

Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : **Glénard (syndrome de)**

**GLENARD, Franz. - Neurasténie et
entéroptose**

*In : [La] Semaine médicale (1881), 1886, Vol. 6, pp.
211-2*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mai. — Présidence de M. Guyot.

Traitement du croup suivant la méthode du docteur Delthil.

M. Cadet de Gassicourt. — Je viens rendre compte aujourd'hui à la Société des expériences que je m'étais engagé à faire dans mon service, pour déterminer la valeur de la méthode de traitement du croup, imaginée par le docteur Delthil (de Nogent-sur-Marne).

On sait que cette méthode consiste à soumettre les malades, dans un espace hermétiquement clos, à des fumigations d'essence de térébenthine et de goudron de houille, dans la proportion de 1/3 d'essence pour 2/3 de goudron.

J'ai choisi pour faire ces expériences une petite pièce adjacente à mes salles, cubant 28 mètres environ; elle contenait un seul lit, le foyer de combustion fut placé à l'angle de la pièce le plus éloigné du lit.

Tout d'abord je ferai remarquer que l'action des vapeurs de goudron et de térébenthine sur les fines membranes exposées à l'air libre ou maintenues humides à l'aide d'un liquide, est nulle; aucune dissolution, aucun changement de consistance n'a lieu comme avec l'eau de chaux, une coloration noire plus ou moins intense, trahit seule l'action de ces vapeurs.

Pour juger de l'efficacité réelle de la valeur de ce mode de traitement, j'ai dû nécessairement faire un choix parmi les malades de mon service; j'ai cru qu'il fallait tout d'abord écarter tous les cas de croup toxique et tous ceux dans lesquels la trachéotomie était imminente; j'ai éliminé également tous ceux dont le début était trop récent et qui étaient, par conséquent, susceptibles d'une guérison spontanée, et je me suis attaché à ne soumettre au traitement du docteur Delthil, que les malades arrivés à la période de tirage permanent.

C'est à cette période seulement qu'on peut juger la valeur d'une médication contre le croup; plus tard, on peut dire que le malade était dans un état désespéré, plutôt que le diagnostic était incertain.

Je n'ai pas eu l'occasion d'expérimenter cette méthode sur des angines diphthériques sans croup; mais M. Labrie a fait à cet égard une expérience instructive; il a pris deux angines diphthériques d'aspect identique et d'intensité moyenne et qui avaient débuté à peu près à la même époque; l'une a été traitée par la méthode du docteur Delthil et l'autre par les moyens ordinaires; toutes deux ont guéri, mais la première beaucoup plus lentement que la seconde.

Les enfants atteints de croup que j'ai traités par les fumigations d'essence de térébenthine et de goudron de houille sont au nombre de douze; quatre ont été opérés et ont guéri, mais les huit autres sont morts également après avoir subi la trachéotomie.

On sait que le traitement du docteur Delthil a la prétention de dissocier les fines membranes et d'éviter l'opération, à ce point de vue on peut donc dire que dans mes expériences les résultats ont été nuls, puisque tous mes malades ont été opérés. En outre, tous ont mal supporté les fumigations et éprouvé, à partir du début du traitement, des accès de toux et de suffocation beaucoup plus rapprochés. D'autre part, les malades qui ont subi la trachéotomie ne peuvent être soumis à l'action de ces vapeurs, car la canule interne est si vite obstruée qu'elle doit être retirée toutes les cinq ou six minutes. J'ajouterai enfin qu'à l'autopsie j'ai trouvé souvent dans les bronches des poussières de charbon, dont la présence a bien pu être nocive.

Tel est le résumé fidèle de mes recherches au sujet du traitement du docteur Delthil, j'ai cherché à réaliser toutes les conditions d'exactitude et de précision requises en pareille circonstance, on voit que les résultats ont été complètement négatifs et je crois qu'en disant que ce mode de traitement n'a eu sur mes malades aucune action ni en bien ni en mal, je pousse l'optimisme jusqu'à ses extrêmes limites.

M. Féréol. — J'aurais cru jadis, m'appuyant sur un cas favorable, fonder quelque espérance sur la valeur des vapeurs de goudron de houille et de térébenthine contre le croup, les consciencieuses recherches de M. Cadet de Gassicourt me paraissent sans réplique, je n'ai qu'un regret, c'est d'avoir encore une désillusion de plus en fait de thérapeutique.

