionnel, furent également meilleurs.

Au surplus, si l'on en croit Bier, les insuccès de sa méthode ne pourront que diminuer dans l'avenir, avec les perfectionnements dont elle est encore susceptible. Cependant les recherches bactériologiques récentes de Lexer semblent devoir mettre en garde contre trop d'enthousiasme vis-à-vis de cette méthode.

— M. Brutzer estime qu'il convient d'établir une distinction entre les effets de la méthode de Bier appliquée aux inflammations chroniques et ceux de la même méthode appliquée aux inflammations aiguës. Dans les inflammations chroniques l'hyperémie donne généralement d'excellents résultats; quand ces résultats laissent à désirer et qu'il faut quand même en venir à une intervention opératoire, le mal n'est pas grand, au moins quant au temps perdu; la méthode est surtout bien supportée dans les cas de tuberculose chronique. En ce qui concerne les inflammations aiguës, telles que panaris, phlegmons, etc., la méthode dans ces cas peut également donner de bons résultats, ainsi que cela ressort des faits de plus en plus nombreux publiés dans ces derniers temps; parfois, au contraire, ces résultats sont franchement mauvais : tel est le cas quand le processus inflammatoire n'est pas nettement localisé (pyémie), et Bier déclare lui-même que pareils cas donnent de mauvais résultats, non pas à cause de l'emploi, mais malgré l'emploi de l'hyperémie passive.

— M. von Bergmann estime qu'une des applications les plus discutables de la méthode de Bier est son application au traitement des tuberculoses chirurgicales des membres. Mais c'est un chapitre qu'il ne veut pas aborder aujourd'hui et il se contente de déclarer que, personnellement, en pareils cas, il reste partisan de l'intervention chirurgicale.

En ce qui concerne les processus inflammatoires, les affirmations de M. Brutzer sont loin de concorder avec les faits présentés au cours de la discussion provoquée sur ce sujet au dernier Congrès allemand de chirurgie. Tous ceux qui ont pris la parole à ce propos ont déclaré que la méthode de Bier donnait d'excellents résultats dans les processus inflammatoires aigus traités au début de leur évolution. Toutefois, seul, Bier a obtenu des succès dans l'ostéomyélite. Tout le monde a été d'accord pour proscrire l'emploi de la méthode chez les diabétiques. D'une façon générale, l'hyperémie a donné de bons résultats dans la furonculose; parfois cependant, ces résultats ne sont pas supérieurs à ceux que donnent les vieilles méthodes de traitement et même il semble que l'œdème, exagéré par la stase hyperémique, persiste, dans ces cas, plus longtemps. Les plus beaux succès sont certainement ceux que donne la méthode de Bier dans les phlegmons; c'est l'avis de Bier lui-même, c'est aussi celui de von Bergmann. Une fois le phlegmon incisé, on peut, grâce à la bande élastique, se passer de drainage; Bier, dans les phlegmons des membres avec fusées dans les gaines tendineuses n'a plus observé, après application de sa méthode, que dans 10 pour 100 des cas des nécroses tendineuses, ce qui est incontestablement un très beau résultat. Dans les processus qui donnent lieu à des suppurations métastatiques, il est certain que la guérison se fait souvent spontanément; néanmoins, ici encore, la méthode de Bier est recommandable, car elle calme les douleurs des malades d'une façon notable. Enfin cette méthode peut être également préconisée pour le traitement de toutes les inflammations de nature gonococcique ou pneumococcique.

Un cas d'érosion de la carotide externe par le pus d'un abcès ganglionnaire; ligature de la carotide; guérison. — M. Wolferz présente une fillette de 6 ans qui, à la 3^e semaine d'une scarlatine, fut prise d'une hémorragie abondante par le conduit auditif gauche. La veille, on avait incisé chez elle un abcès ganglionnaire siégeant du même côté du cou. À l'examen de l'oreille, on constata que le sang sortait d'une fistule siégeant sur la paroi inférieure du conduit; l'écoulement se faisait parfois par jets. L'abcès cervical fut ouvert plus largement; aussitôt on assista à une hémorragie formidable. Tamponnement de la cavité de l'abcès, mise à nu et ligature de la carotide externe à 3 centimètres au-dessous. L'hémorragie s'arrêta, mais pour se reproduire 4 jours plus tard au changement de pansement; le sang sort

Sakur ne résiste pas à un examen approfondi et est en opposition avec toutes les données de la physiologie sur la circulation pulmonaire. Il faut donc admettre plutôt qu'il s'agit de troubles réflexes dus, au moins en partie, à la brusque surcharge du cœur droit.

En terminant, M. Mayer attire l'attention sur le récent appareil construit par Krönig pour la ponction de la plèvre sans aspiration et sur un nouvel appareil à aspiration imaginé par Danis, appareil muni par la trompe d'eau et destiné à l'évacuation des empyèmes en produisant l'attraction continue du poumon.

— M. E. Vidal (d'Arras) ne veut envisager aujourd'hui qu'un point particulier de la question : étant donné par exemple une brèche pleuro-costale (surtout bilatérale) en plèvre libre, d'étendue trop grande pour que les moyens simples (fixation pulmonaire par exemple) puissent être efficacement applicables, quelle méthode adopter : vide ou pression intrabronchique constante ? Comme on pouvait le prévoir, malgré les dires de Sauerbruch, le seul point important est le maintien à sa valeur normale de la différence des pressions à la surface pleurale et dans l'arbre bronchique, quelles qu'en soient les valeurs absolues. L'une ou l'autre des deux méthodes devrait donc aboutir au même résultat ; c'est ce que démontre l'expérimentation, et les tracés de pression recueillis en différents points de l'arbre respiratoire sont à peu près identiques dans les deux cas.

Au point de vue pratique, la méthode de suppression nécessite des appareils déjà plus simples que la chambre de Sauerbruch (appareil Brauer). Mais ce qu'il faut bien savoir, c'est qu'il est possible d'improviser en quelque sorte des appareils à pression constante très suffisants pour exécuter facilement et sans danger les interventions de ce groupe. M. Vidal décrit un dispositif simple et dont les éléments existent partout, qui lui a servi pour opérer avec succès un cas difficile de cancer mammo-thoracique étendu, chez une malade dont le second poumon était partiellement détruit dans sa fonction.

— M. Hallion (de Paris). Au point de vue de la physiologie circulatoire, les différents procédés employés pour éviter le pneumothorax opératoire sont sensiblement équivalents, depuis le premier en date, proposé par Tuffier et l'auteur, jusqu'aux plus récents. L'appareil de Sauerbruch est d'une complication trop gênante ; l'avantage reste aux appareils d'insufflation.

Au point de vue de l'anesthésie il semble désirable, il serait d'ailleurs facile d'employer un appareil qui permettrait aisément, à volonté, soit de laisser le sujet exécuter lui-même les mouvements respiratoires sur son poumon simplement gonflé, comme dans les procédés de Quénu et Longuet ou de Brauer, soit de pratiquer la respiration artificielle purement passive, comme dans le procédé de Tuffier et Hallion. De cette manière, l'état des mouvements respiratoires du patient demeurerait un guide utile pour diriger l'anesthésie, et, d'autre part, en cas de syncope respiratoire, la respiration purement artificielle apporterait immédiatement le meilleur remède à l'accident. Enfin, par ce procédé mixte, on limiterait au minimum, sans courir d'autres risques, le brassage de l'air chargé de germes dans la cavité pleurale, brassage qui paraît bien constituer, d'après les expériences de M. Hallion, le facteur essentiel de gravité dans la chirurgie intrathoracique.

— M. J.-L. Faure (de Paris) déclare qu'il limitera sa communication à la question des moyens de pénétration dans le médiastin postérieur. Depuis quatre ans, c'est-à-dire depuis qu'il a publié ses deux premiers cas de résection de l'œsophage dans sa traversée thoracique, il n'a pas eu l'occasion de pratiquer de nouveau cette opération ; il n'en persiste pas moins à considérer la voie transmédiastinale postérieure comme la seule qui permette d'intervenir sur l'œsophage thoracique, parce que c'est la seule qui donne un accès assez large ; encore faut-il qu'on sectionne la première côte. La voie transpleurale est tout à fait insuffisante et, en outre, elle expose presque fatalement à l'infection de la plèvre, soit pendant soit après l'opération ; il ne faut pas oublier, en effet, qu'après une résection tant soit peu étendue, il est impossible de rétablir la continuité de l'œsophage et qu'il est de toute nécessité, après fermeture du bout supérieur d'aboucher le bout inférieur à la peau, pour assurer l'alimentation du malade. La voie transpleurale peut tout au plus, pense M. Faure, être indiquée pour l'extraction de certains corps étrangers occupant le segment inférieur de l'œsophage.

Dans les deux cas de résection de l'œsophage par la voie transmédiastinale postérieure auxquels il

vient de faire allusion, les deux opérés ont succombé aux troubles de l'hématose résultant de la pénétration de l'air dans le médiastin (pneumothorax médiastinal), sans avoir présenté le moindre symptôme d'infection ou d'hémorragie, ainsi qu'on put d'ailleurs le vérifier à l'autopsie. M. Faure pense qu'en pareil cas le drainage aspirateur pourrait rendre de grands services.

— M. Vidal a pu constater, par des expériences faites sur des chiens, que l'ouverture large du médiastin postérieur avec section de la 1^{re} côte diminue de deux tiers la capacité respiratoire des poumons. Pour rétablir les choses en leur état normal, c'est-à-dire rendre aux poumons toute leur capacité respiratoire il faut faire une suture soignée, hermétique du médiastin et le vider de l'air qu'il renferme à l'aide du drainage aspirateur.

— M. Giordano (de Venise) a fait deux tentatives de résection de l'œsophage thoracique pour cancer. Dans le 1^{er} cas, il avait pour aborder l'œsophage réséqué la cage thoracique de la 6^e à la 2^e côte, en respectant la 1^{re} côte ; il ne put mener à bonne fin l'extirpation du cancer, faute d'un accès suffisant et il dut finalement recourir à la gastrotomie, après avoir drainé le médiastin. L'opéré succomba au bout de deux mois à la cachexie cancéreuse.

Dans le 2^e cas, M. Giordano avait réséqué la 1^{re} côte. Son opéré mourut de choc et non pas avec les phénomènes d'asphyxie présentés par les opérés de M. Faure.

Enfin, dans un 3^e cas, M. Giordano put réséquer la portion toute inférieure juxta-cardiaque de l'œsophage envahie par un ostéo-sarcome à point de départ costal. La tumeur fut abordée par un volet costo-diaphragmatique. M. Giordano put, après son extirpation, faire une suture bout à bout de l'œsophage. Son opéré guérit.

— M. Guisez (de Paris) communique quelques remarques sur ses derniers cas de broncho-œsophagoscopie.

Dans le courant de cette année il a extrait deux corps étrangers des bronches, tous les deux par la bronchoscopie supérieure, c'est-à-dire directement par la glotte. Dans le premier cas, il s'agissait d'une pièce de 0 fr. 50 qu'un homme adulte avait aspirée et qui s'était logée dans la bronche droite ; dans le deuxième, c'était une anse de petite trompette située dans la ramification inférieure de la bronche droite chez un enfant de cinq ans.

Cela porte à 6 le nombre des corps étrangers bronchiques extraits par cette méthode.

Pour ce qui est de l'œsophagoscopie, M. Guisez a modifié son instrumentation, se servant de mandrins souples facilitant beaucoup et rendant moins douloureuse l'introduction des tubes.