M. d'Helly. — M. Delthil lui-même semble avoir renoncé à son mode de traitement auquel il substitue l'évaporation à l'air libre d'essence de térébenthine, étendue sur de larges surfaces.

M. Cadet de Gassicourt. — Je regrette, en ce cas, d'avoir retenu si longtemps l'attention de la Société.

Traitement de l'obésité.

M. C. Paul. — Les récentes communications de M. Debove relatives à l'influence de l'eau sur la nutrition ont remis à l'ordre du jour de nos discussions la question de la cure de l'obésité; c'est là une affection dont je m'occupe depuis de longues années et contre laquelle, vous le savez, un grand nombre de régimes ont été successivement préconisés. Dancel est un

des premiers médecins français qui ait formulé à cet égard des règles précises. Cet auteur, un peu trop oublié aujourd'hui, recommandait à ses malades: 1° de faire de l'exercice surtout le matin; 2° de s'abstenir d'aliments gras et féculents; 3° de boire aussi peu que possible, et 4° de se purger fréquemment.

Ce régime, qui était fondé sur les connaissances physiologiques de l'époque, est assez bien conçu, mais les obèses s'y soumettent difficilement ou du moins ne l'observent presque jamais avec assez de persévérance. J'ai eu la bonne fortune de rencontrer un malade qui depuis dix ans observe la méthode de Dancel et qui en a retiré les meilleurs résultats. Cette malade vit de la façon la plus régulière; ne quittant jamais Paris, elle fait de 7 à 8 kilomètres à pied avant déjeuner, sort en voiture l'après-midi et se couche invariablement à minuit. Les variations de poids de cette malade ont été enregistrées exactement chaque semaine; en comparant les chiffres hebdomadaires recueillis pendant ces trois dernières années, j'ai pu remarquer que l'obésité offrait des variations annuelles; ainsi, pendant les trois premiers mois de chaque année, la courbe du poids de cette malade monte, elle redescend d'avril à mai et reste ensuite horizontale.

La méthode de Dancel ne tarda pas à être adoptée à l'étranger, et particulièrement en Allemagne, où elle reçut une sorte de baptême scientifique de la part de Oertel. Un autre auteur allemand, Ebstein, a modifié le régime de Dancel; cette modification consiste à faire ingérer des substances grasses en restreignant le plus possible les hydrocarbures. Enfin Schwenninger considère la réduction des boissons comme inutile et permet à ses malades de boire jusqu'à 4 litres, pourvu que ces 4 litres de liquides soient pris en dehors des repas. Cette abstinence des boissons pendant les repas est très pénible, au contraire il est facile de réduire à un demi-litre par repas la quantité souvent énorme de liquide que doivent les obèses; il suffit pour cela de ne commencer à boire qu'après le premier plat.

En résumé, si je m'en rapporte à mon expérience personnelle, je crois qu'avec le régime de Dancel exactement suivi on obtiendrait dans tous les cas de bons résultats; toutefois, il est avantageux de mitiger légèrement ce régime au début et de ne l'imposer dans toute sa rigueur qu'au bout d'un certain temps.

M. Debove. — M. C. Paul, dans son intéressante communication, a commencé par rendre justice à Dancel; personne n'a jamais nié, les Allemands moins que d'autres, les mérites de cet auteur. (Voir le compte rendu de la Société de médecine interne de Berlin, in *Semaine Médicale*, 1886, n° 10, page 100.)

En second lieu, le régime de Dancel a donné de très bons résultats entre les mains de M. C. Paul, aucune contestation ne saurait encore s'élever sur ce point, mais j'ai déjà reconnu ici que toutes les méthodes de traitement préconisées contre l'obésité avaient de nombreux succès à leur actif, et par conséquent, qu'il y avait dans toutes ces méthodes quelque chose de bon; ce qu'il importe de savoir, c'est précisément, au milieu des conditions multiples qui constituent chacune de ces méthodes, laquelle est la bonne; or, pour trancher cette question, je maintiens qu'il n'y a qu'un moyen, c'est d'étudier isolément l'influence de chacune de ces conditions sur la nutrition; j'ai étudié déjà l'influence de l'eau et j'ai démontré que son action était nulle, dans la prochaine séance, je communiquerai les résultats de mes nouvelles recherches concernant l'influence de la graisse.

Neurasthénie et entéroptose.

M. Deanos donne lecture, au nom de **M. Franz Génard** (de Lyon), du travail suivant:

La neurasthénie (névrosisme, névropathie, névrose protéiforme, maladie nerveuse, état nerveux, nervosité, fièvre nerveuse, épaissement nerveux, surexcitation nerveuse, vapeurs, maladie vaporeuse, névropathie cérébro-pneumo-gastrique, cérébro-cardiaque, cérébro-gastrique, dyspepsie nerveuse, etc.) est une affection chronique dans laquelle tous les organes, tous les appareils, tous les systèmes peuvent être successivement ou simultanément en souffrance, où l'on ne trouve aucune lésion locale, affective; dont on ne pose le diagnostic qu'après élimination de toutes les maladies déterminées; dont le pronostic est éventuel et exige l'épreuve du temps, dont le traitement éprouve la patience du malade et du médecin. C'est parce qu'on ne trouve pas de lésion qu'on est convenu de dire qu'il n'y en a pas et alors, parce qu'on ne peut expliquer les symptômes, qu'on est convenu d'incriminer le système nerveux. La neurasthénie est une entité morbide arbitraire.

Je propose un classement nouveau des symptômes subjectifs de la neurasthénie dans lequel leur hiérarchie est établie d'après leur degré de constance, qui se trouve en même temps leur ordre d'apparition dans l'évolution du plus grand nombre de cas:

1° Symptômes *asthéniques* (faiblesse, lassitude habituelle, faiblesse d'estomac, faiblesse des reins);

2° Symptômes *mésogastriques* (délaiement, tallement, harcèlement, tiraillement, serrement, poids, creux, fausse faim, qui sont tous synonymes);

3° Symptômes *gastriques* ou *cholécystiques* (a. flatu-

lence, y compris les symptômes *apopexes*, étouffement, gonflement, oppression, vapeurs, bouffées, ballonnement; b. douleur, aigreur, crampes, brûlure, vomissement);

4° Symptômes *névrosés* (d'apparence cérébrale ou spinale: insomnie, frilosité, sueurs, frissonnements, irritabilité, hypochondrie, mélancolie, impatience, céphalalgie, vertiges, tintements, toux, palpitations, polyurie, hypocrinies, crampes, névralgies, crises, etc., etc.).

Les symptômes asthéniques coïncident dans leur apparition, en sous-synonymes, dans l'exposition qu'en font les malades, avec les symptômes mésogastriques, symptômes par lesquels les malades trahissent d'une façon évidente non une sensation nerveuse générale, mais la sensation d'un trouble local dans la région du mésogastre.

Les symptômes asthéniques et mésogastriques, symptômes fondamentaux de la neurasthénie, présentent les uns et les autres une étroite connexité avec les quatre caractères suivants, qui leur sont toujours associés et dont la haute importance a été méconnue dans cette maladie: 1° Réveil à deux heures du matin, puis malaises et insomnie plus ou moins marqués; 2° exacerbation ou apparition des malaises au lever et à trois heures du soir; 3° relation constante, masquée ou non, des malaises avec la nature de l'alimentation (aggravation des malaises par les graisses, féculents, acides, crudités, le vin, le lait; 4° irrégularité et insuffisance des selles (constipation, diarrhée, alternance).

Ces quatre caractères de premier ordre dans la symptomatologie de la neurasthénie, sont également les caractères ordinaires qu'on doit assigner aux affections chroniques de l'appareil digestif.

Il n'y a pas de neurasthénie sans troubles digestifs patents ou larvés.

Dans la neurasthénie confirmée, l'exploration méthodique du mésogastre débute quatre signes importants: 1° Flaccidité de l'abdomen (diminution de tension; ballonnement; ventre en besace, gourde, bissac, bateau); 2° diminution de tension abdominale;

3° Prolapsus, abaissement de la masse intestinale: entéroptose et accroissement, comme signes continents, dans un tiers des cas, prolapsus viscéraux, tels que rein flottant, *néphroptose* (30 0/0 entéroptoses); foie mobile, *hépatoptose* (4,3 0/0); rate mobile, *splénoptose* (1 p. 200); *splanchnoptose*; la tumeur stercorale (4 0/0) n'est qu'une sous-variété;

4° Étroitesse du colon (boudin ocreux rétentif et sensible, cordon symmodal, corde colique transverse et, comme conséquence, batement épigastrique: *entéro-ténose*);

5° Clapotement gastrique, par abaissement et flaccidité de l'estomac: *gastroptose* et *atonie gastrique*.