L'auteur présente un malade de dix-huit ans qu'il a opéré d'un rétrécissement congénital de l'œsophage sous l'œsophagoscopie. Par cette dernière en effet, il a pu voir une valvule obstruant presque complètement la lumière de l'œsophage et la sectionner avec un œsophagotome de forme spéciale. Le malade, qui n'avait jamais pu avaler que du lait et qui de temps à autre avait des crises de dysphagie complète dont une avait nécessité une gastrostomie, peut actuellement manger de tout, liquides et solides.

— M. Gross (de Nancy) rappelle que son chef de clinique, M. Sencert, a sectionné, sous œsophagoscopie et avec un petit œsophagotome de son invention, un rétrécissement congénital valvulaire absolument semblable à celui que vient de signaler M. Guisez. D'autre part, M. Sencert a pu traiter avec succès, de la même manière, mais en remplaçant l'œsophagotomie sanglante par l'électrolyse linéaire deux cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

CHIRURGIE DU RACHIS

Résultats éloignés d'une laminectomie pour fracture ancienne du rachis. — M. Lancel (d'Arras) a eu l'occasion d'intervenir pour des troubles médullaires (douleurs, parésie spasmodique des membres inférieurs, etc.) persistant à la suite d'une fracture déjà ancienne de la colonne vertébrale. Ayant diagnostiqué une compression de la moelle vraisemblablement par un cal exubérant et ayant localisé les lésions au niveau des 1^{re}, 2^e et 3^e vertèbres dorsales, il mit à nu ces vertèbres, réséqua leurs lames, et put constater que la compression de la moelle était le fait non d'un cal quelconque mais d'une pachyméningite. L'épais fourreau méningé fut simplement incisé, et cette incision suffit à faire disparaître tous les phénomènes de compression. En effet, au bout de six mois, les spasmes douloureux

disparurent progressivement ; au bout de un an, le malade commençait à marcher et actuellement, quatre ans après l'opération, il peut faire des promenades de plus de 4 kilomètres sans grande fatigue. Il subsiste encore un peu de parésie spasmodique, quelques douleurs vagues, mais en somme l'état continue à s'améliorer de jour en jour.

M. Lancel déclare qu'il ne connaît pas d'exemple analogue dans la littérature.

De la correction des difformités pottiques. Redressement forcé ; hyperextension du rachis. — M. P. Redard, s'appuyant sur une statistique de près de dix ans, veut démontrer que le redressement forcé des gibbosités pottiques est indiqué dans un grand nombre de cas, particulièrement au début de sa déformation, et qu'appliquée avec une technique spéciale il est exempt de tout danger. Grâce à cette méthode, dans 70 pour 100 des observations le sujet guérit sans difformité, avec une ankylose en bonne position qui n'entraîne aucun trouble fonctionnel important.

P. Redard emploie surtout dans sa pratique, soit le redressement forcé, soit la position en hyperextension du rachis.

1^o Un appareil très simple d'extension agissant sur les extrémités pendant que le sujet repose horizontalement, en position ventrale, sur une table, donne le redressement forcé des gibbosités, lentement, graduellement, sans violence ;

2^o L'hyperextension, la lordose, la reclinaison du rachis sont réalisées grâce à un appareil extrêmement simple, constitué par deux arcs métalliques qui peuvent être fixés à leurs extrémités, sur divers points d'une table et dont la courbure peut, par conséquent, être facilement modifiée.

L'enfant est fixé sur la convexité des arcs. L'appareil plâtré est facilement et rapidement appliqué. Après dessiccation du plâtre, les lames métalliques sont facilement retirées.

Cette méthode d'hyperextension est excellente. Elle permet de redresser les courbures vicieuses, de faire disparaître souvent la gibbosité et de placer le rachis en une attitude très favorable à la consolidation.

— M. Calot (de Berck) appuie les conclusions de M. Redard sur l'efficacité du redressement du mal de Pott, fait d'une certaine manière et maintenu longtemps par des appareils précis.

Il présente des radiographies d'enfants redressés depuis trois ans, cinq ans, huit ans, où l'on peut voir que le dos est droit et cependant soudé en avant au niveau des corps vertébraux, c'est-à-dire que la grande objection faite théoriquement à la méthode, que le dos redressé ne se souderait pas, n'est pas fondée.

L'on peut voir sur ces radiographies le mécanisme du redressement, qui devient définitif grâce aux deux facteurs suivants :

1^o Le développement un peu plus exubérant des pièces restantes de la colonne des corps vertébraux décomprimés par le redressement et les appareils précis ;

2^o Le développement un peu moins grand des pièces postérieures du rachis qui sont, au contraire, comprimées et gênées dans leur croissance par ce redressement et ces appareils.

Le rachis s'accroît un peu plus en avant, un peu moins en arrière, l'égalité finit par se rétablir un peu plus tôt un peu plus tard.

— M. Barbarin (de Paris). La réduction de la gibbosité est une manœuvre toujours facile ; le difficile est de la maintenir. Aussi l'auteur pour les déformations de petit volume préfère-t-il, aux procédés de Redard, l'appareil plâtré, avec fenêtre postérieure, tel que le fait M. Calot.

Dans les gibbosités à grande courbure, la petite fenêtre postérieure ne suffit pas, il faut pratiquer à l'appareil une fente longitudinale dans toute la hauteur de l'appareil, de façon à exercer par cette brèche une compression sur tout le rachis et éviter non seulement la gibbosité pottique, mais encore les courbures secondaires.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Note sur l'allongement des os dans l'ostéo-myélite de l'adulte. — M. Moty (de Paris), après avoir rappelé qu'il a signalé au Congrès de 1892 les atrophies osseuses des membres à la suite des névrites traumatiques chez l'adulte, apporte aujourd'hui une observation d'allongement de l'humérus droit à la suite d'une ostéo-myélite chronique latente de l'adulte (37 ans). Le malade, qui souffrait depuis quelques

années de « rhumatisme de l'épaule » à poussées bénignes de courte durée qui ne l'empêchaient pas de vaquer à ses occupations, fut enlevé en quelques jours par une ostéomyélite aiguë et l'autopsie montra que l'humérus droit malade était éburné dans la moitié supérieure de sa diaphyse, la cavité médullaire ayant presque totalement disparu dans cette portion de l'os. Le foyer infectieux (staphylocoques et colibacilles) siégeait dans la région juxta-épiphyse où de petites cavités contenant un magma jaune épais s'étaient peu à peu formées.

L'os malade offrait un allongement de un centimètre et demi, sa forme n'était pas modifiée; sauf une diminution appréciable des saillies d'insertion musculaire; son poids était supérieur de 1/6 à celui de l'humérus gauche.

Il en résulte que l'activité ostéogénique de la région juxta-épiphyse ne s'arrête pas à l'époque de la soudure des épiphyses et que l'os peut encore après cette époque diminuer ou augmenter de longueur sous les mêmes influences que dans l'enfance et l'adolescence.

Procédés originaux d'amputation plastico-cinétiques ou plastico-orthopédiques. — M. Ceci (de Pise) communique une nouvelle méthode d'amputation du membre supérieur imaginée par Vanghetti (d'Empoli), et qui consiste à utiliser les muscles et les tendons restés indemnes dans un membre amputé ou ceux qui se sont conservés tels dans un moignon d'amputation, cela dans le but de former des moteurs vivants de la forme d'un anneau ou d'une massue.

Ces moteurs vivants, obéissant à la volonté, permettent aux moignons de mettre en mouvement une main artificielle.

M. Ceci a eu l'occasion de mettre cette idée trois fois en pratique avec des procédés opératoires originaux. Dans deux de ces amputations, il a obtenu des résultats réellement merveilleux. Un cas se rapporte à l'amputation du bras au tiers inférieur, avec moteur à anneau formé par une anse obtenue par la suture des tendons du biceps et du triceps brachiaux. Deux autres cas se rapportent à l'amputation de l'avant-bras au tiers supérieur. Dans un de ces cas on forma un anneau moteur unique, constitué par les tendons des fléchisseurs suturez aux tendons des extenseurs. Dans l'autre, on forma deux anneaux moteurs, dont l'un dorsal avec les tendons des extenseurs, l'autre ventral avec les tendons des fléchisseurs.

M. Ceci a cherché à laisser les muscles et tendons dans les conditions anatomiques et physiologiques les plus normales possibles, en les employant en masse.

Cette méthode d'amputation, très utile dans les membres thoraciques, aura, à son avis, moins d'application dans les membres abdominaux.

On est obligé de limiter le nombre des moteurs musculo-tendineux, parce qu'ils exigent une grande quantité de peau, qui doit les recouvrir bien solidement, seule façon qui leur permette de bien supporter la pression des cordes de la main artificielle.

Le boulonnage des os: nouveau procédé d'ostéosynthèse. — M. Depage (de Bruxelles) signale un procédé nouveau d'ostéosynthèse. Il a fait construire des boulons terminés par un conducteur métallique flexible, grâce auquel il peut facilement faire pénétrer ces boulons à travers les fragments osseux, qu'il s'agit de maintenir; ces boulons spéciaux permettent d'assurer la fixité des os fracturés et peuvent être renforcés à l'aide de petites attelles métalliques placées aux deux côtés de l'os.

M. Depage décrit le manuel opératoire pour les différents os longs; de façon générale, il fait toujours deux incisions, l'une interne, l'autre externe de manière à ne pas devoir dépériostier l'os sur une trop grande étendue.

La méthode a été employée avec succès dans un cas de fracture de la rotule, dans deux fractures de la cuisse et dans deux fractures de la jambe.

Sur un cas de paralysie radiale liée à une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus chez l'enfant; suture nerveuse; guérison. — M. Guyot (de Bordeaux). Dans ce cas le nerf était sectionné et enclavé. Après suture du nerf l'auteur recourut à un procédé de protection du nerf ayant pour but de le séparer de la surface de section osseuse: divisant les muscles voisins en deux couches musculaires, les plans profonds furent remis au-dessous du nerf, les plans superficiels au-dessus; le radial avait ainsi un nouveau trajet intra-musculaire. Quatre mois après l'intervention, guérison complète de la paralysie.

Ce procédé est à rapprocher de ceux publiés par Rieffel, Mouchet et Riethus.

Malformations congénitales atténuées de la hanche. Signes cliniques et traitement. — M. J. Gourdon (de Bordeaux). Il existe des malformations congénitales atténuées de la hanche. M. Gourdon définit les caractères relevés sur des radiographies. Les malformations atténuées donneraient lieu, d'après l'étude de trois cas faits par l'auteur, à des symptômes cliniques apparaissant dans l'ordre suivant: sensation de fatigue appréciable déjà chez le tout jeune enfant; crampes dans les muscles de la cuisse et douleurs intermittentes dans la hanche; claudication légère. Ces divers symptômes apparaissent successivement à mesure que s'exagère la surcharge apportée dans la hanche par l'augmentation du poids du tronc; ils sont donc signalés chez les sujets à des âges différents.

Ils sont d'ailleurs rattachés habituellement à des troubles de la croissance et ce n'est guère que la radiographie qui pourra permettre de faire le diagnostic exact.

M. Gourdon a traité ses malades en favorisant la position d'abduction du membre inférieur, pour obtenir un appui plus constant de la tête du fémur sur le fond de la cavité cotyloïde, au moyen du massage et de la gymnastique active des muscles pelvitrochantériens. Il est nécessaire dans les cas où le fémur a tendance à se déplacer vers le haut d'appliquer aussi un corset en cellulose emboîtant exactement le bassin. Ce traitement assure des résultats durables.