De ces quatre signes, il n'en est qu'un, le clapotement gastrique, qui ait été signalé et interprété, et M. le professeur Bouchard a eu le mérite de dégager, sous la neurasthénie, le trouble des fonctions digestives.

Les signes objectifs du prolapsus de la masse gastro-intestinale, de l'entéroptose, c'est-à-dire de la traction des intestins et de l'estomac sur leurs ligaments suspenseurs, dont les principaux sont dans le plan du mésogastre; les signes objectifs de l'entéroptose, aggravée encore par le défaut de tension (hypotase abdominale) et l'augmentation du poids spécifique de l'intestin (entéro-ténose) concordent avec les sensations asthénomésogastriques exprimées par les malades (poids, délabrement, tiraillement, creux, vide, faiblesse).

Le prolapsus de la masse intestinale, qui est évident par ses signes objectifs, ne peut exister sans déterminer une profonde perturbation dans les fonctions digestives. Les conséquences inévitables sont les suivantes, d'après les constatations anatomiques nouvelles auxquelles m'a conduit cette étude:

1° *Aténie* de la lumière du canal digestif au niveau des points par lesquels les anses digestives sont solidement suspendues et fixées à leurs extrémités (anneaux ou orifices gastroduodénaux, duodénojejunaux, colique transverse, sous-pylorique, colique sous-costal gauche, symmodal-rectal);

2° *Chute définitive* du seul point au niveau duquel le tube digestif est mal suspendu, mal fixé (coudé droit du colon); et, comme conséquence, étant donnée la description que j'ai présentée du ligament solide qui suspend le colon transverse à l'estomac (ligament pylori-colique, F. Glénard);

3° *Déviation exclusive* à l'estomac du rôle de soutenir le colon transverse prolabé, dans les deux premiers tiers de son parcours;

4° Réalisation nécessaire du *cercle vicieux* suivant:

a) Le prolapsus du colon, luttant par son poids contre le relèvement de l'estomac pendant qu'il se contracte et contre sa dépression dans le duodénum (aténie gastroduodénales) et conduisant ainsi à l'atonie gastrique et à la gastroptose (dilatation?);

b) La gastroptose (dilatation?), l'atonie gastrique étant, de leur côté, une cause d'entéro-ténose, d'hypotase abdominale, d'entéroptose, par la diminution des ingesta solides et gazeux, qui en est la conséquence (vomissements, douleurs, réduction des ingesta, constipation, amaigrissement, etc.).

La clinique montre, en effet, que la neurasthénie

s'accompagne toujours de troubles digestifs, que la maladie s'aggrave jusqu'à un point extrême, qu'elle ne dépasse plus et qu'elle est incurable, si l'on ne rompt le cercle vicieux en combattant à la fois l'entéropose et l'atonie gastrique.

L'anatomie pathologique prouve que ces lésions existent fréquemment, et que parmi elles on trouve toujours, comme lésion fondamentale et la plus commune, l'entéropose de la première anse transverse ou les anomalies, par adhérences vicieuses, des deux moitiés de cette première anse entre elles ou avec le foie, la vésicule biliaire.

L'entéropose de la première anse transverse existe toujours, et l'anatomie normale prouve qu'il n'en peut être autrement, lorsqu'on trouve en même temps qu'elle une néphropose (appréciable par la distance qui sépare le rein de sa capsule surrénale, F. Glénard), une hépatopose ou une gastropose. Ces diverses lésions sont bien plus fréquentes à l'autopsie des femmes qu'à celle des hommes.

L'entéropose du coude droit du colon est la lésion fondamentale anatomique de l'entéropose.

Le cycle de l'entéropose peut commencer, soit par le prolapsus primitif du coude droit du colon, qui entraîne secondairement l'atonie gastrique : *entéropose primitive*; soit par l'atonie gastrique qui entraîne secondairement le prolapsus du coude droit du colon : *entéropose secondaire*.

La clinique montre en effet que le syndrome de l'entéropose (neurasthénie) peut survenir d'emblée, en débutant par des symptômes asthénico-mésogastriques, à la suite d'un accouchement (*entéropose puerpérale brusque* ou graduelle) ou d'un traumatisme (*entéropose traumatique*), ou bien qu'il peut succéder à une vieille dyspepsie (*entéropose post-dyspeptique* y compris l'entéropose par coprostase), ou à une inflammation locale (*entéropose post-inflammatoire*), comme après la fièvre typhoïde ou la péritéphyllite, ou enfin à une affection ayant causé un amaigrissement plus ou moins rapide (*entéropose marastique*) comme la « neurasthénie des convalescents » par exemple, cette variété d'entéropose pouvant être transitoire ou définitive.

L'entéropose du coude droit du colon, en raison de la fixation défectueuse en ce point du tube intestinal, et de son siège au-dessous du foie, est imminente dans tous les cas où la tension abdominale est diminuée, ou bien dans ceux où le foie est graduellement ou brusquement abaissé.

Or, la clinique montre que le syndrome de l'entéropose (neurasthénie) est beaucoup plus fréquent chez les femmes; chez elles, en effet, la diminution brusque de la tension abdominale après l'accouchement, ou bien l'abaissement du foie par le corset, sont les causes prédisposantes à une chute du coude droit du colon, alors qu'un effort ou un traumatisme, survenant dans ces conditions, en seront la cause déterminante. C'est chez les femmes qu'on trouve le plus de cas de rein flottant ou de foie mobile, lésions qui impliquent ou supposent l'entéropose, et qui présentent toujours le syndrome (neurasthénie) et relèvent du même mécanisme.

La méthode de traitement de la neurasthénie (entéropose) qui répond simultanément aux indications de combattre l'entéropose (ceinture hypogastrique), relever la tension abdominale (ceinture), lutter contre l'entéropose (laxatifs salins quotidiens), tonifier les organes digestifs (régime de viande, œufs, eau, en boisson alcalines, hydrothérapie, massage, hygiène physique et psychique, etc.), est la seule qui permette de triompher de cette maladie.

La clinique montre, en effet, que l'entéropose puerpérale, par exemple, la plus fréquente des entéroposes, (60 0/0), c'est-à-dire des neurasthénies et qui forme le quart des bradytrophiés des femmes (123 entéroposes puerpérales sur 157 entéroposes relevées sur un total de 480 femmes bradytrophiées), est successivement chez une même malade, suivant les phases de la même maladie, diagnostiquée et traitée sans succès en premier lieu pour une anémie, puis pour une métrite (cautérisations), ou un prolapsus utérin (pessaire, ceinture), puis une dyspepsie, puis un rhumatisme, puis une lithase biliaire (coliques hypocondriques, F. Glénard), puis un cancer larvé, puis une névrose, une hypocondrie, une hystérie, et enfin une neurasthénie. C'est alors que la médecine fait place aux empiriques ou à la résignation.

Suivant qu'on répond isolément à telle ou telle des indications que j'ai posées, j'ai pu établir les aphorismes suivants :

Les symptômes asthéniques sont des symptômes d'hypotension abdominale (la compression de l'abdomen les fait disparaître);

Les symptômes mésogastriques sont des symptômes d'entéropose (le relèvement de l'abdomen, le déubitus dorsal les dissipent);

Les choléméens (gastriques), des symptômes d'atonie gastrique (gastropose), les vapeurs, des symptômes de constriction du corset (ou des symptômes causés par un mécanisme analogue : obstacle à l'expansion normale ou anormale de l'abdomen);

Les symptômes névrosiformes (par exemple, vertige, palpitation, frilosité, céphalalgie, crampes des extrémités,

mélanolie, etc., etc.) sont des symptômes accessoires ou secondaires relevant d'une des causes précédentes, ainsi que la clinique le prouve en montrant leur disparition par le traitement qui s'adresse à ces causes;

3° La maladie est incurable tant que les indications ne sont pas remplies simultanément; il faut donc combattre plusieurs causes qui s'engendrent l'une l'autre. Il y avait donc un cercle vicieux.

Le meilleur traitement empirique de la neurasthénie, considérée comme une névrose, paraît être celui de Weir-Mitchell Playfair (adopté par Binzwauger, Barkhart, Leyden, Ewald, Pulvermacher, Gnauck, Mendel); or, c'est celui qui se rapproche le plus du traitement physiologique de la neurasthénie considérée comme une entéropose. (Voir *Semaine Médicale*, numéros des 14 et 21 avril 1886.)