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche. — M. Calot (de Berk) insiste de nouveau sur la nécessité de s'occuper des luxations congénitales de la hanche aussitôt le diagnostic fait, c'est-à-dire à 3 ans, 2 ans et même plus tôt, à 26 mois, 18 mois, 15 mois.

Plus les enfants sont jeunes, plus la réduction sera facile et plus aussi la guérison sera intégrale.

A l'appui de ces conclusions, M. Calot présente une trentaine d'enfants guéris de luxations congénitales simples ou doubles opérés en très bas âge, à 20 mois, 2 ans et 3 ans.

L'une de ces enfants a même été opérée à 12 mois, avant d'avoir marché; ce qui avait mis sur la voie du diagnostic, c'est le raccourcissement de 1 centimètre de l'une des jambes.

Les enfants présentés par M. Calot marchent d'une façon impeccable au point qu'il est impossible de soupçonner l'infirmité ancienne. Et les résultats anatomiques sont aussi parfaits que les résultats fonctionnels comme en témoignent les radiographies présentées par M. Calot.

Sur la réduction mécanique extemporanée des luxations congénitales et des luxations pathologiques de la hanche. — M. Mencières (de Reims) fait quelques remarques à propos du procédé de réduction de ces luxations par son levier. Il explique le mécanisme de la réduction par le levier: double mouvement de propulsion vers le cotyle de l'épiphyse entière — trochanter, col et tête, — double mouvement de propulsion d'arrière en avant et de bas en haut. Il montre que l'emploi de ce levier est sans danger et que, grâce à lui, il est possible de réduire sans à coups, sans fractures. Il insiste tout particulièrement sur le traitement post-opératoire mécanothérapie et le dressage sans lequel on ne peut éviter les raideurs articulaires et la claudication, même après réduction chez les enfants âgés.

Le genu recurvatum acquis. — M. Le Fort (de Lille) limite sa communication au genu recurvatum ballant non symptomatique.

Cette forme, qui n'est connue que dans une de ses variétés, le genu recurvatum de la coxalgie, comprend en réalité 3 types:

1° Le genu recurvatum des enfants alités dont celui de la coxalgie n'est qu'une variété;

2° Le genu recurvatum d'adaptation fonctionnelle, compensation d'une coxalgie guérie, d'une luxation congénitale, d'un pied bot, etc.;

3° Le genu recurvatum des enfants chétifs.

La difformité, ordinairement peu accusée (10° à 35°), s'accompagne ordinairement de genu valgum dans la troisième variété, parfois dans la seconde, rarement dans la première. Elle est d'origine osseuse, épiphysaire, comme le démontrent les radiographies, et très différente du genu recurvatum comme le démontrent encore les radiographies.

Traitement des ankyloses vicieuses du genou chez l'enfant par l'ostéotomie chantournaute des condyles du fémur. — M. Lardennois (de Reims). Le traitement des ankyloses du genou chez l'enfant est un problème très difficile à résoudre. On ne peut appliquer à l'enfant les procédés opératoires utilisés

chez l'adulte. La résection orthopédique qui détruit ou enlève fatalement les cartilages conjugués les plus fertiles du membre inférieur donne immédiatement la correction désirée, mais les résultats éloignés sont déplorables car le raccourcissement du membre opéré atteint jusque seize et vingt centimètres.

L'auteur a eu recours à l'ostéotomie condylienne du fémur, mais pour que les surfaces de section puissent rester largement en contact après le redressement du membre, il est nécessaire de pratiquer non pas une ostéotomie simple, mais une ostéotomie curviligne chantournaute à courbe très étendue. Cette ostéotomie chantournaute est exécutée par une technique spéciale au moyen de la scie fil de Gigli.

Des schémas et des photographies montrent les bons résultats obtenus par ce nouveau traitement orthopédique des ankyloses vicieuses du genou chez l'enfant.

Astragalectomie dans la tuberculose tibio-tarsienne. — M. Ménard (de Berck-sur-Mer). L'astragalectomie, dans la forme grave de la tuberculose tibio-tarsienne suppurée, établit un drainage plus parfait que toute autre intervention, comme l'arthrotomie et la tunnélisation et sans plus d'inconvénient. La guérison est obtenue plus sûrement et le résultat orthopédique est plus satisfaisant.

La forme du pied après la guérison est peu altérée; voûte plantaire un peu creusée, avant-pied en varus léger. Le talon prend une direction verticale; il est à peine raccourci en arrière.

L'ankylose du cou-de-pied reste lâche et permet des mouvements étendus, si le tendon d'Achille n'est bridé par des cicatrices, suites de décollement fongueux.

La marche se rétablit vite et avec une remarquable perfection chez les enfants. La claudication est peu sensible. Pour l'adulte, il faut autoriser la marche tardivement de peur de rechute, et elle est au reste plus difficile à cause de la sensibilité persistante de la région et finalement plus défectueuse.

Extirpation très étendue des veines saphènes pour varices des membres inférieurs: opération datant de 3 ans. — M. Brodier (de Paris) présente la malade qui fait le sujet de cette observation. Elle avait subi la résection de ses deux saphènes sur toute la hauteur des cuisses. L'opération eut des suites très bénignes, les douleurs disparurent rapidement et actuellement le rétablissement fonctionnel des membres inférieurs est complet.

RAPPORTS ET DISCUSSIONS SUR LA 3^e QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR:

Ectopie testiculaire et ses complications. — M. Villard (de Lyon), rapporteur. La pathogénie de l'ectopie testiculaire attend encore une interprétation satisfaisante malgré les nombreuses théories qui ont été formulées, les uns voyant la cause principale dans les lésions avoisinantes, telles que les dimensions restreintes du scrotum, les adhérences péritonéales, les oblitérations de l'orifice externe du canal inguinal, la brièveté des éléments du cordon, les autres faisant remonter à des malformations gubernaculaires (Godard), ou aux importantes formations musculaires de la région, petit oblique et transverse (Sebileau), l'arrêt de migration du testicule. Toutes ces interprétations sont insuffisantes et n'expliquent pas la cause première de l'arrêt de développement; peut-être faut-il la chercher dans le cadre très général des dégénérescences, étant donné l'influence de l'hérédité et la fréquence de l'ectopie chez les dégénérés.

L'étude anatomique du testicule ectopé en dehors des considérations tirées de sa localisation anormale, lombaire, iliaque, inguinale ou aberrante, qui sont des notions classiques, montre une altération profonde des éléments épithéliaux des tubes séminifères; bien que dans certains cas le testicule ectopé ait pu atteindre un volume presque normal, l'examen histologique révèle des lésions très marquées des éléments nobles, alors que la glande interstitielle a atteint son développement complet. Ces notions correspondent assez à l'observation physiologique de ce qui se passe chez les animaux et aux faits cliniques observés chez l'homme dans les cas d'ectopie bilatérale, c'est-à-dire la conservation de la virilité et des appétits sexuels, mais absence de pouvoir fécondant du sperme; les cryptorchides sont le plus souvent des inféconds mais pas des impuissants, montrant ainsi qu'à la glande interstitielle est dévolue la virilité et que la fécondation est réservée à la glande épithéliale (Ansel et Bouin).

Il apparaît ainsi que l'ectopie vraie comporte un

tout entier, a souhaité la bienvenue aux délégués officiels des pays étrangers.

Examinant ensuite rapidement le programme des travaux que va poursuivre le Congrès, M. Mirman en a montré tout l'intérêt, insistant sur l'importance très spéciale que présente la poursuite simultanée des recherches scientifiques et des applications sociales que l'on en peut déduire.

Enfin, en terminant son discours, l'éminent directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur a exprimé le vœu de voir ce premier Congrès suivi dans l'avenir d'autres réunions semblables ou se poursuivra, pour le plus grand bénéfice de la démocratie et de l'humanité, l'œuvre entreprise aujourd'hui.

M. le sénateur H. Ricard, président de la Société scientifique d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme, dans une allocution fort écoutée, a ensuite indiqué l'intérêt et la variété des questions qui font l'objet habituel des études de la Société, s'attachant surtout à préciser le but scientifique qu'elle poursuit.

Celui-ci est en somme l'anthropotechnie. En d'autres termes, l'objectif qu'il importe aujourd'hui d'atteindre, c'est de faire bénéficier l'homme des travaux et des méthodes appliquées depuis longtemps déjà par les agronomes, par les éleveurs.

Ceux-ci, en vue de produire des récoltes abondantes et des animaux de premier choix, ont étudié avec soin l'hygiène alimentaire qui convient tant aux plantes qu'aux animaux domestiques, et l'on sait les résultats admirables de précision qu'ils ont ainsi obtenus.

Le temps est venu d'étendre ces notions et d'entreprendre des études analogues pour le plus grand bien de l'espèce humaine, et, pour cela, il importe de déterminer par l'expérimentation — chose relativement facile à l'heure présente — quelle doit être l'alimentation de l'homme, en tenant compte des conditions diverses auxquelles il est soumis selon l'âge, la race, le climat, la saison, les occupations ou le travail, etc.

Une telle étude, on s'en rend aisément compte, présente un énorme intérêt social autant qu'individuel, car une hygiène alimentaire solidement établie peut permettre d'éviter les pseudo-aliments qui sont la cause originelle de tant de débâcles physiques, de tant de misères sociales.

Prenant alors la parole, M. le professeur Armand Gautier a insisté tout d'abord sur ce point que le présent Congrès était issu plus encore de préoccupations sociales que de préoccupations scientifiques. Economistes et savants, a-t-il fait remarquer, ont pensé unanimement qu'il était particulièrement utile d'apprendre à tous à utiliser nos divers aliments au mieux de nos intérêts. Or, si rien n'est plus utile, rien aussi n'est pourtant davantage négligé que cette connaissance des règles de l'alimentation rationnelle. Ce que l'on sait pour les animaux, on l'ignore pour l'homme. Une nécessité s'impose donc, celle de déterminer les règles qui doivent présider à l'établissement de la ration alimentaire, d'arrêter comment doivent se faire les substitutions d'un aliment à un autre, de rechercher comment l'on peut augmenter la somme des aliments existants, comment l'on peut mieux les répartir pour le plus grand bien de tous, en attendant, ce que nous réserve sans nul doute l'avenir, le jour où l'on fabriquera enfin synthétiquement dans le laboratoire et dans l'usine, l'hypothèse formulée naguère par M. Berthelot, des produits alimentaires artificiels.

Jusqu'à là, il est du devoir des Etats de faciliter le plus possible tout ce qui peut concourir à assurer l'alimentation rationnelle des individus et à préserver ceux-ci du danger très réel — comme l'ont montré les recherches récentes des savants sur les origines alimentaires de la tuberculose — résultant de la consommation de certains produits alimentaires contaminés. Pour cela, il importe essentiellement de découvrir les règles de la science de l'alimentation et de les vulgariser largement.

Pour clore cette séance d'inauguration, après le discours de M. le professeur Gautier, M. André, délégué de la Belgique, au nom des délégués étrangers, a enfin félicité la France de l'initiative qu'elle a prise en convoquant les physiologistes, les chimistes et les économistes au Congrès d'hygiène alimentaire.

La cinquième section — Bactériologie, toxicologie, parasitologie — a ouvert les travaux du Congrès par l'examen de plusieurs communications. A mentionner une première note de M. G. Baudran : De la

tuberculine, sa présence dans le lait des vaches tuberculeuses.