Dans le traitement de Weir-Mitchell, en effet, on combat inconsciemment l'entéropose en exigeant, comme condition capitale d'efficacité, le déubitus dorsal et l'immobilité dans le lit pendant plusieurs semaines consécutives; or, le déubitus remplit le même rôle que la ceinture hypogastrique, en s'opposant à la traction que les viscéres exercent sur leurs ligaments suspenseurs pendant la station debout.

La neurasthénie est le plus souvent le syndrome de l'entéropose, et en particulier de l'entéropose du coude droit du colon qui est la lésion locale anatomique de l'entéropose.

L'entéropose est une entité morbide. Les dénominations de neurasthénie essentielle, nervosisme, dyspepsie nerveuse, névropathie, etc., ne doivent être appliquées à un état morbide qu'après qu'on aura éliminé le diagnostic d'entéropose (rein flottant), l'entéro-hépatopose (foie mobile), la splénotopose (rate mobile), la gastropose (dilatation?), la métropose (prolapsus utérin), etc., etc., maladies pour lesquelles on pourra dire encore qu'elles ont une symptomatologie asthénique, à condition que ce terme : asthénie, n'implique ni un épuisement nerveux, ni une anémie, mais une diminution de la tension abdominale et une entéropose.

Il y a lieu d'ouvrir, en nosologie, un chapitre particulier pour l'entéropose, chapitre dans lequel rentreront, comme variétés de cette maladie, les diverses splénotoposes, telles que l'entéro-néphropose (rein flottant), l'entéro-hépatopose (foie mobile), la splénotopose (rate mobile), la gastropose (dilatation?), la métropose (prolapsus utérin), etc., etc., maladies pour lesquelles on pourra dire encore qu'elles ont une symptomatologie asthénique, à condition que ce terme : asthénie, n'implique ni un épuisement nerveux, ni une anémie, mais une diminution de la tension abdominale et une entéropose.

Le travail de M. F. Glénard a été renvoyé à une commission.

M. Chauffard rapporte l'observation de monoplégie brachiale hystéro-traumatique suivie d'atrophie, à laquelle il avait fait allusion dans la précédente séance.

M. Damaschino, dans la dernière séance, a confirmé les recherches de MM. Landonzy et Queyret sur la grande fréquence de la tuberculose de la première enfance. Cette fréquence pouvait être reconnue, selon lui, même avant la découverte du bacille, car la dissémination — qui est la règle chez les enfants — des lésions morbides sous forme de granulations grises à la surface des viscères et en particulier du foie, des reins et de la rate, permet toujours à elle seule d'établir la nature tuberculeuse de la maladie pulmonaire.

La séance est levée.

atteint d'une luxation myopathique commune de l'épaule, chez lequel il a pratiqué au mois de mars l'arthrodèse; il essaya d'abord de réunir solidement la tête de l'humérus avec l'acromion et la cavité glénoïde, mais il s'aperçut bientôt qu'il fallait trop élever la tête de l'humérus et il se contenta de réunir celui-ci avec la cavité glénoïde. Il éloigna préalablement de cette cavité et de la partie correspondante de la tête de l'humérus les substances cartilagineuses, il perfora la tête de dehors en dedans ainsi que la cavité. Les pivots d'ivoire préparés à cet effet ne s'adaptant pas, comme l'opérateur le voulait, il réunissait la tête et la cavité à l'aide de fils d'argent. Par ce procédé, la réunion n'est pas devenue aussi solide qu'on aurait pu le croire, au contraire une articulation légèrement mobile s'est formée entre la tête et la cavité humérale, de sorte que l'humérus tourne un peu en dedans et en dehors autour de son nouveau point de fixation. L'opérateur croit qu'une réunion de ce genre est préférable à une ankylose complète.

Les fonctions du bras sont meilleures qu'avant l'opération.

Les frères et sœurs d'enfants atteints de la rougeole doivent-ils fréquenter les écoles. (Suite de la discussion. Voir *Semaine Médicale*, n° 18.)

M. Lewin. — D'après les expériences faites à Berlin, la rougeole se transmet par l'intermédiaire des personnes qui sont en bonne santé. D'autre part, l'incubation de la rougeole est de neuf à onze jours, donc les enfants dont les frères ou sœurs, sont atteints de rougeole, peuvent être aussi en puissance de cette maladie à un moment où leur santé ne paraît pas encore altérée.

Il faut remarquer enfin que la transmission de la rougeole à des adultes est toujours possible et que, par conséquent, il vaut mieux s'en tenir au décret du ministre, car la rougeole peut être suivie de complications dangereuses et rebelles.

M. Kalischer. — Je crois, avec M. Wasserfuhr, que nos règlements sont trop rigoureux; d'après mes observations, la transmission de la rougeole par des personnes en bonne santé est peu probable. Je crois que l'on peut faire fréquenter l'école par les enfants qui ont été affectés déjà une première fois de la rougeole, même lorsqu'un membre de leur famille est atteint de cette maladie et qu'il ne faut tenir à la maison que les enfants qui n'ont pas encore été atteints de cette affection, car chez les premiers on ne peut guère admettre l'existence du germe morbifique à l'état latent.

M. Wasserfuhr soutient la même opinion.

M. Virchow présente un appareil destiné à obtenir le tracé exact de la ligne médiane du dos sur le vivant.

La séance est levée. — D^r VILLAERT.

LETTRES D'ANGLETERRE

(De notre correspondant spécial.)

Londres, 17 mai 1886.

Du goitre exophtalmique.

La dernière séance de la SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE a été consacrée tout entière à la lecture de plusieurs communications importantes sur la maladie de Graves.

M. J. Hutchinson a rapporté un cas dans lequel le malade a guéri après avoir présenté pendant plusieurs années les symptômes caractéristiques; il existait en outre de l'albuminurie qui a complètement disparu. Actuellement le malade jouit d'une bonne santé, mais le pouls est intermittent et la glande thyroïde reste légèrement tuméfiée. Le bromure de potassium paraît avoir eu une action favorable sur la marche de la maladie, mais comme on avait prescrit aussi la digitale, l'aconit, le fer et un voyage sur mer, il est difficile de dire lequel de ces agents thérapeutiques a été le plus utile.

L'albuminurie est assez fréquente dans la maladie de Graves, ainsi que Beagbie l'avait déjà remarqué. Parfois elle ne se montre qu'à certains moments de la journée, surtout le matin.

Le pronostic est très incertain, mais il ne paraît pas être plus grave chez l'homme que chez la femme, ainsi que Niemeyer l'a affirmé. Le goitre exophtalmique ne se développe presque jamais pendant la grossesse, bien que M. Hutchinson ait observé un cas dans lequel les symptômes avaient apparu au cinquième mois; chez cette même malade, il a vu survenir une cécité complète par suite d'une libération des deux cornées.

En fait de remèdes internes, M. Hutchinson recommande surtout le bromure de potassium, l'aconit, la digitale et le fer; contre l'exophtalmie, il prescrit les applications de glace aux tempes, à la nuque et sur le front.

M. Bristowe dit avoir vu un cas de maladie de Graves due à l'action prolongée du froid; chez un autre malade, la syphilis a paru jouer un rôle. En 1882, M. Bristowe a eu sous ses soins une jeune

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 12 mai. — Présidence de M. Virchow.

Extirpation d'une tumeur du larynx.

M. Lublinsky présente un malade chez lequel il a extirpé un fibrome pédiculé du larynx de la grosseur d'un pois, par le procédé de Vololini; l'opérateur a traité de la même manière quarante-six malades avec succès.

M. Schmid présente un garçon de dix-sept ans, auquel M. Kuester a extirpé, il y a deux ans et neuf mois, un goitre d'un volume énorme et composé de trois lobes. Pendant l'opération, il fallut pratiquer la trachéotomie. Les suites de l'opération furent des plus simples. Toutefois, ce garçon, qui avant l'opération était vif et intelligent, est aujourd'hui tout à fait changé, il offre tous les caractères de la « cachexia strumipriva ». Il n'a plus grandi, il a oublié tout ce qu'il avait appris jusque-là, il ne se souvient de rien de ce qu'il lui dit, en outre il a une grande tendance à dormir et montre une grande indolence.

M. Israël présente un rein tuberculeux qu'il a extirpé chez une malade âgée de trente-six ans.

De la luxation de l'épaule.

M. Julien Wolff présente un garçon de cinq ans