D'après l'auteur de cette note, la tuberculine, ou poison tuberculeux, serait un alcaloïde cristallisé. « Elle se présente, écrit-il, sous la forme de fines aiguilles microscopiques ou sous celle de choux-fleurs, selon le dissolvant. Elle est sans action sur le tournesol, se comportant comme une base faible. Soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, elle se dissout dans l'eau grâce à l'addition des acides citrique, lactique, etc. Une parcelle dissoute dans l'éther ordinaire ou l'éther acétique donne avec l'acide sulfurique légèrement nitreux une coloration rouge devenant violette après élévation de température. Injectée à la dose de 0 gr. 0008, elle tue un cobaye sain en huit à quinze jours, sans autres lésions qu'une hyperémie du rein et des capsules surrénales, et en un temps variant de dix-huit à trente-six heures un cobaye tuberculeux, infecté soit avec des crachats, soit avec des cultures pures. »

Or, cette tuberculine, d'après M. Baudran, existe en proportion non négligeable dans le lait des vaches tuberculeuses, et, comme on la retrouverait encore dans le lait de certaines vaches que l'épreuve de la tuberculine ne caractérise pas nettement comme tuberculeuses, il conviendrait d'interdire la vente du lait, même stérilisé, chaque fois que l'alcaloïde signalé s'y retrouve.

Comme complément à cette note, M. Baudran, en collaboration cette fois avec M. E. Andrieu, en présente une autre : Action de la tuberculine modifiée (tuberculine) sur les vaches tuberculeuses.

En traitant par une solution à 5 pour 100 de permanganate de calcium une solution lactique de tuberculine, M. Baudran obtient un produit antitoxique, immunisant et curatif qu'il nomme tuberculine. Ce dernier produit, injecté par M. Andrieu à des vaches tuberculeuses, aurait si bien modifié leur état que M. Andrieu n'hésite pas à admettre qu'il constitue un agent curatif résolvant « le problème tant cherché de la guérison de la tuberculose ».

Comme il fallait s'y attendre, ces deux communications ont donné lieu à des objections. M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur, a fait remarquer que les auteurs manquaient de précision dans leurs assertions ; pour la première fois, on aurait obtenu une antitoxine en partant d'un alcaloïde ; mais on ne montre ni cet alcaloïde ni cette antitoxine. M. Martel a de plus fait observer que les expériences réalisées par les auteurs sont en trop petit nombre pour être concluantes, d'autant plus qu'aucune expérience de contrôle avec des sujets témoins n'a été faite.

Il a ensuite été donné connaissance d'une communication de M. Roussel sur la survivance des bacilles dans le pain après cuisson.

D'après cette note, la cuisson ne portant pas la température de l'intérieur des pains au delà de 104 à 103 degrés centigrades, ceux-ci peuvent renfermer encore des bacilles vivants, s'il en a été déposé dans la pâte au cours du pétrissage. Il conviendrait donc de ne faire celui-ci que mécaniquement.

Enfin, une dernière communication a été faite par M. Riché sur la Destruction par la chaleur des produits alimentaires altérés, et par suite dangereux. Cette destruction, d'après M. Riché, peut s'opérer avec avantage dans un four spécial qui permet de récupérer des gaz combustibles.

23 Octobre 1906 (matin).

DEUXIÈME ET TROISIÈME SECTIONS

Cette première séance a été plus particulièrement consacrée à l'examen des communications et rapports intéressant l'action physiologique de l'alcool.

Simplification de la méthode de dosage de l'alcool dans le sang et dans les tissus. — M. Maurice Nicloux indique dans cette note une modification à la méthode communément suivie, modification permettant de supprimer pour la séparation de l'alcool l'emploi de la pompe à mercure.

Influence du régime alimentaire sur la toxicité de l'absinthe et de l'alcool. — M. L. Camus a étudié comparativement les effets toxiques de l'absinthe et de l'alcool chez les animaux — en l'espèce des chiens — soumis au régime ordinaire et chez des animaux soumis à un régime de suralimentation. Ces expériences ont montré que les chiens convenablement alimentés avec un régime de viande crue supportent sans grand dommage une intoxication absinthique très prolongée et très forte.

Ceci explique pourquoi les individus en état de misère physiologique sont les premières victimes de

l'absinthisme et pourquoi les individus bien portants et largement alimentés résistent mieux.

Ces faits se retrouvent encore dans le cas de l'intoxication alcoolique simple dont les effets sont moins prononcés que ceux de l'intoxication absinthique.

Quantités respectives d'alcool fixées par l'ensemble des tissus éliminés par l'urine ou disparues de l'organisme dans des temps successifs. — M. Nestor Gréhan a entrepris de mesurer exactement ce qui reste d'alcool dans le sang et dans les tissus sur un lot de lapins auxquels on injectait chaque fois dans l'estomac le même volume d'alcool, c'est-à-dire 40 centimètres cubes d'alcool à 10 pour 100 par kilogramme ; on a sacrifié les animaux, le premier après une heure, le second après trois heures, le troisième après six heures, le quatrième après douze heures et le cinquième après vingt-deux heures trente minutes.

L'expérience a montré que l'alcool diminue peu à peu dans le sang et dans les tissus. Sa disparition totale est lente et exige beaucoup de temps. De plus, l'alcool disparaît en petite quantité par l'urine et doit encore simultanément s'éliminer par les poumons et par la peau.

Durée du repos après les repas. — M. Hallopeau établit en sa note qu'un repos est nécessaire aux travailleurs intellectuels après les deux principaux repas.

Pour ce qui est du repos du soir, tous ceux qui ont travaillé après le dîner connaissent la lutte quotidienne contre la somnolence qui devient alors un impérieux besoin ; ce n'est guère qu'au bout d'une heure ou deux que la plupart rentrent en pleine possession de leur activité physique.

Il y a avantage à prolonger cette sieste vespérale et à couper la nuit en deux. Celui qui ne se réveille qu'à une heure du matin peut alors se mettre au travail, frais, dispos, en pleine activité, et se trouve ainsi dans les conditions les plus favorables pour fournir pendant trois heures un bon travail intellectuel. L'on peut ainsi s'épargner l'excitation artificielle par le thé ou le café ; le cerveau se repose trois fois par jour et les luites post prandia se trouvent supprimées, au grand bénéfice de son hygiène ; en effet, les repos circulatoires qui résultent des repos fonctionnels sont favorables à la nutrition physiologique des artères encéphaliques, et l'on augmente ainsi les chances d'éviter leur dégénérescence avec toutes ses conséquences.

(A suivre.)

GEORGES VITOUX.

SOCIÉTÉS DE L'ÉTRANGER

AUTRICHE

Société impériale-royale des médecins de Vienne.
12 Octobre 1906.

A propos d'un cas d'hydrocéphalie. — M. Hochsinger présente à la Société une petite fille de 9 mois qui est atteinte d'hydrocéphalie à un degré vraiment extraordinaire. La circonférence de la tête mesure, en effet, dans le sens horizontal, 67 centimètres, et de la racine du nez à la protubérance occipitale, en passant par le vertex, on compte 52 centimètres. La paroi crânienne est en grande partie membraneuse ; seul le frontal est intact et sa suture médiane parfaite.

Cette enfant n'offrait aucun signe d'hydrocéphalie en venant au monde ; par contre, elle présentait à ce moment un spina bifida lombaire avec myélocystocèle du volume du poing, qui se rompit vers la 3^e semaine, donna issue pendant longtemps à un liquide limpide comme de l'eau, puis se ferma spontanément vers la fin du 3^e mois ; c'est à partir de cette époque seulement que l'hydrocéphalie aurait commencé à se développer. Actuellement, on aperçoit encore, à la région lombaire, une tumeur de 5 centimètres de diamètre, de consistance ferme, ayant la forme d'un champignon dont la surface porte une cicatrice étoilée et dont le pédicule s'implante au niveau d'une brèche de la colonne vertébrale. L'enfant présente des paralysies et contractures des membres inférieurs, attribuables, les premières à l'hydrocéphalie, les secondes au spina bifida.

L'existence de nombreuses végétations caractéristiques aux grandes lèvres ainsi qu'à la face interne et à la face postérieure des cuisses, l'apparition de l'hydrocéphalie après la naissance font penser à M. Hochsinger qu'il s'agit, dans ce cas, de lésions de nature syphilitique, bien qu'il soit tout à fait exceptionnel

de rencontrer dans la syphilis héréditaire des hydrocéphalies d'un volume aussi monstrueux que dans le cas présent : on sait que la syphilis donne plutôt lieu à des hydrocéphalies « en miniature ».

— *M. Zappert* croit qu'il n'est point prouvé du tout qu'il s'agisse, dans le cas actuel, d'hydrocéphalie syphilitique : on voit souvent l'hydrocéphalie se développer à la suite de la fermeture, spontanée ou chirurgicale, d'un spina bifida chez des enfants qui n'avaient par ailleurs aucune tare d'hérédosyphilis. *M. Hochsinger* porte le diagnostic de syphilis en s'appuyant sur les végétations que porte la petite fille en question, mais n'observe-t-on pas souvent, dans le spina bifida, comme conséquence de la paralysie sphinctérienne et de l'anesthésie cutanée l'apparition d'ulcères végétants qui simulent à s'y méprendre les végétations syphilitiques ?

— *M. Knopfmacher* a guéri (disparition de tous les signes de compression cérébrale, soudure des os du crâne) un cas d'hydrocéphalie tout aussi volumineuse (la circonférence horizontale du crâne mesurait 68 centimètres) grâce à la ponction lombaire répétée deux fois par semaine. Il faut avoir soin, à chaque ponction, de ne laisser écouler qu'une petite quantité de liquide céphalo-rachidien afin d'éviter toute irritation de la moelle.

Fermeture autoplastique et prothétique, chez un même sujet, de pertes de substance du crâne. — *M. P. Clairmont* présente un malade, du service de son maître, le professeur von Eiselsberg, chez qui, à la suite de l'ablation d'osquilles consécutives à un enfoncement du crâne par chute d'un lieu élevé, il subsistait deux grosses brèches dans la paroi crânienne, l'une de 8 centimètres sur 4 centimètres, l'autre de 6 cent. 1/2 sur 3 cent. 1/2, siégeant l'une au niveau du pariétal gauche, l'autre au niveau de l'écaille de l'occipital. Ces brèches, recouvertes de peau cicatrisée, mais déprimée, et au niveau desquelles on apercevait nettement les pulsations cérébrales, étaient l'origine de troubles divers accusés par le patient : vertiges, troubles de la parole, légère parésie du facial inférieur droit.

Pour remédier à ces troubles, *M. Clairmont* résolut de combler les brèches autoplastiquement, savoir l'une — la pariétale — avec un lambeau crânien ostéopériostique à la von Hacker-Durante, l'autre — l'occipitale — avec un disque ostéopériostique emprunté à l'un des tibias. Le patient accepta la première intervention, qui réussit d'ailleurs parfaitement, mais il refusa la seconde, en sorte que *M. Clairmont* dut se résigner à combler la perte de substance osseuse avec une plaque de celluloid (procédé de Fränkel) ; une seconde autoplastie à l'aide d'un lambeau crânien eût été, en effet, dangereuse à cause du grand délabrement qu'elle eût occasionné.

Cette double opération, exécutée en une seule séance, remonte actuellement à 3 semaines : la palpation et la radiographie montrent que l'oblitération des brèches crâniennes est parfaite.

Intoxication saturnine professionnelle chez des passementières. — *M. L. Teleky* présente deux malades qui sont intéressantes moins par les manifestations cliniques que par l'étiologie de leur affection.

Il s'agit de deux passementières offrant tous les symptômes d'une intoxication saturnine chronique, qui toutes deux ont contracté leur affection en nouant des franges de soie teintes en noir et rendues plus lourdes par le passage dans un bain d'acétate de plomb. Le maniement de ces franges dégage, en effet, une poussière noirâtre, très chargée en acétate de plomb — l'analyse démontre qu'elle peut contenir jusqu'à 40 pour 100 de ce sel — qui flotte dans l'atmosphère des pièces où travaillent, mangent et dorment ces femmes (ce sont des ouvrières en chambre) : on s'explique ainsi facilement l'apparition du saturnisme chez elles, d'autant plus facilement que, filles toutes deux de femmes faisant déjà le même métier, elles vivent depuis leur jeune âge dans cette atmosphère toxique. L'une d'elles a d'ailleurs elle-même une fillette de 4 ans qui a déjà présenté des accidents de saturnisme. L'autre malade, plus gravement atteinte, n'a pas d'enfant ; en 6 ans, elle a fait 6 fausses couches.

M. Teleky cite une autre passementière de ses clientes qui n'a pu élever que deux enfants, qu'elle a eu, du reste, avant d'entreprendre son métier : depuis elle en a eu 7 autres, tous nés chétifs et qui ont succombé en bas âge.

M. Teleky ajoute que ces faits ont attiré l'attention du gouvernement autrichien qui, tout récemment, a interdit l'emploi des sels de plomb dans l'appâtage des tissus de confection.

Procédé pour déterminer le siège de l'oblitération artérielle dans la gangrène du pied. — *M. Moszkowicz* démontre ce procédé sur deux malades, dont l'un, âgé de 57 ans, est atteint depuis un an de claudication intermittente, et dont l'autre, âgé de 37 ans et ayant subi déjà, il y a cinq ans, l'amputation des 4^e et 5^e orteils du pied gauche frappés de gangrène spontanée (maladie de Raynaud), accuse également des douleurs dans les deux membres inférieurs.

Voici en quoi consiste ce procédé :

Le membre malade étant tenu élevé, on applique à sa racine une bande élastique, qu'on serre fortement de façon à provoquer une anémie complète de ce membre comme lorsqu'on veut obtenir l'hémotase pour une amputation de jambe ou de cuisse. La bande reste appliquée pendant 5 minutes, puis on l'enlève rapidement. Lorsqu'il s'agit d'un membre normal on voit, dans ce cas, la circulation artérielle se rétablir avec la rapidité de l'éclair ; instantanément la pâleur de la peau fait place à une vive hyperémie qui, en deux secondes, gagne la pointe des orteils. Mais, chez les sujets présentant des troubles de la circulation artérielle et, en particulier, chez les deux malades de *M. Moszkowicz*, le résultat est tout autre.

Chez celui qui est atteint de maladie de Raynaud, l'hyperémie, après l'enlèvement de la bande, apparaît assez rapidement à la cuisse, mais s'arrête d'abord net au-dessous de la rotule ; en ce point il existe un contraste frappant entre la cuisse hyperémisée et la jambe toujours anémiée. Puis, assez lentement, en deux minutes environ, on voit l'hyperémie gagner peu à peu l'extrémité du pied et envahir les orteils l'un après l'autre. *M. Moszkowicz* ajoute que, dans un autre cas analogue, il a vu le sang mettre plus de 5 minutes, après l'enlèvement de la bande, à gagner l'extrémité du membre.

Chez le malade atteint de claudication intermittente, le retard observé dans le rétablissement de la circulation est moins considérable, quoique très appréciable.

Dans trois autres cas de gangrène spontanée du pied, l'application de la bande élastique a donné des résultats aussi nets que dans le premier cas : l'hyperémie, après l'enlèvement de la bande, s'est toujours arrêtée à une hauteur variable suivant les cas, mais en tranchant toujours si nettement avec la zone d'anémie sous-jacente que *M. Moszkowicz* croit pouvoir conclure que la ligne de démarcation de ces deux zones correspond au siège de l'oblitération artérielle et indique, par conséquent, le niveau auquel il faudra pratiquer l'amputation.

On pourra objecter — et c'est l'objection qu'a faite d'ailleurs *M. Schnitzler* — qu'il n'y a pas de parallélisme entre la circulation superficielle du membre et sa circulation profonde, que, partant, on risque, en faisant l'amputation au niveau de la limite inférieure de la zone d'hyperémie, de voir survenir plus tard une gangrène profonde du moignon. A cela *M. Moszkowicz* répond que c'est l'expérience seule qui fixera la valeur de son procédé. Cependant jusqu'ici dans les trois cas de gangrène du pied où il l'a employé, on a pu se rendre compte par l'opération que la limite de l'hyperémie correspondait assez exactement au siège de l'oblitération artérielle. Ces constatations ont d'ailleurs été confirmées par des recherches cadavériques faites par *M. Moszkowicz* : il a pu se convaincre, en liant la fémorale à des hauteurs différentes et en poussant ensuite des injections colorées dans l'artère au-dessus de la ligature, que la limite inférieure de coloration des tissus due à l'injection correspondait à peu près au niveau de la ligature artérielle.

— *M. A. Fuchs*, qui a vu expérimenter le procédé de *M. Moszkowicz* dans son service, croit qu'il est appelé à fournir de très précieux renseignements sur le siège de l'oblitération artérielle dans les gangrènes spontanées du membre et, par conséquent, de préciser le point où devra porter l'amputation.

— *M. von Eiselsberg* communique un fait qui vient à l'appui de l'opinion de *M. Fuchs*. Il s'agit d'un homme, atteint de gangrène du pied, qui avait refusé de se laisser amputer la cuisse, consentant seulement à ce qu'on lui coupât la jambe. Or, après l'ablation de la bande d'Esmarch, on put constater que la circulation ne se rétablissait bien (hyperémie) que jusqu'au niveau du genou, la partie conservée de la jambe restant pâle. Dans la suite toute cette portion de jambe se gangréna, et il fallut finalement recourir à l'amputation de la cuisse. La dissection du segment de membre amputé montra que l'artère était thrombosée bien au-dessus du niveau où avait porté la première amputation.

— *M. Schwarz* fait remarquer que la claudication

intermittente n'indique pas toujours une oblitération artérielle du membre, mais que souvent, le plus souvent même, dans les stades du début, elle repose seulement sur une simple insuffisance fonctionnelle, sur un spasme, des petits rameaux artériels musculaires (analogie avec l'angine de poitrine par sclérose des coronaires).

En pareil cas, le procédé diagnostique de *Moszkowicz* ferait certainement faillite.

J. DUMONT.

SOCIÉTÉS DE PARIS

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

19 Octobre 1906.

Persistence du thymus chez une femme morte sous le chloroforme. — *M. Lapointe* montre le thymus d'une femme de trente-quatre ans qui succomba sous le chloroforme au début d'une intervention chirurgicale bénigne. L'organe est volumineux, mais il n'exerce aucune compression dans son voisinage.

Papillome de la gencive. — *M. Morestin* apporte une petite tumeur de la gencive enlevée chez un homme de cinquante ans.

— *M. Cornil* a fait l'examen histologique de la pièce et constate qu'il s'agit bien d'un papillome.

Calculs vésicaux. — *MM. Fontoynt et Jourdan* envoient deux volumineux calculs vésicaux qui ont été extraits par la taille hypogastrique chez des indigènes de Madagascar. Le plus volumineux pesait 250 grammes.

Occlusion intestinale. — *MM. Fontoynt et Jourdan* (de Madagascar) communiquent un cas d'occlusion intestinale au cours d'une obstruction chronique par le pédicule très allongé d'une rate en état de ptose.

Kyste de l'ovaire. — *M. Péraire* présente un volumineux kyste de l'ovaire, kyste typique glandulaire, aboutissant à de grands kystes à contenu muqueux nombreux et très volumineux, tous implantés sur la paroi de l'enveloppe totale du kyste. Le pédicule du kyste était très court et d'une largeur exceptionnelle.

La paroi des petits kystes, examinée par le professeur Cornil, présente des cavités glandulaires allongées et pourvues de cellules cylindriques, tandis que dans les grands kystes on trouve de l'épithélium pavimenteux à une seule couche.

Epilepsie tardive, démence et hémiplegie symptomatiques de méningo-encéphalite localisée. — *MM. L. Marchand et M. Olivier* présentent le cerveau d'une femme qui, à la suite d'un accouchement, présente, à l'âge de trente-six ans, des accès épileptiques, les facultés intellectuelles baissent ensuite et plus tard apparaît une hémiplegie droite. A l'autopsie, les auteurs constatent une méningo-encéphalite chronique localisée au tiers supérieur des frontale et pariétales ascendantes gauches.

Délire hallucinatoire chronique ; méningo-corticalite chronique. — *MM. L. Marchand et M. Olivier* communiquent un cas de délire chronique.

Début de la psychose à quarante-neuf ans, délire mystique et de persécution ; hallucination de la sensibilité générale et des sens spéciaux. Pas de troubles moteurs. Mort à cinquante-trois ans. Pas de lésions macroscopiques du cerveau. L'examen histologique révèle des lésions méningo-corticales inflammatoires.

Neurofibromes des nerfs périphériques. — *M. Lainé-Lavastine* présente des préparations de Neurofibromes des nerfs périphériques.

Ces tumeurs multiples ne sont pas juxtaposées aux tissus nerveux, mais les infiltrant. La structure de ces tumeurs, essentiellement caractérisée par des fibres conjonctives bien différenciées, diffère selon les régions.

A la périphérie, la fibrose est compacte et les fibres nerveuses très rares ; les fibres conjonctives, très tassées, sont mal individualisées.

Au centre, les fibres conjonctives sont réunies et forment un treillis qui enlève dans ses mailles les fibres nerveuses écartées, mais intactes, comme le montre la coloration élastique de leur gaine de myéline, par la méthode Weigert.

Dans la zone intermédiaire prédominent sur les fibres les cellules conjonctives à corps protoplasmique plus large et moins allongé et à noyau également moins étiré.

V. GRIFFON.

suture par un ou deux points au-dessus et au-dessous. Le col présente alors l'aspect suivant : il est largement ouvert, de forme arrondie, et la muqueuse cervicale est légèrement éversée (fig. 14 et 15).

Comme fils, je conseille des fils d'argent très fins (grosceur d'un fil blanc ordinaire). Il importe de ne jamais les serrer fortement : les muqueuses doivent être mises au contact simplement, sans pression aucune et bien affrontées. Il faut rejeter absolument les fortes tractions qui amènent la pâleur de la muqueuse au niveau des points serrés.

Figure 14. — Aspect du col suturé; remarquer qu'il n'y a aucun froncement, aucune boursoufflure entre les points de suture, que la forme du col est à peu près circulaire; la surface de muqueuse utérine est toujours un peu plus large en avant et en arrière qu'au niveau de l'angle commissural.

6° Pansement. — Les fils sont divisés en deux faisceaux : antérieur et postérieur, à 5 centimètres de leur point d'attache; on les étirent sous une petite lamelle de plomb pliée en deux et on les sectionne au delà, juste au ras de cette la-

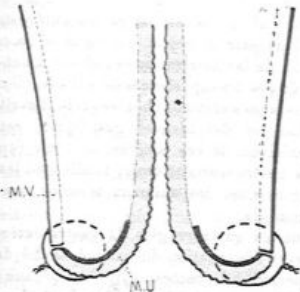


Figure 15. — Coupe schématisque montrant l'éversion de la muqueuse utérine; le col est supposé ouvert par traction sur les deux lèvres; quand il revient sur lui-même, l'éversion, qui telle quelle serait trop marquée, diminue. M. V., muqueuse vaginale; M. U., muqueuse utérine.

melle : de cette manière les fils sont assemblés, ne piquent pas la malade et ne gênent pas au cours des pansements suivants. Une

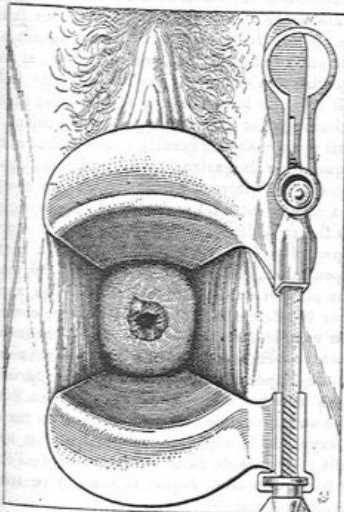


Figure 16. — Portion vaginale du col chez une femme de quarante-trois ans, ayant subi en 1900 l'amputation cervicale suivant la technique décrite ci-dessus, ayant accouché en 1902, revue en 1905. Remarquer que le col n'est pas déchiré, que l'orifice est largement ouvert, que la muqueuse est légèrement éversée.

mèche de gaze iodoformée est introduite dans le vagin et un pansement prévalvaire (une compresse de gaze, une feuille épaisse de coton hydrophile) est appliqué et maintenu par un bandage en T.

ÉTIOLOGIE

DE LA TUBERCULOSE INFANTILE

Par M. J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Les belles expériences de von Behring, de Vallée, de Calmette, etc., semblent démontrer que, chez les animaux tout au moins, la tuberculose se transmet par le tube digestif. En faisant ingérer à de jeunes veaux des aliments bacillifères, on les rend tuberculeux; en leur faisant inhaler des crachats pulvérisés, on ne réussit pas à leur inoculer la tuberculose. Cependant, à l'autopsie, même si la porte d'entrée a été nettement intestinale, on trouve des lésions tuberculeuses avancées dans les ganglions péribronchiques.

D'après ces expériences, que je rapporte *grosso modo* et sans précision, les cliniciens qui, comme nous, ont relevé, des centaines de fois, la présence de masses ganglionnaires caséuses dans le médiastin des jeunes enfants et qui en ont conclu à la transmission de la tuberculose par inhalation, auraient commis une erreur d'interprétation complète et absolue. S'il ne devait résulter des expériences des savants cités plus haut qu'une légère blessure à l'amour-propre des médecins, nous attendrions en silence que la vérité entière fût connue et reconnue, laissant au temps le soin de mettre tout le monde d'accord.

Mais déjà l'on a voulu tirer des conséquences pratiques très importantes et très graves des expériences entreprises dans les laboratoires, en dehors et assez loin de la clinique humaine. C'est contre l'application hâtive des données purement expérimentales à la clinique et à l'hygiène de l'enfance que nous voulons émettre quelques remarques, et faire quelques réserves, basées uniquement sur l'observation simple et terre à terre des faits. Sans doute cette observation, de pratique courante, n'a pas l'éclat ni la force de démonstration d'une expérience bien conduite, contrôlée et répétée avec succès par des savants de premier ordre. Cependant les faits bien constatés, sans parti pris, par des hommes de bonne foi, ont aussi leur valeur, et je ne pense pas que la clinique doive abdiquer toujours et quand même devant le laboratoire. Un fait est un fait, rien ne saurait prévaloir contre lui.

Or, si nous en croyons les nouvelles expériences, le bacille de Koch ne pénétrerait jamais par les voies respiratoires, il suivrait toujours la voie digestive. Il faudrait en revenir à l'origine alimentaire de la tuberculose et recommencer une campagne acharnée contre la viande et le lait des animaux tuberculeux. La contagion humaine, on n'en parle plus; la vache est redevenue l'ennemi.

Certes, on a mille fois raison de combattre la tuberculose des bovidés, de soumettre les vaches à l'épreuve de la tuberculine, d'assainir les étables, d'exiger un lait pur et exempt de bacilles, etc. Mais à une condition, c'est qu'on n'oublie pas, qu'on ne méconnaisse pas l'autre danger, la contagion humaine, le seul qui compte pratiquement dans la dissémination mondiale de la tuberculose. J'ai insisté beaucoup, au dernier Congrès international de la tuberculose (Octobre 1905), sur la contagion familiale de la tuberculose chez l'enfant. J'ai

montré, par des chiffres et par de nombreuses observations cliniques, que cette contagion jouait un rôle énorme dans la propagation de la tuberculose infantile et que tout le reste était négligeable.

Certes, je ne mets pas en doute la possibilité d'une contamination par le lait cru de vaches atteintes de tuberculose avancée. On a cité quelques observations qui plaident en faveur de cette étiologie, mais combien rares!

Au contraire, les exemples de contagion familiale, par les crachats des phthisiques, ne se comptent pas; ils sont innombrables. Que la contagion vienne de la mère, du père, d'un parent quelconque, d'un domestique, d'un familier de la maison, l'enfant élevé dans le milieu infecté, et quel que soit son mode d'alimentation, sera atteint fatalement de tuberculose.

Dans un milieu indemne, dans une habitation même insalubre, dans le taudis parisien le plus répugnant, l'enfant échappera à la tuberculose s'il ne cohabite pas avec un phthisique. Une alimentation douteuse, un lait non contrôlé, de provenance suspecte, ne suffira pas à le rendre tuberculeux. En d'autres termes, nous ne rencontrons de nourrissons tuberculeux que dans les familles tuberculeuses. La contagion familiale agit toujours, l'infection tuberculeuse par le lait jamais. Voilà ce que nous enseigne l'observation clinique.

La prophylaxie doit s'inspirer de ces faits, qui sont réels et indéniables. Le dogme de la contagion humaine, de la contagion familiale, étant accepté, peu importe la voie d'accès. Nous avons cru, sur la foi de nos autopsies, que le bacille de Koch, véhiculé par les poussières atmosphériques, pénétrait dans les voies aériennes, envahissait les bronches et les alvéoles pour se fixer ensuite dans les ganglions trachéo-bronchiques. La constance anatomo-clinique de la tuberculose ganglionnaire nous avait fait subordonner toute l'évolution de la tuberculose infantile à cette première localisation. Il paraît que nous nous sommes trompés et que le bacille de Koch prend des voies plus détournées pour parvenir au poumon, qui reste quand même son lieu d'élection, comme l'avaient vu jadis Louis, Parrot et les grands anatomo-cliniciens français.

Soit! Nous admettons, s'il le faut, que le bacille de Koch est dégluti avec la salive et avec les aliments qui lui serviraient de véhicule; mais on devra reconnaître que ce bacille vient de l'entourage de l'enfant et non d'une source plus ou moins lointaine, inconnue et, partant, plus difficile à atteindre.

C'est toujours l'expectoration du phthisique qui sera coupable, mais l'enfant, au lieu d'inhalier les crachats bacillifères, les aura déglutis. Donc la prophylaxie ne changera pas; elle visera toujours la contagion humaine et s'efforcera de protéger l'enfant contre ses atteintes. La plus belle œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, l'œuvre de Grancher, s'inspire de cette doctrine qui, pour nous, est intangible.

Que fait-on, quand on prend dans une famille parisienne menacée de destruction par la tuberculose d'un de ses membres un ou plusieurs enfants pour les transporter à la campagne, dans un milieu indemne? On soustrait l'enfant à la contagion qui le guettait, qui l'avait même peut-être déjà atteint. On

le transporte au loin, dans un foyer, dans une atmosphère plus pure, où la vie au grand air le fortifiera et le sauvera. Là, chez les paysans qui lui donnent asile, sa nourriture sera simple; le lait qu'il boira ne sera pas stérilisé, ni même toujours bouilli. Les vaches qui lui fourniront ce lait n'auront que rarement été éprouvées par la tuberculine. Le danger de contamination par le lait est ici certainement plus grand qu'à la ville. Mais ce danger est quasi nul, et l'on a bien fait de n'en point tenir compte.

Si la tuberculose des nourrissons pouvait résulter, dans une mesure appréciable, de la tuberculose des vaches, on devrait être à bon droit surpris de sa fréquence toujours plus grande. Depuis la découverte de Koch (un quart de siècle), les rapports de la tuberculose des bovidés avec la tuberculose humaine ont été étudiés avec un soin extrême par les vétérinaires et par les médecins; les plus grands savants du monde entier s'en sont occupés. Des mesures de défense rigoureuses, parfois exagérées, ont été prises; on a cherché à écarter de la consommation publique, et surtout de la consommation infantile, le lait des vaches tuberculeuses. Une campagne très efficace a été faite en faveur de la stérilisation du lait. Depuis longtemps, le lait bouilli, le lait stérilisé, le lait aseptique, sont seuls en usage pour l'alimentation des nourrissons. Qu'en est-il résulté? Nous avons vu la diarrhée infantile reculer partout et la mortalité par troubles digestifs baisser dans une forte proportion. Nous n'avons pas vu, malheureusement, la tuberculose infantile diminuer d'une manière sensible. Bien plus, il semble, d'après ma statistique, qu'elle tende à augmenter. A quoi donc est due cette augmentation que ne peut enrayer la prophylaxie alimentaire de la tuberculose? Sans doute, au surpeuplement, qui favorise la contagion familiale; à l'alcoolisme, qui entraîne la misère et affaiblit les résistances individuelles, etc. Ces causes agissent au suprême degré dans la ville de Paris, si belle, si riante, si animée, si saine par son climat, par ses avenues plantées d'arbres, etc., mais offrant à la tuberculose une proie trop riche, trop abondante par la densité excessive de sa population.

Il y a cinquante ans, Barthéz et Rilliet, dans les autopsies des hôpitaux d'enfants, n'avaient trouvé que 33 tuberculeux sur 100 enfants morts. Or, les autopsies que j'ai faites dans ces dix dernières années me donnent plus de 38 p. 100. Sur 1.197 autopsies, en effet, je compte 461 tuberculeux, soit une proportion de 38,51 pour 100.

Si nous ne prenons que les nourrissons, les enfants entre la naissance et deux ans, nous trouvons la tuberculose 214 fois sur 830 cas, soit 25,78 pour 100. Ce pourcentage est très variable suivant l'âge. Entre 0 et 3 mois, sur 155 enfants, nous ne trouvons que 3 tuberculeux (1,93 p. 100). Entre 3 et 6 mois, sur 175 enfants, 28 tuberculeux (16 pour 100); entre 6 et 12 mois sur 221 enfants, 56 tuberculeux (26,06 pour 100); entre 1 et 2 ans, sur 289 enfants, 127 tuberculeux (43,94 pour 100).

Après la seconde année et jusqu'à 10 ans, la proportion des tuberculeux dépasse 67 pour 100; de 10 à 15 ans elle commence à décroître (64 p. 100).

La comparaison de ces chiffres confirme

tout ce que nous avons dit au sujet de la contagion familiale de la tuberculose infantile. Plus l'enfant entre en contact avec son entourage, plus il s'éloigne du berceau, c'est-à-dire de l'isolement relatif de la première année, plus il est exposé à la contagion tuberculeuse.

Si le lait était la cause principale de la tuberculose infantile, c'est à l'âge de l'allaitement qu'on devrait trouver le pourcentage de tuberculeux le plus élevé; or, c'est le plus bas. Sur 155 enfants de moins de 3 mois je n'en ai rencontré que 3 atteints de tuberculose, et ces 3 cas relevaient de la contagion familiale. Le plus jeune, mort à 40 jours, avait été nourri au biberon dès sa naissance par une mère phthisique qui toussait et crachait près de lui. Cet enfant avait un ganglion bronchique déjà caséux. L'intégrité du tube digestif a été relevée dans ce cas.

Après trois mois et jusqu'à dix ans, le pourcentage des tuberculeux s'accroît rapidement au point de dépasser 67 pour 100 autour de la cinquième année. Après dix ans, la décroissance s'accuse, sans doute par l'élimination spontanée des enfants atteints et aussi par la résistance plus grande de l'organisme plus âgé aux ravages de la tuberculose.

Toute l'histoire de la tuberculose infantile s'explique merveilleusement par la contagion humaine et plus spécialement par la contagion familiale dont les preuves cliniques surabondent. Elle deviendrait incompréhensible avec la doctrine de la transmission par le lait des vaches tuberculeuses. La prophylaxie ne doit pas s'attaquer aux vaches dont le lait offre si peu de danger, mais aux phthisiques qui infectent directement les enfants de leur entourage.

Si nous combattons énergiquement la doctrine de la transmission de la tuberculose par la viande ou le lait des animaux domestiques, c'est pour empêcher la prophylaxie de s'égarer, de s'engager dans une voie sans issue. La doctrine alimentaire de la tuberculose a régné exclusivement et souverainement pendant de longues années; elle a inspiré les hygiénistes et les agents responsables de la santé publique; elle n'a abouti, en matière de tuberculose humaine, qu'à des résultats absolument négatifs.

Le regain de faveur que lui ont valu des expériences retentissantes serait déplorable s'il pouvait obscurcir dans l'esprit des médecins cette notion si vraie et si féconde de la contagion humaine qui seule doit inspirer désormais la prophylaxie antituberculeuse.

SOCIÉTÉS DE L'ÉTRANGER

AUTRICHE

Société impériale-royale des médecins de Vienne.

26 Octobre 1906.

Sur le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique. — M. J. Hochenegg estime, contrairement aux conclusions formulées dans la précédente séance par M. Schnitzler (voir *La Presse Médicale*, 1906, n° 91, p. 728) que, dans l'ulcère gastrique ou dans ses complications, il convient de ne pas trop retarder l'intervention opératoire; que, bien au contraire, il faut opérer aussitôt qu'on a pu se convaincre qu'il s'agit d'un traitement médical, appliqué suivant les règles et d'une façon continue, n'a donné aucun résultat ou qu'il n'a donné qu'un résultat passager, et que le malade

« reste en proie à des troubles graves — douleurs, vomissements, dyspepsie — qui l'empêchent de travailler ou gênent son existence » (von Mikulicz). Cette indication générale du traitement chirurgical de l'ulcère gastrique se trouve complétée par les indications spéciales suivantes que Krönlein a formulées au dernier Congrès allemand de chirurgie et que M. Hochenegg déclare approuver entièrement :

1° Toute sténose caractérisée du pylore, qu'elle soit légère ou grave, commande l'intervention opératoire;

2° Dans les cas d'insuffisance très accentuée de la fonction motrice de l'estomac, l'opération peut être indiquée lorsque tout traitement médical a échoué et lorsque la position sociale du malade exige une prompte amélioration de son état;

3° L'apparition de petites gastrorragies, fréquemment répétées, au cours de l'évolution d'un ulcère gastrique, commande l'opération;

4° Dans les cas d'hémorragies foudroyantes, menaçant immédiatement la vie, l'opération d'urgence fait courir plus de risques au malade que l'expectation prolongée jusqu'au moment où le malade s'est suffisamment remis de sa perte de sang.

Pour ce qui concerne le genre d'opération à appliquer au traitement de l'ulcère gastrique et de ses complications, M. Hochenegg accorde toute sa préférence à la gastro-entérostomie; il n'a jamais pratiqué d'autre intervention. Cette préférence se justifie par les avantages suivants, que présente cette opération :

1° Dans les sténoses et leurs conséquences, la gastro-entérostomie permet la complète évacuation de l'estomac;

2° Dans l'ulcère floride, la gastro-entérostomie, en mettant l'estomac au repos, assure ainsi la condition essentielle de la cicatrisation de l'ulcère. La chose a été démontrée par les expériences de Fibich, élève de Hochenegg sur des animaux chez lesquels il avait produit artificiellement des ulcères gastriques, cet auteur vit la guérison de ces ulcères survenir rapidement après la gastro-entérostomie, tandis que les ulcères persistèrent chez les animaux témoins non gastro-entérostomisés;

3° Dans les gastrorragies, la gastro-entérostomie, en assurant l'évacuation du sang épanché dans l'estomac, permet à la contractilité de l'organe d'entrer en jeu et de provoquer l'occlusion des vaisseaux qui saignent. Ce mode d'action de la gastro-entérostomie est encore confirmé par les expériences de Fibich et Schulz. Des animaux, porteurs d'ulcères gastriques artificiels, furent soumis, les uns à l'insufflation de l'estomac, les autres à la gastro-entérostomie; or, chez les premiers, la hémorragie persista jusqu'à la mort; chez les seconds, au contraire, elle s'arrêta et la guérison des ulcères survint rapidement;

4° Enfin dans les cas d'ulcère perforé, en particulier dans le cas d'ulcère calleux perforé, les faits observés par M. Hochenegg lui ont constamment montré qu'à la suite de la gastro-entérostomie pure et simple, c'est-à-dire non complétée par la suture de l'ulcère, on voit très vite la perforation se fermer et l'infiltration circonvoisine disparaître progressivement.

Voici maintenant les résultats opératoires et thérapeutiques que la gastro-entérostomie, appliquée au traitement de l'ulcère gastrique et de ses complications a donnés entre les mains de M. Hochenegg. Sur 94 cas il a eu à déplorer 6 morts, soit une mortalité d'un peu plus de 6 pour 100. Quant aux résultats thérapeutiques, il a pu les étudier sur 80 malades dont la plupart ont été suivis pendant des années : 64 pour 100 de ces malades pouvaient être considérés comme complètement guéris, 24 pour 100 comme notablement améliorés, 12 pour 100 seulement n'avaient retiré de l'opération aucun bénéfice appréciable. Presque tous ces malades étaient dans un état pitoyable au moment de l'opération : on n'en reste que plus frappé de la rapidité avec laquelle ils se sont rétablis à la suite de cette opération et de l'état de santé florissante dans lequel la plupart se trouvent aujourd'hui.

Ajoutons que M. Hochenegg emploie toujours le procédé de gastro-entérostomie dit « de Petersen » (voir *La Presse Médicale*, 1905, n° 78, p. 619), mais qu'il a imaginé et appliqué bien avant ce chirurgien. Avec ce procédé il n'a jamais observé ni circonvolutions, ni ulcère peptique du jéjunum.

— M. Schnitzler, laissant de côté les indications de la gastro-entérostomie dans les sténoses, suites d'ulcère, indications qui ne sont plus discutées par personne, s'attache à démontrer que, contrairement à ce que vient d'affirmer M. Hochenegg, cette opération n'a pas d'effet certain sur les gastrorragies. Tout d'a-

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

LE NUMÉRO { Paris... 40 centimes.
Dép. et Étr. 45 centimes.

— ADMINISTRATION —

MASSON ET C^o, ÉDITEURS
120, boulevard Saint-Germain.
PARIS (VI^e)

ABONNEMENTS :

Paris et Départements... 40 fr.
Union postale... 45 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. DE LAPPERSONNE
Professeur
de clinique ophtalmologique
à l'Hôtel-Dieu.

E. BONNAIRE
Professeur agrégé,
Accoucheur de l'hôp. Lariboisière

E. DE LAVARENNE
Médecin des Eaux de Luchon.

L. LANDOUZY
Professeur de clinique médicale
à l'hôpital Laennec.
Membre de l'Acad. de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé,
Médecin de l'hôp. Boucicaut.

J.-L. FAURE
Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôp. Tenon.

H. ROGER
Professeur de Pathologie exp.
à la Faculté de Paris,
Méd. de l'hôp. de la Charité.

M. LERMOYEZ
Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine.

F. JAYLE
Assistant de gyn. à l'hôp. Broca,
Secrétaire de la Direction

— RÉDACTION —

P. DESFOSSÉS

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

J. DUMONT — R. ROMME
SECRÉTAIRES

Les Bureaux de rédaction sont ouverts à la
Librairie Masson les Lundi, Mercredi, Vendredi,
de 5 heures à 6 heures.

AVIS DE L'ADMINISTRATION

Nous prévenons ceux de nos lecteurs
dont l'abonnement expire le 31 Décembre
courant, que les quittances de renouvellement
pour l'année 1907 ont été mises en
circulation.

Nous les prions de vouloir bien donner
des ordres pour qu'elles soient payées à
présentation.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Cu. LESIEUR. De la fièvre typhoïde exanthématique
chez l'adulte et des exanthèmes chez les typhi-
ques.

P.-L. LADAME. Aphasie et anarthrie.

MÉDECINE PRATIQUE

J. COMBY. La pégmine dans l'allaitement des nour-
rissons. — Formule de bouillon végétal.

SOCIÉTÉS DE L'ÉTRANGER

Société impériale-royale des médecins de Vienne. —
Présentation d'un individu jouissant de la singulière
faculté de pouvoir contracter isolément ses différents
muscles. — Sclérodème des nouveau-nés. — Maladie
de Barlow. — Tétanie infantile. — La dyspnée
paroxysmale par hypertension. — Paralysie saturnine
chez une enfant. — Kyste dermoïde du scrotum. —

Herpès tonsurans chez un nourrisson de quatre se-
maines. — Division congénitale du palais compliquée
de méningocèle basale. — Plusieurs cas d'invagination
intestinale.

Académie royale de médecine de Belgique. — Le dosage
des substances actives des sérums hémolytiques. —
Note sur un cas de goitre de la pointe de la langue. —
Sur un cas de chirurgie gastrique : gastro-entéro-
anastomose pour estomac biloculaire diagnostiqué cli-
nique. — Etude sur la hernie-accident.

SOCIÉTÉS DE PARIS

Société de pédiatrie. — Syphilis héréditaire tardive.
Ulcération de la gorge. — Crises choréiformes calmées
par la caféine. — Vomissements périodiques. — Trai-
tement des diarrhées par le sérum antidysentérique. —
Six cas intérieurs de fièvre typhoïde.

Société de chirurgie. — Plaie grave de la rate; spléne-
ctomie; guérison. — Coexistence d'un fibrome du corps
et d'un cancer du col de l'utérus. — Fractures des
branches horizontales et descendantes du pubis; rupture
de l'urètre membraneux; taille hypogastrique et péri-
néale sans suture de l'urètre; guérison. — Fistule
urétrale-vaginale consécutive à une colpotomie pour
salpingite suppurée; guérison par la sonde urétrale à
demeure. — Pseudo-hermaphrodisme par hypospadias
périnéo-scrotal. — Kyste hydatique du foie réduit sans
drainage; pneumotomie kystique opératoire. — Corps
étranger de l'estomac; phlegmon épigastrique; extrac-
tion par l'incision; guérison. — Fracture du maxillaire
inférieur traitée par l'application d'une gouttière métal-
lique. — Rhinoplastie par abaissement du contour de
l'orifice osseux des fosses nasales et d'un lambeau
frontal. — Election du bureau pour 1907.

ANALYSES

CHRONIQUE

PIERRE MAUREL. Les professeurs de clinique de la Faculté
de médecine de Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

J. D. La compression veineuse comme moyen de diagnos-
tiquer une roséole latente. — MAGET. Pommade anti-
septique.

LIVRES NOUVEAUX

Atlas d'Anatomie descriptive. — CH. REMY. L'évaluation
des capacités permanentes basées sur la physiologie
des fonctions ouvrières des diverses parties du corps.

NOUVELLES

BIBLIOGRAPHIE

MENTHOL, COCASTOVAIN, OXYGÈNE NAISSANT, BENZOATE DE SODIUM
PECTORALES
ANTISEPTIQUES
à 10 par jour
des voies respiratoires
ECHANTILLONS GRATUITS AUX MÉDECINS
HYGIÈNE BOUCHE

COMPRIMÉS
DE FERMENT LACTIQUE B
ENTÉRITE ECZÉMA APPENDICITE
CHEVRETIN & LEMATTE 24 Rue Caumartin, PARIS

LES PROFESSEURS DE CLINIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Professeur GAUCHER

Au milieu de cette « petite ville » si pitto-
resque, qu'est l'hôpital Saint-Louis, s'élève l'am-
phithéâtre où le professeur Gaucher fait le diman-
che ses leçons de Clinique des maladies cutanées
et syphilitiques, et le mercredi ses leçons de Po-
lyclinique.

C'est un amphithéâtre très ordinaire, d'ins-
tallation médiocre. Un médaillon bien en vue
rappelle le profil énergique et bienveillant du
professeur Fournier, qui fit ici toute sa belle
carrière professorale. Du haut de son cadre il
préside aux leçons de son élève, devenu le Maître
à son tour et qui poursuit brillamment sa tradi-
tion du succès.

L'assistance est toujours nombreuse, composée
surtout de médecins et d'étudiants déjà avancés
dans leurs études. Il est souvent difficile de
trouver place dans l'amphithéâtre bondé. En bas
des gradins, dans l'étroit espace réservé au Pro-
fesseur se dressent deux paravents derrière les-
quels attendent les malades qui vont bientôt défil-
er à la Polyclinique.

Le Maître, en redingote, coiffé de la calotte
de velours noir, s'avance vers l'auditoire. Il tient
à la main la fiche où est inscrite sommairement
l'histoire du malade qu'il présente. Il lit l'obser-
vation, la commente et dit quelques mots du cas
en question et du traitement. C'est une petite
leçon de cinq minutes, des plus saisissantes dans
son raccourci, illustrée en quelque sorte par le
malade qui monte sur les gradins et circule dans
les rangs de l'assistance, afin que chacun puisse
ainsi examiner de près et à loisir.

FIGADOL en capsules de gluten —
1 capsule = 2 cuillerées
de la meilleure huile de foie de Morue.
VIVIEN, rue La Fayette, 126, PARIS

GOQUELUCHE Guérie en
8 Jours
avec
Du Flacon de
GOUTTES PECTORALES NICAN
Echantillons franco sur demande, Ph^o CANTIN, à Palaiseau (S.-&-O.).

POUGUES TONI-ALCALINE

PURGYL LAXATIF IDÉAL
Agit sans coliques.
Pas d'accoutumance.
Le mieux toléré par les enfants.
Échant. gratuits sur demande. KOEHL, 107, r. Réaumur, Paris.

SAINT-GALMIER BADOIT

CARABANA PURGE GUÉRIT
CHOLEINE CAMUS 4 à 6 pilules
par jour.

POUDRE PHILODERMIQUE FRENKEL
AU PEROXYDE DE ZINC
Excoriations, Erythèmes, etc.
CHEVRETIN & LEMATTE
PARIS - 24, Rue Caumartin

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE
(Angine de poitrine)

POUDRE d'ANIODOL Non toxique.
Non caustique.
Remplace l'Iodoforme (Envoi échantillon aux Médecins).
SOCIÉTÉ de l'ANIODOL, 9, Rue Tronchet, PARIS.

GRANULES DIGITALINE
SOLUTION NATIVELLE
AMPOULES
MARTIGNAC et C^o, 24, place des Vosges. Échant. gratuits

XIV^e ANNÉE. — N° 102, 22 DÉCEMBRE 1906

Et rien n'est plus instructif que ce défilé, en une heure, d'une dizaine de cas très variés mais tous d'ordre courant et qu'un commentaire succinct et précis souligne et met en relief. Les malades en général se prêtent assez facilement à ces exhibitions. Si quelques femmes récalcitrantes se refusent d'abord à circuler ainsi, à moitié dévêtues, et à entendre raconter devant tous leur histoire spéciale, le Maître ne tarde pas à les réduire grâce à sa bonhomie souriante teintée d'indulgente ironie. Il les apaise et les console, il calme leurs velléités de résistance et les élude souvent par d'adroites précautions qui ménagent leurs pudeurs et leurs craintes. Ces petites scènes évoquent le souvenir de la Clinique des maladies syphilitiques à l'« Allgemeines Krankenhaus », de Vienne, où les malades étaient présentées nues sur une estrade, tandis qu'en Allemagne, elles ne se montraient souvent que masquées. Il semble qu'en notre « doux pays » de France, bien qu'on en ait dit, il y ait toujours la « manière », et que les habitudes soient moins excessives.

Le Professeur, vif, nerveux, d'allure jeune malgré la moustache et les cheveux grisonnants, l'air souriant, même lorsqu'il se laisse aller à toute son ardeur un peu agressive, s'agite, va, vient, tout en parlant, ne tient pas en place, se tourne à droite, à gauche, une main dans la poche, l'autre gesticulant.

C'est toujours le même geste saccadé de l'avant-bras qui bat l'air de haut en bas, qui appuie la phrase et la souligne. La voix résonne et porte bien, quoique de faible volume et légèrement voilée. Le débit est animé, très vivant, rapide, sans arrêt ni hésitation. L'élocution est simple, nette, parfois imagée. La phrase, sans recherche ni grande préparation, est souvent vigoureusement expressive et pittoresque, surtout lorsqu'elle expose avec l'entrain coutumier les idées

très personnelles du Maître, ou quand elle s'attaque à des théories d'adversaires scientifiques qu'elle ne cherche pas à ménager.

Souvent le Chef émaille de réflexions humoristiques la présentation des malades. Il insiste volontiers sur les cas qui confirment ses idées très arrêtées, ou bien dans une courte digression il défend l'opinion qu'il vient d'émettre sans souci des discordances qu'elle peut soulever. Il se plaît à dire que, médecin avant d'être spécialiste, il ne voudrait pas distraire la dermatologie du cadre nosologique général, qu'il aimerait à la rattacher, comme autrefois, aux diathèses et aux troubles généraux, et qu'il désirerait la simplifier dans sa terminologie comme dans sa thérapeutique. Il voudrait, semble-t-il, par une simplification systématique, apporter encore plus de clarté dans cette science qui, bien que fouillée et scrutée par d'admirables Maîtres, prend parfois à l'égard de l'étudiant des allures un peu hermétiques.

Où bien, admirateur des vieux Maîtres, il se reporte volontiers aux notions anciennes et leur compare les travaux modernes au risque de heurter les partisans des idées nouvelles. Il en profite même pour décocher, en passant, le trait railleur et parfois lancer le coup de boutoir dans une « sortie » un peu brusque. Et alors la voix s'élève, plus forte, saccadée d'un peu de colère, dirait-on, devient impérieuse comme pour imposer ses idées favorites. Le mot est tranchant, l'affirmation nette et absolue, le geste devient plus large et plus vif. Le Maître, tout vibrant, s'anime, fixe l'auditoire, et dans sa forme incisive et mordante avec une crâne désinvolture, et un air de défi, il lance une boutade ou un mot à l'emporte-pièce qu'il marque de sa griffe.

Pour la Clinique qui se fait dans le même amphithéâtre, l'assistance est encore nombreuse,

bien que cette leçon didactique ait lieu le dimanche. Le Maître est debout derrière une table autour de laquelle sont rangés les élèves du service. Tout en parlant, il se promène sans cesse de long en large, comme en une cage. Il s'arrête parfois, tourne sur lui-même, la main gauche dans la poche, la droite tenant le lorgnon qui sert à jeter, de temps à autre mais rarement, un coup d'œil sur ses notes. Sur la table sont des photographies, des planches, des gravures, et surtout les magnifiques moulages de Baretti, le « Trésor » du Musée de Saint-Louis, de ce Musée devenu, grâce à eux, le plus beau peut-être de toute l'Europe. Au cours de la leçon, le Professeur prend souvent un de ces moulages et le fait circuler dans l'assistance. Il remplace ainsi les malades de la Polyclinique et donne à la leçon didactique toujours un peu froide une allure vivante toute originale.

A chaque Clinique le Maître, avec ses qualités de précision et de clarté, fait une revue rapide, simple et complète de l'objet de la leçon. Il sait s'imposer à l'auditoire et retenir l'attention. C'est un véritable tempérament de Professeur dont la fonction, dit-il, est surtout d'exposer le thème classique d'une manière intéressante et claire. Il s'acquitte de ce rôle avec un brio tout particulier. Et il termine au milieu des braves qui consacrent le vif succès de cet enseignement d'une marque si personnelle.

PIERRE MAUREL.

PRATIQUE MÉDICALE

La compression veineuse comme moyen de diagnostiquer une roséole latente.

M. R. HORAND a indiqué récemment, à la Société nationale de médecine de Lyon (Séance du 21 Mai 1906), un moyen très simple de diagnos-

CITROSODINE
Citrate trisodique
en comprimés solubles de 0gr.25 cent.
GRÉMY
G. GRÉMY, 18, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

D'une manière générale La CITROSODINE

agit à la façon des alcalins, mais elle possède une supériorité incontestable sur ces derniers, et en particulier sur le Bicarbonate de Soude

auquel elle doit être substituée dans tous ses usages

Mode d'Emploi et Doses

ADULTES : 4 à 8 Comprimés et plus au besoin dissous dans un demi verre d'eau, deux à trois fois par jour, au moment des repas.

ENFANTS : 3 à 4 Comprimés et plus au besoin dissous dans un demi verre d'eau, deux à trois fois par jour, au moment des repas.

NOURRISSONS : 1 Comprimé avant chaque tétée. Faire dissoudre le Comprimé dans une cuillerée à bouche d'eau, la faire absorber à l'enfant, s'il est au sein, ou l'ajouter au biberon, dans le cas contraire.

HOPOGAN
USAGE INTERNE

PEROXYDES MÉDICAUX
CHIMIQUEMENT PURS
exclusivement préparés pour
l'USAGE MÉDICAL
17 Rue d'Athènes - Paris

EKTOGAN
USAGE EXTERNE

Le problème de la Médication phosphorée rationnelle n'a été résolu que par la découverte de la

Phytine

Principe Phospho-organique des Graines végétales
Dépasse par sa teneur en phosphore organique assimilable (22,6 p. c.)
tous les produits phosphorés naturels connus

Reconstituant Général - Apéritif Puissant

Traitement de l'Insomnie nerveuse

Cachets à 0 gr., 50, Granulés à 0 gr., 50 par mesure

Gélules à 0 gr., 25, Comprimés à 0 gr., 125

1 boîte ou flacon d'origine : 4 fr. dans toutes les pharmacies

Pour administrer la Phytine aux Nourrissons
et Enfants au-dessous de 2 ans, rien ne vaut le

FORTOSSAN

Phytine neutre en tablettes au sucre de lait
N'altère pas le lait et Supporte la Stérilisation
Le plus sûr des Antirachitiques
Favorise la Croissance

Doses : Jusqu'à 2 mois, 1 tablette par jour
de 2 à 6 mois, 2 tablettes par jour
de 6 à 12 mois, 3 tablettes par jour
de 1 à 2 ans, 4 tablettes par jour

Une boîte d'origine : 2 fr. dans toutes les pharmacies